CUADERNOS DE
MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE
REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas

Gender dysphoria in infancy in diagnostic classifications

María Fernández Rodríguez[1], Patricia Guerra Mora[2], Mónica Díaz Méndez[3] y Grupo GIDSEEN[4]

Recibido: 22/11/2013
Aceptado: 28/03/2014

Resumen

El diagnóstico de Trastorno de la Identidad de Género en la Infancia (TIGI) adquiere mayor relevancia tras la instauración de los tratamientos hormonales que demoran la pubertad (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGDA, 2001; World Professional Association for Transgender Health-WPATH, 2011). Estas intervenciones precoces conllevan importantes consecuencias biopsicosociales para el individuo, haciendo necesario el establecimiento de un diagnóstico preciso que justifique la necesidad de la intervención. El comienzo de la disforia de género suele tener lugar en la infancia y adolescencia, pero solo un reducido número de casos que presentan un TIGI evolucionan hacia el transexualismo en la edad adulta.

En el presente artículo se tratará de profundizar en este diagnóstico a través de las distintas versiones de las clasificaciones internacionales, partiendo de su inclusión en la CIE-9 (World Health Organization-WHO, 1978) y en la DSM-III (American Psychiatric Association-APA, 1980), hasta los planteamientos del reciente publicado DSM-5 (APA, 2013).

[1]Doctora en Psicología. Psicóloga clínica en Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.). Hospital San Agustín de Avilés y Centro de Salud Mental I (C.S.M. I.) "La Magdalena" (Área sanitaria III).

[2]Becaria predoctoral FPU12-02242 en la Facultad de Psicología (Universidad de Oviedo).
Sala de Investigación I, Facultad de Psicología (Universidad de Oviedo).
Plaza Feijóo s/n, 33003, Oviedo.

[3]Licenciada en psicología por la Universidad de Oviedo.
Facultad de Psicología (Universidad de Oviedo)

[4]Grupo de Identidad y diferenciación sexual de la Sociedad Española de Endocrinología: M.C. Almaraz (Andalucía); J.A. Álvarez-Diz (Asturias); N. Asenjo (Madrid); L. Audi (Cataluña); A. Becerra (C. Madrid); L. Castaño (P. Vasco); I. Esteva (Andalucía); M. Gómez-Balaguer (C. Valenciana); E. Gómez-Gil (Cataluña); F. Hurtado-Murillo (C. Valenciana); J.P. López-Siguero (Andalucía); J. Martínez-Tudela (Andalucía); O. Moreno-Pérez (C. Valenciana); JM. Rodríguez-Molina (Madrid); C. Sanisidro (Aragón); M. Toni (Navarra); F. Vázquez-San Miguel (P. Vasco) y A. Vidales (Valladolid).

Correspondencia: Dra. María Fernández Rodríguez
C/ Valdés Salas, nº 4
33400 Avilés (Asturias)
E-mails: maria.fernandezr@sespa.princast.es
guerrapatricia@uniovi.es – monicadiazmendez@gmail.com

Palabras clave: Transexualismo. Trastorno de la identidad de género. Disforia de género. Clasificaciones diagnósticas internacionales.

Summary

The diagnosis of Gender Identity Disorder in Children (GIDC) gets more relevance after the instauration of hormonal puberty suppressing therapies (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGDA, 2001; World Professional Association for Transgender Health-WPATH, 2011). These medical interventions imply important byopsychosocial consequences for the individual so it is necessary to do an accurate diagnosis whose justifies the necessity of these interventions. The Gender Dysphoria use to begin in the infancy and adolescence but only a small number whom present a GIDC will develop to transexualism in the adulthood.

This study tries to analyse the diagnosis through the different versions of the International Classifications, from its inclusion in CIE-9 (World Health Organization-WHO, 1978) and DSM-III (American Psychiatric Association-APA, 1980), to the DSM-5 recently published (APA, 2013).

Key words: Transsexualism. Gender identity disorder. Gender dysphoria. International diagnostic classifications.

INTRODUCCIÓN

Desde el reconocimiento de la transexualidad como trastorno mental catalogado en las dos principales clasificaciones diagnósticas –*Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Sanitarios Relacionados y Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*– (CIE 9, World Health Organization- WHO, 1978; DSM-III, American Psychiatric Association-APA, 1980), los Trastornos de la Identidad de Género en la Infancia (TIGI) cuentan con un apartado propio. En el DSM-5 (APA, 2013) esta especificidad también está presente con un cambio terminológico, el diagnóstico "trastorno de la identidad de género" (TIG) es reemplazado por el de "disforia de género" (DG).

En septiembre de 2011 fue presentada la séptima versión de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (World Profesional Association for Transgender Health, WPATH, 2011). Se trata de unos estándares asistenciales (EA) para la atención en la salud de las personas transexuales, transgénero y con disconformidad de género, e incluye un capítulo específico dedicado a la atención y al tratamiento de niños y adolescentes con DG. Mantiene, al igual que la sexta versión (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGDA, 2001), que los adolescentes pueden ser elegibles para tomar hormonas que demoren la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma, recomendando que se haya llegado hasta el estadio 2 de Tanner.

En un estudio realizado en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) de Andalucía, desde su apertura en octubre de 1999 hasta octubre de 2004, se señala que fueron atendidos 30 adolescentes entre 14 y 18 años, lo que suponía un 7 % de la muestra total (Esteva *et al.*, 2006). Recientemente algunos autores ponen de manifiesto que las demandas por disforia de género en niños y adolescentes van en aumento (Zucker, Bradley, Owen-Anderson, Kibblewhite y Cantor, 2008), especificando incluso que la cifra se ha cuadruplicado (Spack *et al.*, 2012).

De forma paralela al aumento de la demanda por DG en adolescentes, en los últimos años se están comenzando a aplicar tratamientos médicos a esta población (Möller, Schreier, Li y Romer, 2009; Kreukels y Cohen-Kettenis, 2011).

Una de las funciones prioritarias del profesional de salud mental es la realización del diagnóstico de Trastorno de la Identidad de Género (TIG), como paso previo al tratamiento hormonal. Por

tanto, el profesional de salud mental debe ser competente en el uso de las clasificaciones diagnósticas en vigor.

Los TIGI son entidades muy complejas asociadas con intenso malestar e insatisfacción (Becerra, 2003). En este sentido, cobra importancia la detección precoz y el tratamiento integral, ya que mejora la calidad de vida, la comorbilidad psiquiátrica y la disforia de género (HBIGDA, 2001). Sin embargo, no se debe perder de vista que solamente una minoría de TIGI se mantienen en la edad adulta (Green, 1987; Zucker y Bradley, 1995; Drummond, Bradley, Peterson-Badali y Zucker, 2008; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008), dificultando con ello el establecimiento de un diagnóstico definitivo en la adolescencia (Kreukels y Cohen-Kettenis, 2011).

Los argumentos a favor de los tratamientos médicos precoces se postulan partiendo de que el TIG en la adolescencia se mantenga en la vida adulta. El tratamiento hormonal interfiere en el desarrollo puberal pleno, evitando el sufrimiento que supone para el adolescente el desarrollo de sus características sexuales secundarias (Cohen-Kettenis, Delemarre-van der Waal y Gooren, 2008). Además, favorecería que en un futuro algunas cirugías sean menos invasivas e incluso innecesarias. Por lo tanto, el tratamiento hormonal precoz repercutiría positivamente en su bienestar psicológico y en su funcionamiento social. La WPATH señala que retrasar o contener las intervenciones médicas en los adolescentes con TIG puede prolongar la disforia de genero, y contribuir al desarrollo de una apariencia física que favorezca el abuso y la estigmatización (WPATH, 2011).

Los manuales de clasificación diagnóstica son uno de los instrumentos utilizados como guías para realizar el proceso de diagnóstico previo a la intervención terapéutica. El objetivo del presente artículo es describir, analizar y reflexionar sobre el diagnóstico de TIGI a través de las distintas versiones de estos manuales.

APARICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO EN LA INFANCIA

Las categorías diagnósticas que hacen referencia a los TIG en niños, adolescentes y adultos se introducen por primera vez en la CIE en 1978 en su novena edición (CIE-9, WHO, 1978) y en la nomenclatura oficial de la APA en 1980 (DSM-III, APA, 1980). Por tanto, los TIGI tienen entidad propia desde el mismo momento en que aparece el diagnóstico de transexualismo en las clasificaciones diagnósticas.

En la CIE-9 las alteraciones de identidad de género se ubican en la sección denominada "desviaciones y trastornos sexuales", dentro de los "trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos". Como en el DSM-III, el apartado incluye el "transexualismo" y el "trastorno de la identidad psicosexual" (trastorno de la identidad de género en la infancia en el DSM-III). A diferencia del DSM-III no ofrece criterios distintos para cada grupo de edad, ya que solamente realiza una descripción general del trastorno.

Hasta la entrada en vigor del DSM-III, los trastornos sexuales se dividían en dos grupos, las parafilias y las disfunciones sexuales. Esta tercera versión añade un tercer grupo, "los trastornos psicosexuales", donde estarían incluidos los TIG. Además, establece dos categorías específicas, con sus propias pautas diagnósticas: el "Transexualismo" para clasificar a los adolescentes y adultos y el "Trastorno de la Identidad de Género en la Infancia".

Con respecto al TIGI, el DSM-III establece como rasgo esencial del cuadro la sensación de malestar y de inadecuación en un niño o niña respecto a su sexo anatómico, y el deseo de ser o de afirmar ser del otro sexo. No se trata solamente del rechazo de la conducta sexual estereotipada, sino de una alteración profunda del sentido normal de la masculinidad o femineidad (APA, 1980).

Siguiendo este manual, las niñas que presentan este trastorno tienen, por lo regular, grupos de amistades masculinas, presentan un gran interés por los deportes y los juegos violentos, así como falta de interés por los juegos con muñecas o en los juegos "domésticos" (a no ser que se trate de representar el papel de padre u otro papel masculino). Aunque en las niñas debe haber un rechazo persistente de las estructuras anatómicas femeninas, en el caso de los niños solo es necesario tal rechazo si no está presente una preocupación por actividades estereotipadamente femeninas. Así, pueden

presentar una preferencia en vestirse con ropas de niña o de mujer, o pueden improvisar este tipo de ropas cuando no se dispone de material apropiado (pero el proceso de travestirse nunca produce excitación sexual). Por lo general, evitan los juegos deportivos o violentos. Los gestos y las acciones se consideran habitualmente como femeninos y, por lo general, estos niños se hallan sometidos a las bromas y al rechazo de los compañeros de su propio sexo, lo cual casi nunca ocurre entre las niñas hasta la adolescencia (APA, 1980).

Este manual también hace referencia a la evolución del TIGI. Establece, como complicación principal, el pequeño número de casos que continuarán hacia el transexualismo en la edad adulta. Durante los últimos años de escuela, pueden disminuir las conductas femeninas demasiado manifiestas. Una cantidad todavía no determinada de niños, quizá de un tercio a la mitad (entre un 33 % a un 50 %), se hace consciente de una orientación homosexual durante la adolescencia (APA, 1980). Para las niñas, la edad de comienzo es también temprana, pero la mayoría empiezan a ceder a la presión social durante la última época de la infancia o en la adolescencia, y renuncian a una insistencia exagerada en las actividades y en las vestimentas masculinas. Una minoría de ellas retiene una identificación masculina y algunas desarrollan una pauta de excitación homosexual (APA, 1980).

Dentro del diagnóstico diferencial, el manual señala la importancia de realizar un adecuado diagnóstico respecto a los niños y niñas cuya conducta, simplemente, no encaja en el estereotipo cultural de masculinidad o femineidad, así como de los sujetos que presentan trastornos de la diferenciación sexual.

En la revisión del manual en 1987 (DSM-III-R, APA, 1987), en un intento de alejar los TIG de las parafilias y de las disfunciones sexuales, distingue los TIG de los "trastornos sexuales" e incluye los TIG en la sección correspondiente a los "trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia". La inclusión en este apartado no está exenta de críticas, ya que muchos de los TIG comienzan en la infancia, pero no todos.

Este manual revisado establece cuatro categorías diagnósticas dentro de los TIG, que se caracterizan por la aparición de malestar intenso y persistente acerca del propio sexo, estableciendo diferencias no solo en función de la edad de aparición del trastorno (infancia o adultez), sino también si está o no presente el transexualismo; es decir, se incorpora una nueva categoría denominada trastorno de la identidad de género del tipo no transexual (TISAANT).

La sintomatología esencial del TIGI es un malestar profundo y persistente en el niño en relación a su sexo anatómico, y el deseo de ser del otro sexo o la insistencia en afirmar que se pertenece a él (APA, 1987). El DSM-III-R (APA, 1987) mantiene la descripción realizada por el DSM-III acerca de la conducta manifestada por las niñas y niños con este trastorno (preferencia por ropas y juegos asociados al otro género y creencias acerca de los cambios que esperan cuando crezcan), así como datos similares respecto a su prevalencia y evolución. Ambos manuales coinciden en que el diagnóstico no se debe de realizar después del comienzo de la pubertad y que la edad de inicio de este trastorno es previa a los cuatro años de edad.

Hay una diferencia fundamental con respecto a los criterios del DSM-III. En el caso de las niñas, el DSM-III exigía un rechazo a las características anatómicas (criterio B), mientras que el DSM-III-R incluye, al igual que ya ocurría en el caso de los niños en el DSM- III, la posibilidad de cumplir el criterio B simplemente con manifestar una aversión persistente a la ropa representativa del estereotipo femenino e insistencia en vestirse con elementos pertenecientes al estereotipo masculino. Por lo tanto, en el caso de las niñas no tiene por qué ser necesario un rechazo persistente de sus características anatómicas femeninas, distinción clave en los criterios para niños y niñas del DSM-III, donde sí era necesario.

La CIE, en su décima revisión (CIE 10, WHO, 1992), tiene cambios significativos con respecto a su predecesora, la CIE- 9. Los TIG son un grupo independiente de los trastornos de la inclinación sexual y de las disfunciones sexuales.

En relación a los TIG, este manual establece tres categorías diagnósticas diferentes y teniendo en cuenta la edad del individuo, realiza una diferenciación entre transexualismo y TIGI, con sus propias pautas diagnósticas.

Según la CIE 10 (WHO, 1992), el TIGI se manifiesta durante la primera infancia y, como el DSM-IV, hace referencia a que este diagnóstico requiere

de una profunda alteración del sentimiento *normal* de masculinidad o femineidad, que no debe confundirse con la falta de conformidad con el papel sexual socialmente aceptado.

Las pautas diagnósticas de la CIE-10 reflejan la tendencia hacia los comportamientos estereotípicos del género con el que se identifican. Mantiene, como en el DSM-III-R, que este diagnóstico no puede realizarse cuando el individuo ha alcanzado la pubertad, que son raras las ocasiones en que hay rechazo a las características anatómicas y que muy pocos presentan transexualismo en la vida adulta (aunque muchos adultos con transexualismo refieren haber presentado problemas de identidad de género en la infancia).

La cuarta edición del DSM (DSM-IV, APA, 1994) introduce cambios importantes. Mientras que la CIE-10 (WHO, 1992) mantiene el término "transexualismo" y define tres trastornos dentro de los TIG, el DSM-IV reemplaza el diagnóstico de "transexualismo" por el de "TIG". Contempla en esta única categoría los tres trastornos diferentes de la CIE-10, unificando los criterios para niños, adolescentes y adultos, aunque exige especificar la edad actual. Además, en el DSM-IV, los TIG dejan de localizarse en el capítulo de los trastornos de inicio en la infancia o adolescencia, volviendo a incluirse dentro del capítulo "trastornos sexuales y de la identidad sexual", junto a las parafilias y las disfunciones sexuales.

La principal diferencia de los criterios para el TIGI, entre el DSM-IV con respecto a los criterios del DSM-III-R, es que en el DSM IV son comunes para adolescentes y adultos, aunque establece indicadores propios para la infancia. Por tanto, no se incluye como criterio el requisito de que no se haya alcanzado la pubertad, sino que se incluye la especificación "codificar según la edad actual". También se establece un nuevo criterio que consiste en comprobar que la alteración no coexista con una enfermedad intersexual (APA, 1994). Este criterio ya estaba presente en los anteriores manuales, pero en el apartado del diagnóstico diferencial.

Los dos primeros criterios del DSM-IV mantienen, en su mayoría, la misma dinámica que el manual anterior, haciendo referencia al convencimiento de que se es del otro sexo y el rechazo a ser del sexo actual, que puede ser a nivel de conductas estereotípicas, o bien rechazo a las características anatómicas.

Este manual, además de hacer referencia a las preferencias en juegos, ropas o compañía preferida, amplía los signos de alerta en niños y niñas; haciendo alusión, por ejemplo, a las niñas que prefieren héroes masculinos, orinar de pie o que se les llame con nombre de chico. Incluso, el manual refiere que las personas desconocidas pueden confundirlos con niños; y en el caso de los niños, la preferencia por orinar sentados y por ídolos femeninos (APA, 1994).

En relación al curso, y a diferencia de los manuales anteriores, el DSM-IV pone énfasis en las dificultades que puede conllevar el esclarecimiento del diagnóstico en niños y adolescentes, el cual puede necesitar de seguimiento durante un largo período de tiempo (APA, 1994). Mantiene la edad de aparición y el pronóstico. Entre los 2-4 años comienzan las actividades y el interés por el otro sexo, y solo un pequeño número de niños con este trastorno continuará presentando síntomas que cumplan los criterios para el TIG, en las etapas avanzadas de la adolescencia o en la vida adulta. Aproximadamente, tres cuartas partes (75 %) de los niños que han tenido una historia de TIG afirman tener una orientación homosexual o bisexual, pero sin ningún TIG concurrente y la mayor parte del resto afirma ser heterosexual, también sin presencia de TIG. Los porcentajes correspondientes a la orientación sexual de las niñas no se conocen (APA, 1994).

Además, frente al DSM-III-R, el DSM-IV ofrece dos evoluciones diferentes del TIG para los varones. Una vía es la continuación del trastorno, que se inició en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia. En la segunda opción, los signos más evidentes de identificación del otro sexo aparecen más tarde y de manera más gradual, con un cuadro clínico presente en las primeras etapas o en las etapas intermedias de la vida adulta, frecuentemente después de, o algunas veces junto a, fetichismo transvestista. Este grupo de inicio más tardío puede fluctuar más en el grado de identificación del otro sexo, mostrar mayor ambivalencia en cuanto a la cirugía de reasignación, presentar una mayor probabilidad de sentir atracción por las mujeres y una menor probabilidad de satisfacción después de la cirugía genitoplástica. Los varones con este trastorno que sienten atracción por otros varones tienden a presentar, durante la adolescen-

cia o las primeras etapas de la vida adulta, antecedentes de disforia de género. Por el contrario, quienes se sienten atraídos por las mujeres, por los varones y mujeres, o por ninguno de ellos, tienden a ser detectados más tarde y a presentar antecedentes de fetichismo transvestista. Si el TIG aparece en la etapa adulta tiende a tener un curso crónico, aunque algunas veces se han observado remisiones espontáneas (APA, 1994).

Finalmente, de este manual es especialmente relevante el apartado del diagnóstico diferencial. Además de establecerlo con el fetichismo transvestista, el trastorno de identidad no especificado o la esquizofrenia, diferencia el comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo del trastorno de la identidad de género. La diferencia radica en la magnitud y extensión de los deseos, intereses y de las actividades propias del otro sexo. Expone como ejemplos de la disconformidad con el papel del propio sexo los comportamientos de "marimacho" en niñas o "afeminado" en niños (APA, 1994). Sin embargo, el trastorno representa una profunda alteración del sentido del individuo con respecto a la masculinización o la feminización. La última versión de los Estándares Asistenciales ya contempla a las personas disconformes con su género como subsidiarias de atención, siempre y cuando presenten disforia de género (WPATH, 2011).

La edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA, 2000), aunque mantiene gran similitud respecto a su edición anterior, cabe destacar por sus implicaciones posteriores, que comienza a utilizar el término disforia de género en la parte introductoria del capítulo dedicado a los TIG.

La APA presentó el 10 de febrero de 2010 el primer borrador de la quinta versión del DSM (DSM-5, APA, 2010), recientemente publicado. En un primer momento, proponen cambiar el concepto de TIG (DSM-IV-TR) por el de "incongruencia de género" ("gender incongruence"). Posteriormente, y debido a las críticas recibidas (APA, 2010), se reemplaza el término de "incongruencia de género" por el de "disforia de género". Este término es utilizado, y goza de gran aceptación entre los usuarios y profesionales, desde que Fisk (1974) lo propone para designar el malestar resultante de la discordia entre identidad de género y el sexo asignado. Aunque es un concepto más amplio, históricamente ha sido empleado como sinónimo de transexualismo o de TIG. La séptima versión de los Estándares Asistenciales (WPATH, 2011), adelantándose a la publicación del DSM-5 (APA, 2013), ya realiza un cambio terminológico sustituyendo el diagnostico de TIG por el de disforia de género. La disforia de género no solo puede presentarse en las personas transexuales, sino también en otros trastornos de la identidad de género, como pueden ser en el transvestismo no fetichista, en algunas parafilias como el transvestismo fetichista o en estados intersexuales (DSM-IV-TR y CIE-10). En la 7ª versión, se contempla que no solamente las personas transexuales, transgénero y disconformes con su género pueden presentar disforia de género, sino también otros colectivos como los *drag queens* o las personas homosexuales (Bullough y Bullough, 1993).

El DSM-5 (APA, 2013) recoge dentro de la categoría disforia de género, los diagnósticos de disforia de género en niños, disforia de género en adolescentes o adultos, disforia de género no especificada y otra disforia de género especificada.

Además de cambiar el nombre del diagnóstico eliminando el término trastorno, la disforia en los niños cuenta con criterios propios. Establece un criterio temporal de 6 meses y se requiere 6 de los 8 indicadores del criterio A. Es condición necesaria, aunque no suficiente, la presencia del primer indicador (A1) para la realización del diagnóstico: "Un fuerte deseo de ser del otro género o la insistencia de que él o ella es del género opuesto (o alguna alternativa de género distinta de su género asignado)". De este modo se hacen innecesarios los dos criterios que se refieren a la anatomía física o a las características sexuales.

En este nuevo manual parece que el aspecto importante es la incongruencia entre el género sentido y el asignado. Mientras que en las versiones anteriores en el criterio A se planteaba la identificación con el sexo opuesto, el DSM 5 propone que debe darse una incongruencia entre el género experimentado y el asignado. Por último, a diferencia de los manuales anteriores, no quedan excluidas las personas con trastorno de la diferenciación sexual.

Se presenta la Tabla 1, modo de resumen de los cambios acontecidos en los manuales señalados.

Tabla 1
Evolución de la disforia de género en la infancia en las clasificaciones internacionales

	CIE 9 (WHO, 1978)	*DSM III (APA, 1980)*	*DSM III-R (APA, 1987)*	*CIE 10 (WHO, 1992)*	*DSM IV (APA,1994)*	*DSM 5 (APA, 2013)*
Denominación	Trastorno de la identidad psicosexual.	Trastorno de la Identidad de Género en la Infancia.	Trastorno de la Identidad de Género en la niñez.	Trastorno de la Identidad de género en la Infancia.	Trastorno de la Identidad de género en niños.	Disforia de género en niños (Elimina el término trastorno).
Especificidad de los criterios diagnósticos en función de la edad	No ofrece criterios distintos para cada grupo de edad ya que solamente realiza una descripción general del trastorno.	Pautas diagnósticas específicas para cada grupo de edad.	Pautas diagnósticas específicas para cada grupo de edad.	Pautas diagnósticas diferentes para cada grupo de edad.	Criterios comunes para niños, adolescentes y adultos. Única categoría (aunque con indicadores propios para la infancia). Exige codificar según la edad actual.	Criterios diagnósticos propios para niños.
Definición	No define específicamente el trastorno de identidad psicosexual, solo hace una definición general de transexualismo.	Malestar persistente e intenso por el hecho de ser un niño/a y deseo manifiesto de ser del sexo opuesto.	Malestar persistente e intenso por el hecho de ser un niño/a y deseo manifiesto de ser del sexo opuesto.	Deseo general y persistente de ser del sexo opuesto al propio, junto a un intenso rechazo del comportamiento, atributos y atuendos del mismo.	Identificación acusada y persistente con el otro sexo.	Incongruencia entre el género sentido/ experimentado y el género asignado (Enfatiza la importancia del género).

Criterios diagnósticos	En niñas exige un rechazo a las características anatómicas. En los niños, el rechazo puede ser sustituido por preferencia por actividades estereotipadamente femeninas.	En niñas no es necesario un rechazo a las características anatómicas si existe una preferencia por actividades estereotipadamente masculinas. Mantiene el criterio para los niños.	En niños y niñas, son raras las ocasiones en las que hay rechazo a las características anatómicas.	Mantiene que el rechazo de características anatómicas no es condición necesaria para el diagnóstico ni en niños ni en niñas, siempre que presenten sentimiento de inadecuación con su rol.	El rechazo a la anatomía o características sexuales no son necesarios para el diagnóstico de disforia de género.
	Comienzo de la alteración antes de la pubertad.	Comienzo de la alteración antes de la pubertad.	El niño no ha alcanzado la pubertad.	No se incluye como criterio que no se haya alcanzado la pubertad.	
	Debe realizarse el diagnostico diferencial con una enfermedad intersexual.	Debe realizarse el diagnostico diferencial con una enfermedad intersexual.		Nuevo criterio de exclusión: coexistencia con enfermedad intersexual.	No se excluyen las personas con trastorno de diferenciación sexual. Si existe se debe especificar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde la introducción en las clasificaciones diagnósticas de los TIG, prácticamente todos los manuales hacen referencia a la especificidad de la infancia. El DSM-III (APA, 1980), a diferencia de la CIE-9 (WHO, 1978), ya ofrece criterios diagnósticos para cada grupo de edad. Por un lado estarían los niños con TIG y por otro los adolescentes y los adultos que presentan un transexualismo.

El DSM-III-R (APA, 1987) mantiene las diferencias en función de la edad de aparición del trastorno (infancia o adultez), introduciendo los TIG en la sección correspondiente a los "trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia".

El DSM-IV (APA, 1994), a diferencia de la CIE-10 (WHO, 1992), reemplaza el diagnóstico de transexualismo por el de TIG y aunque establece indicadores específicos según la edad de aparición, unifica los criterios para niños, adolescentes y adultos. Por tanto, a diferencia del DSM-III-R, no establece como criterio que no se haya alcanzado la pubertad al tener que especificar la edad actual y añade como criterio de exclusión la existencia de una enfermedad intersexual.

En la CIE-10 (WHO, 1992), a diferencia del DSM-IV (APA, 1994) y en consonancia con el futuro DSM-5 (APA, 2010), los adolescentes no pueden someterse a los mismos criterios que los niños. Establece tres categorías diagnósticas diferentes y teniendo en cuenta la edad del individuo realiza una diferenciación, con sus propias pautas diagnósticas, entre transexualismo y TIGI.

El DSM-5 cambia el término TIG por el de disforia de género y recoge, dentro de esta categoría, los diagnósticos de disforia de género en niños, disforia de género en adolescentes o adultos, disforia de género no especificada y otra disforia de género especificada.

Todas las versiones de las clasificaciones que hacen referencia al curso de los TIGI señalan la escasa evolución hacia el transexualismo en la edad adulta, incluso algunos manuales plantean la evolución hacia el transexualismo como "la principal complicación" (APA, 1980; APA, 1987, WHO, 1992; APA, 2000). Precisamente la realización de este pronóstico desfavorable, planteado por los manuales, avalaría la aplicación de tratamientos hormonales tras comenzar la adolescencia.

El rechazo persistente a las estructuras anatómicas del sexo de nacimiento, a partir del DSM-III-R, deja de ser un criterio de obligado cumplimiento para ambos sexos. Mientras que en el DSM-III solo era necesario para las niñas, el DSM-III-R ya posibilita el cumplimiento de este criterio (B), únicamente con que se manifieste una aversión persistente a la ropa representativa del estereotipo femenino e insistencia en vestirse con elementos pertenecientes al estereotipo masculino. Por lo tanto, el rechazo a los atributos anatómicos propios del individuo, es criterio diagnóstico que deja de ser necesario tanto en los niños como en niñas con TIG. El DSM-IV mantiene, como su versión predecesora, que el rechazo a las características anatómicas no es condición necesaria para el diagnóstico ni en los niños ni en las niñas, siempre que presenten un sentimiento de inadecuación con su rol. Asimismo, el DSM-5 mantiene que los criterios que hacen referencia al rechazo a la anatomía física o a las características sexuales, no son necesarios para la realización del diagnóstico de disforia de género. En esta misma línea, la CIE 10 declara que son raras las ocasiones en que hay rechazo a las características anatómicas.

El DSM-5 parece reivindicar la importancia del género. Mientras que en las versiones anteriores, el criterio A plantea la identificación con el sexo opuesto, el nuevo manual establece que debe darse una incongruencia entre los géneros, el que el niño siente como propio y el asignado al nacer. Aunque sexo y género son dos conceptos interdependientes (Fernández, 2011), la anatomía sexual pierde hegemonía a favor de las manifestaciones de género.

Por último, a diferencia de los manuales anteriores, en el DSM 5 no quedan excluidas las personas con trastorno de la diferenciación sexual, para lo que añade un nuevo subtipo de categorización.

Desde la inclusión del transexualismo en las taxonomías y hasta la reciente publicación del DSM-5, la polémica y las reivindicaciones en torno a su despatologización han ido en aumento. En España, el movimiento reivindicativo por la despatologización de la transexualidad comienza a tomar vigencia en 2007, en relación con la aprobación de la "Ley 3/2007 del 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas", que reconoce el

derecho de las personas transexuales a cambiar su sexo legal y que este se corresponda con la identidad que reclaman como propia (Boletín Oficial del Estado, 2007). Este movimiento se ha unido a otra campaña de ámbito internacional ("Stop Trans Pathologization"), mediante la cual se manifiestan colectivos de más de 40 ciudades de todo el mundo (Polo y Olivares, 2011).

En un intento de despatologización, tanto el nuevo manual DSM-5 (APA, 2013) como la última versión de los Estándares Asistenciales (WPATH, 2011) introducen determinados cambios terminológicos y conceptuales, aunque siguen manteniendo la disforia de género catalogada como trastorno mental.

Que se haya introducido en las dos clasificaciones internacionales le confiere el estatus de trastorno o enfermedad mental, pero también lo rescata de connotaciones moralistas y de ser tratados como delincuentes, permitiendo obtener derechos y beneficios en una población que ha estado muy marginada (O'Hartigan, 1997).

Dadas las consecuencias total o parcialmente irreversibles de las intervenciones hormonales, es absolutamente vital realizar un cuidadoso diagnóstico del TIG (diagnóstico diferencial, comorbilidad psiquiátrica asociada, etc.) (Becerra, 2004). Estas intervenciones realizadas en una población en constante proceso de desarrollo y evolución (físico, psicológico y sexual) exigen una evaluación exhaustiva individualizada. Debemos tener presente que la personalidad es un sistema dinámico, autorregulado, que se desarrolla en relación recíproca con el medio y que incluye al mismo tiempo factores disposicionales, culturales y sociohistóricos (Richaud de Minzim, 2004). Además del preceptivo diagnóstico tradicional, el profesional debe disponer de un buen conocimiento en psicopatología del desarrollo en la infancia y adolescencia, así como ser competente en el diagnóstico y tratamiento de problemas ordinarios (WPATH, 2011). Para poder incrementar la certeza diagnóstica y planificar de forma más adecuada la intervención, la evaluación debe ser multi y pluridimensional (Maganto y Cruz, 2001).

Teniendo en cuenta que solo una minoría de niños mantendrá el trastorno y desarrollará un transexualismo (Drummond, *et al.*, 2008; Green, 1987; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008; Zucker y Bradley, 1995), es preciso la realización de estudios de seguimiento para contar con una mayor evidencia empírica que permita predecir resultados en la edad adulta (Cohen-Kettenis *et al.*, 2008; Kreukels y Cohen-Kettenis, 2011). El profesional deberá tener instrumentos y conocimientos necesarios para seleccionar cuidadosamente a los candidatos más adecuados, que se puedan beneficiar de los tratamientos precoces que demoran la pubertad (Möller *et al.*, 2009) o proponer otras alternativas terapéuticas que contemplen el abanico de posibilidades de las expresiones de género (WPATH, 2011).

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association** (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 3ª ed. Washington, DC: APA (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1984).
2. **American Psychiatric Association** (1987). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 3ª ed. Rev. Washington, DC: APA (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1988).
3. **American Psychiatric Association.** (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1998).
4. **American Psychiatric Association** (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. rev. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002).
5. **American Psychiatric Association** (2010). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5ª ed. Development, 2010. Recuperado de http://dsm5.org
6. **American Psychiatric Association** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5ª ed. Washington, DC: APA.
7. **Fernández, M.** (2011). Sexo y género dos conceptos interdependientes. Mosaico: revista de psicoterapia familiar, 49: 53-58.
8. **Becerra, A.** (Coord) (2003) y Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género. Trastornos de identidad de género. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. Endocrinología y Nutrición, 50: 19-33.
9. **Becerra, A.** (2004) y Grupos de Trabajo de la SEEN. Transexualismo: diagnóstico y tratamiento médico. Grupo de Trabajo sobre Sexualidad y Reproducción. Endocrinología y Nutrición, 51: 26-32.

10. **Boletín Oficial del Estado** (2007). Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas". BOE de 16 de marzo de 2007.
11. **Bullough, V.L., y Bullough, B.** (1993). Cross dressing, sex, and gender. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
12. **Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van der Waal, H. y Gooren, L.** (2008). Original Research. Intersex and gender identity disorders. The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights. The Journal of Sexual Medicine, 5, 1892– 1897.
13. **Drummond, K.D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M. y Zucker, K.J.** (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. Developmental Psychology, 44: 34-45, doi: 10.1037/0012-1649.44.1.34.
14. **Esteva, I., Gonzalo, M., Yahyaoui, R., Domínguez, M., Bergero, T., Giraldo, F., Hernando, V. y Soriguer, F.** (2006). Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 78: 65-70.
15. **Green, R.** (1987). The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press.
16. **Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association** (2001). The standards of care for gender identity disorders. 6ª version. Mineapolis: HBIGDA.
17. **Kreukels, B.P. y Cohen-Kettenis, P.** (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. Nature Reviews Endocrinology, 7: 466-472, doi: 10.1038/nrendo.2011.78.
18. **Maganto, C. y Cruz, S.** (2001). Multitécnicas y multimétodos en la evaluación de la primera infancia. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 12: 149-181.
19. **Möller, B., Schreier, H., Li, A. y Romer, G.** (2009). Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 39: 117-143, doi: 10.1016/j.cppeds.2009.02.001.
20. **O'hartigan, M.D.** (1997). The GID controversy: Transsexuals need the gender identity disorder diagnosis. Transgender Tapestry, 79: 30-45.
21. **Polo, C. y Olivares, D.** (2011). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31: 285-302.
22. **Richaud de Minzi, M.C.** (2004). Diferentes perspectivas acerca de la personalidad en la niñez. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 17: 27-38.
23. **Spack, N., Edwards-Leeper, L., Feldman, H., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. y Vance, S.** (2012). Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. Pediatrics, 20: 418-425, doi: 10.1542/peds.2011-0907.
24. **Wallien, M.S.C., y Cohen-Kettenis, P.T.** (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47: 1413-1423, doi: 10.1097/CHI.0b013e31818956b9.
25. **World Health Organization** (1978). Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª ed. Ginebra: WHO (trad. cast.: Madrid, Meditor).
26. **World Health Organization** (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª ed. Ginebra: WHO. (trad. cast.: Madrid, Meditor).
27. **World Professional Association for Transgender Health.** (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7ª version. Recuperado de http://www.wpath.org publications_standards.cfm.
28. **Zucker, K. J., y Bradley, S. J.** (1995). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press.
29. **Zucker, K.J., Bradley, S.J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., y Cantor, J.M.** (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? Journal of Sex & Marital Therapy, 34: 287-290, 10.1080/00926230802096192.