

Necesidad, conveniencia y contenido del proceso de evaluación y asesoramiento psicológico en adolescentes transexuales.

Necessity, convenience and content of the process of evaluation and psychological counseling in transsexual adolescents.

Felipe Hurtado Murillo

Doctor en Psicología. Especialistas en psicología clínica y sexología.

Unidad Multidisciplinar de Atención a las Personas Transexuales de la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Resumen: La transexualidad es definida como una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico) y sexo/género sentido.

Como consecuencia de la discordancia, la persona experimenta un sentimiento de profundo rechazo hacia las características sexuales primarias y secundarias de su sexo biológico y busca adecuar su cuerpo mediante tratamientos hormonales y quirúrgicos, para corregir su apariencia y conseguir vivir y ser tratada socialmente arreglo al género sentido y deseado, solicitando con posterioridad rectificar la identidad registral del sexo con el fin de legalizar el nuevo sexo y nombre en sus documentos.

En la actualidad es imposible realizar la evaluación de transexualidad basándose en criterios objetivos. Para la evaluación dependemos de la información suministrada por los/as propios/as transexuales y/o por la familia y el entorno, que en ocasiones es sesgada con o sin intencionalidad. Se realiza a partir de entrevistas clínicas por métodos psicológicos, habiendo profesionales que utilizan criterios diagnósticos establecidos en manuales internacionales de diagnóstico (1,2).

Dadas las consecuencias irreversibles, parciales o totales, de los tratamientos hormonales y/o quirúrgicos, es absolutamente necesario realizar una cuidadosa y exhaustiva evaluación individualizada en Unidades especializadas. La evaluación y el diagnóstico diferencial debe ir apoyado por un seguimiento riguroso y continuo del/de la menor y de su familia con el fin de asesorar durante el proceso de construcción de la identidad de género sentida.

Palabras clave: Transexualidad. Evaluación. Asesoramiento psicológico.

Abstract: Transsexuality is defined as a persistent manifestation of personal disagreement between the sex assigned to birth (genetic, gonadal, genital and morphological) and sex / gender desired.

As a result of discordance, the person experiences a deep rejection of the primary and secondary sexual characteristics of their biological sex and seeks to adapt their body



through hormonal and surgical treatments, to correct their appearance and to live and be socially treated according to desired gender, subsequently requesting rectification of the registration of sex in order to legalize the new sex and name in their documents.

At present it is impossible to perform the evaluation of transsexuality based on objective criteria. For the evaluation we depend on the information provided by the transsexuals themselves and / or by the family and the environment, which is sometimes biased with or without intentionality. It is performed from clinical interviews by psychological methods, having professionals using diagnostic criteria established in international diagnostic manuals (1,2).

Given the irreversible, partial or total consequences of hormonal and / or surgical treatments, it is absolutely necessary to carry out a careful and exhaustive individualized evaluation in specialized units. The evaluation and differential diagnosis should be supported by a rigorous and continuous follow-up of the child and his / her family in order to advise during the process of construction of the desired gender identity.

Key words: Transsexuality. Evaluation. Psychological counseling.

Introducción

La discordancia entre la identificación de género sentida y el sexo asignado y de crianza, produce un sentimiento disfórico que puede manifestarse en diferentes grados de intensidad en cada persona y momento vital (2). Ahora bien, diversas publicaciones sostienen que una gran mayoría de casos se inician a edades muy tempranas y si la identidad de género está perfectamente consolidada no hay motivos para esperar hasta la mayoría de edad para iniciar el tratamiento hormonal y quirúrgico (3).

La manifestación del sentimiento de identidad sexual / identidad de género se ha estudiado en la población de personas transexuales mediante diferentes métodos de evaluación, unos estudios se han basado en impresiones clínicas extraídas de las entrevistas (4, 5) y otros sobre instrumentos de evaluación (6-10), tales como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (11), el Test de Percepción Temática (TAT) de Rorschach (12), el Listado de síntomas (SCL-90-R) (13) o el Cuestionario de masculinidad-feminidad-androginia (BSRI) (14).

La investigación de cerebros de personas transexuales postmortem ha señalado, que el núcleo basal de la estría terminal del cerebro muestra características similares a los cerebros de personas del sexo biológico del sexo opuesto (15). Pero in vivo estas estructuras cerebrales no pue-

den ser visualizadas por técnicas de imagen, ni tampoco existen pruebas bioquímicas ni genéticas que puedan demostrar hallazgos biológicos para llegar a un diagnóstico preciso.

Por consiguiente, en la actualidad es imposible realizar la evaluación de la transexualidad o la existencia de disforia de género basándose en criterios objetivos. El diagnóstico diferencial depende de la información suministrada por los/las propios/as personas transexuales y/o por la familia y el entorno, que en ocasiones es sesgada con o sin intencionalidad. Se realiza a partir de entrevistas clínicas por métodos psicológicos y pueden estar basados en criterios diagnósticos establecidos (1, 2).

Necesidad de evaluación y tratamiento por profesionales especializados en equipos multidisciplinares

En la fase de diagnóstico diferencial, el conflicto de identidad de género, el desarrollo psicosexual y los potenciales problemas asociados son examinados por el/la profesional de la salud mental que generalmente es un profesional de la psicología clínico con formación en identidad sexual y de género.

Junto a la valoración de la identidad, de la presencia de disforia de género y de la satisfacción corporal, se miden aspectos generales del funcionamiento psicológico: habilidades intelectua-

les, habilidades de afrontamiento, rendimiento escolar, relaciones con iguales, funcionamiento familiar, sexualidad, orientación sexual, fantasías sexuales, el significado de travestirse, psicopatología y autoestima. La información es dada por el/la adolescente pero también por sus padres y entorno familiar.

Con el fin de crear expectativas realistas con respecto a la futura vida del/de la adolescente, el clínico debe dar información sobre las posibilidades y limitaciones de la reasignación de género y sobre otros tipos de tratamientos como las intervenciones psicológicas.

La pérdida de la fertilidad es un aspecto importante a abordar. Los y las adolescentes mayores en los estadios 4 o 5 de Tanner pueden decidir congelar óvulos o espermatozoides, pero muchos jóvenes adolescentes no quieren esperar hasta las últimas etapas puberales y comienzan la supresión puberal cuando todavía no son fértiles.

Factores negativos para el uso hormonal es tanto la presencia de obesidad que cada vez es más prevalente en adolescentes de países occidentales (16) como el hábito de fumar. Tanto los/as endocrinos/as pediátricos/as como las /los cirujanas/os plásticas/os consideran que la obesidad y el hábito de fumar como factores de impacto negativo para el tratamiento hormonal y los resultados quirúrgicos. Siendo por ello que a los y las adolescentes se les motiva a controlar sus hábitos alimentarios y de consumo de tabaco antes de comenzar el tratamiento (17).

Bloqueo puberal

Durante muchos años los protocolos internacionales (18) indicaban en los criterios asistenciales, que no se deberían iniciar tratamientos irreversibles ni hormonales ni quirúrgicos en personas transexuales hasta que no se hubiera alcanzado la mayoría de edad, a pesar de que un número amplio de transexuales venían manifestado una identidad persistente desde la infancia y un sufrimiento psicológico evidente que se incrementaba con la aparición de los signos puberales.

Hoy día, en cambio, hay equipos de tratamiento que defienden que se debe iniciar el proceso terapéutico durante la etapa puberal, habiendo una diagnóstico claro de persistencia y habiendo vivi-

do el adolescente las primeras etapas puberales en su sexo biológico, con el fin de disminuir el sufrimiento psicológico, mejorar la aceptación social y mejorar el resultado estético en el aspecto del sexo deseado (17).

Hay que especificar que el tratamiento hormonal con bloqueo puberal se debe iniciar una vez alcanzado el segundo-tercer estadio de Tanner, con presencia de estrógeno o testosterona en sangre y con una edad mínima de 12 años. Es reversible y consiste en la administración de análogos de GnRH que bloquean la pubertad hormonal en su sexo biológico. Retrasando o congelando la pubertad se consigue una mayor tranquilidad del y de la adolescente que proporciona más oportunidad de explorar de forma más profunda con el profesional de la salud mental, el deseo de realizar un cambio corporal mediante tratamientos irreversibles posteriores.

La persistencia de la disforia de género

La disforia de género en infancia y adolescencia son condiciones complejas y asociadas a intenso malestar, siendo por ello que es de suma importancia la detección precoz y el tratamiento integral, ya que con ello se mejora la calidad de vida, disminuye la comorbilidad mental y la disforia de género (18). Sin embargo, es preciso tener en cuenta los datos de persistencia (tabla 1), éstos indican que aunque hay una gran variabilidad que va desde el 27% al 95%, hay que tener presente que una tasa significativa de niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentado la disforia de género en la adolescencia (3, 19-24), dificultando con ello el establecimiento de un diagnóstico definitivo en la adolescencia (25).

Tabla 1. Datos sobre la persistencia de Disforia de Género en menores con seguimiento en Unidades especializadas

Ciudad. País	Autor, (año)	Muestra (edad ^a)	Resultado (% persistencia)
Amsterdam. Holanda	Wallien et al, (2008)	77 (> de 16 años)	21 (27%)
Amsterdam. Holanda	Steensma et al, (2011)	53 (< de 14 años)	29 (54.7%)
Melbourne. Australia	Hewitt et al, (2012)	21 (adolescentes ^b)	17 (81%)
Amsterdam. Holanda	Steensma et al, 2013	127 (> de 15 años)	47 (37%)
Madrid. España	Asenjo-Araque et al, (2015)	45 (< de 18 años)	43 (95%)

^a Se indica la edad en el momento de la última evaluación para valorar persistencia

^b No se indica la edad

Una de las hipótesis que se plantea respecto a estas diferencias en los resultados sobre persistencia de la transexualidad en las diferentes Unidades, es que posiblemente el filtro de derivación sea diferente en cada una de ellas. Pudiéndose derivar a unas Unidades casos menos claros de transexualidad, o que son variantes de género que finalmente no persisten, por profesionales conocedores de la existencia de la Unidad especializada pero poco expertos en criterios diagnósticos. Por otro lado, el análisis de la persistencia precisa de estudios longitudinales más allá de la mayoría de edad, ya que si se pierden datos es difícil precisar la desistencia de la disforia de género o la causa del abandono del seguimiento en la Unidad especializada (24).

Estudios prospectivos muestran que la presencia de género variante en la niñez de poblaciones clínicas está asociado con posterior homosexualidad, bisexualidad o disforia de género en la etapa adulta. Sin embargo, incluso en poblaciones clínicas, el 25% de los casos de disforia de género en la niñez no persiste en la etapa adulta (17).

La investigación apunta que la intensidad de la disforia de género parece ser la variable más predictora de la persistencia de la disforia de género tanto en niños como en niñas (los que persistieron habían dicho que “ellos eran del otro género”, mientras que los que no persistieron se identificaban más como un niño femenino o una niña masculina o que deseaban ser del otro sexo.

La mayor edad en que consultan y el sexo asignado femenino también parecen ser predictores de persistencia. En el caso de los niños, los factores más predictores fueron además de la intensidad de la disforia y la edad, el que hubieran hecho ya la transición y el mayor número de comportamientos variantes de género (22). Muchos adolescentes y adultos transexuales informan que experimentaron el sentimiento de pertenecer al género contrario al asignado en la niñez y muchos adolescentes con disforia de género muestran persistencia en la etapa adulta (26).

Diagnóstico diferencial

Dentro del diagnóstico diferencial es de suma importancia descartar a niños, niñas y adolescentes cuya conducta simplemente no encaja en el estereotipo cultural de masculinidad o feminidad (tabla 2: géneros raros o variantes de género y travestis) así como aquellos que presentan trastornos de la diferenciación sexual (intersexos).

Dadas las consecuencias irreversibles, parciales o totales, de los tratamientos hormonales, es absolutamente necesario realizar una cuidadosa y exhaustiva evaluación individualizada en Unidades especializadas. El diagnóstico debe ir apoyado por un seguimiento riguroso y continuo del/ de la menor y de su familia con el fin de asesorar durante el proceso de construcción de la identidad de género sentida (27).

Tabla 2. Género y términos relacionados

Género	Características psicológicas, conductuales y culturales asociadas con masculinidad o feminidad.
Rol de género	Características, actitudes y rasgos de personalidad que cada sociedad, en un periodo histórico, designa como masculino o femenino y que es más típico del rol social masculino o femenino.
Identidad de género	El sentimiento personal y grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina, o bien, una combinación de ambas. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a las personas organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio género.
Expresión de género	La forma en que cada persona actúa para comunicar su género dentro de una cultura determinada.
Género variante	Mostrar o expresar comportamientos, intereses o características que no se ajusten a las normas culturales dominantes para el sexo biológico.
Disforia de género	Manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico) y sexo/género sentido.
Transgénero	El comportamiento, la apariencia o la identidad de las personas que cruzan, trascienden, o no se ajusten a las normas culturalmente definidas para personas de su sexo biológico. Transgénero es un término general que empezó a usarse debido a la insatisfacción con el término categórico de transexual y reconoce las múltiples identidades de género que no se ajustan correctamente a las categorías rígidas de hombre o mujer. Incluye un espectro de identidades: transexual, andrógino, bigénero, género raro (genderqueer), travestido. Puede representar a quien ha sido objeto de la terapia hormonal o la cirugía estética con el fin de vivir en el rol de género de elección, pero no incluye a quienes han realizado reasignación quirúrgica genital.
Género raro	(Genderqueer). Persona que no se ajusta a las distinciones de género convencionales pero no se identifica con ninguno de ellos, ambos, o una combinación de géneros masculino y femenino.
Andrógino	Parcialmente hombre y parcialmente mujer en apariencia, de sexo indeterminado.
Travesti	(Cross.dresser). Persona que viste con ropas, se pone maquillaje y adornos corporales asignado socialmente al sexo opuesto, pero acepta sus características sexuales y no desea alterarlas.
Transexual	La persona que desea vivir y ser aceptada como miembro del sexo opuesto. Acompañado por un sentimiento de malestar con las características sexuales primarias y secundarias del sexo biológico propio y con deseo de eliminarlas mediante tratamiento hormonal y/o cirugía para hacer su cuerpo lo más congruente posible con el sexo deseado y preferido.

Debemos tener en cuenta que la identidad sexual y de género forma parte de la personalidad y ésta es un sistema dinámico que se desarrolla en relación recíproca con el medio y que incluye al mismo tiempo factores disposicionales, culturales y sociohistóricos (28). Por consiguiente, el profesional que realiza el diagnóstico tiene que tener una buena formación en psicopatología del desarrollo en la infancia y adolescencia y ser competente en el diagnóstico y tratamiento de

problemas mentales, además de ser un amplio conocedor de la transexualidad (29).

Para poder incrementar la certeza diagnóstica y planificar de forma más adecuada la intervención, la evaluación debe ser multi y pluridimensional (30) y el profesional deberá tener instrumentos y conocimientos necesarios para seleccionar cuidadosamente a las candidatas y los candidatos más adecuados/as que se puedan beneficiar de



los tratamientos precoces que demoran la pubertad (31) o proponer otras alternativas terapéuticas que contemplen el abanico de posibilidades de las distintas expresiones de género o recomendar una intervención específica si hubiera un trastorno psiquiátrico (29).

Problemas que pueden requerir intervenciones psicológicas solamente, o antes o en combinación con los tratamientos médicos son:

1. La **confusión de género** que se puede dar en jóvenes varones homosexuales con intereses estereotípicos femeninos y que les gusta vestirse con ropas de mujer. Pueden considerar que la reasignación de género podría ser la solución a su malestar. También se puede dar la confusión de género en adolescentes varones con travestismo fetichista con o sin excitación sexual que interpretan su deseo de llevar ropas de mujer como un signo de disforia de género y demandan la reasignación de género.
2. Un número significativo de adolescentes con disforia de género tiene comorbilidad psiquiátrica. En estos casos los problemas de salud mental coexistentes deben ser evaluados para asegurar el diagnóstico o realizar tratamientos para que no alteren el proceso de reasignación sexual. Cuando las comorbilidades están tratadas y estabilizadas, los adolescentes pueden ser aceptados para realizar la supresión

puberal, pero si el trastorno de salud mental no está estabilizado o no hay suficientes garantías de que el/la adolescente tiene un compromiso claro de cumplimiento terapéutico, la frenación puberal ha de ser post-puesta hasta que la situación de salud del adolescente sea suficientemente estable.

3. Los trastornos del espectro autista presentan dificultades diagnósticas para la disforia de género, en estos casos si estos/as adolescentes son elegibles para realizar la supresión puberal o la hormonación cruzada, el tratamiento ha de ser introducido con mucho cuidado y cada paso ha de ser valorado con el profesional de salud mental y el resto del equipo (32).
4. Jóvenes con aversión hacia la sexualidad o hacia partes corporales sexuadas y demandan extirpaciones quirúrgicas de genitales o mamas. Es poco frecuente pero hay casos donde puede haber un trastorno mental de dismorfobia a mamas o genitales y solicitan una ablación para eliminar su malestar aversivo, prefiriendo estar asexuadas pero sin sentimiento de desear ser del otro género.
5. La presencia de disforia de género pero sin deseo de realizar tratamientos de reasignación sexual, ni con hormonación ni con cirugía. Pueden intentar integrar los aspectos masculinos y femeninos y adoptar una forma de expresión andrógina o mixta.

Correspondencia

Felipe Hurtado Murillo • felipehurtadomurillo@gmail.com

Centro de Salud “Fuente San Luis” • Unidad de Salud Sexual y Reproductiva y Unidad Multidisciplinar de Atención a las Personas Transexuales

Calle Arabista Ambrosio Huici, 30 • 46013 Valencia

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
2. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van der Waal H, Gooren L. Original Research. Intersex and gender identity disorders. The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights. *J Sex Med* 2008; 5: 1892-7.
4. Randell J. Indications for sex reassignment surgery. *Archiv Sex Behav* 1971; 1: 153-61.
5. Walinder J, Lundström B, Thuwe I. Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. *Br J Psychiatr* 1978; 132: 16-20.
6. Hill E. A comparison of three psychological testings of a transsexual. *J Pers Assess* 1980; 44: 52-100.
7. Lothstein LM. Psychological-testing with transsexuals- a 30 year review. *J Pers Assess* 1984; 48: 500-7.
8. Fleming M, Cohen D, Salt P, Jones D, Jenkins S. A study of pre- and postsurgical transsexuals: MMPI characteristics. *Arch Sex Behav* 1981; 10: 161-70.
9. Murray J. Borderline manifestations in the Rorschachs of male transsexuals. *J Pers Assess* 1985; 49: 454-66.
10. Mate-Kole C, Freschi M, Robin A. A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *Br J Psychiatr* 1990; 157: 261-64.
11. Hathaway SR, McKinley JC. (Adaptación española: Ávila-Espada, A y Jiménez-Gómez F). Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2. Madrid: TEA ediciones; 2000.
12. Murray HA. Manual for the Thematic Apperception Test. Cambridge: Harvard University Press; 1943a.
13. Derogatis SL. The SCL-90-R. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1975.
14. Bem SL. The measurement of psychological androgyny. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 155-62.
15. Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. Male to female transsexual have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85 (5): 2034-41.
16. Friedriks AM, Buuren van S, Wit JM. Body mass index measurements in 1996-7 compared with 1980. *Arch Dis Child* 2000; 82: 107-12.
17. Cohen-Kettenis PT, Schagen SE, Steensma TD, De Vries ALC. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up. *Arch Sex Behav* 2011; 40:843-7.
18. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGDA. The standards of care for gender identity disorders. 6ª versión. Mineapolis: HBIGDA; 2001.
19. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008; 47(12): 1413-23.
20. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen_kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria alter childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Psychology and Psychiatry* 2011; 16(4):499-516.
21. Hewitt JK, Paul C, Kasiannan P, Grover SR, Newman LK, Warne GL. Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *The Medical Journal of Australia* 2012; 196(9):578-581.
22. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative



- follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52 (6): 582-90.
23. Drescher J, Pula J. Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-Variant Prepubescent Children. *LGBT Bioethics: Visibility, Disparities and Dialogue*, special report, Heatings Center Report 2014; 44(5):S17-S22. DOI.10.1002/hast.365
 24. Asenjo-Araque N, García-Gibert C, Rodríguez-Molina JM, Becerra-Fernández A, Lucio.Pérez MJ y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 2015; 2(1):33-36.
 25. Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol* 2011; 7:466-72.
 26. De Vries ALC, Cohen-Kettenis PT, Delamarre -van de Waal HA. Clinical Management of gender dysphoria in adolescents. *Int J Transgenderism* 2007; 9(3):83-94.
 27. Vanderburgh R. Appropriate therapeutic care for familias with pre-pubescent transcender/ gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal* 2009; 26(2):135-54.
 28. Richaud de Minzi MC. Diferentes perspectivas acerca de la personalidad en la niñez. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* 2004; 17(1): 27-38.
 29. The World Professional Association for Transgender Health-WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7 version. 2011. Recuperado en marzo de 2012 de http://wpath.org/publications_standards.cfm.
 30. Maganto C, Cruz S. Multitécnicas y multimétodos en la evaluación de la primera infancia. *Revista Ibroamericana de Diagnostico y Evaluación Psicológica* 2001; 12: 149-81.
 31. Möller B, Schreier H, Romer G. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 2009; 39: 117-43.
 32. De Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Puberty supresión un adolescents with gender identity disorder: A prospective follow up study. *J Sex Med* 2010.01943.x. Doi: 10-1111/j.1743-6109.

• Recibido: 26/12/2016.

• Aceptado: 15/05/2017.