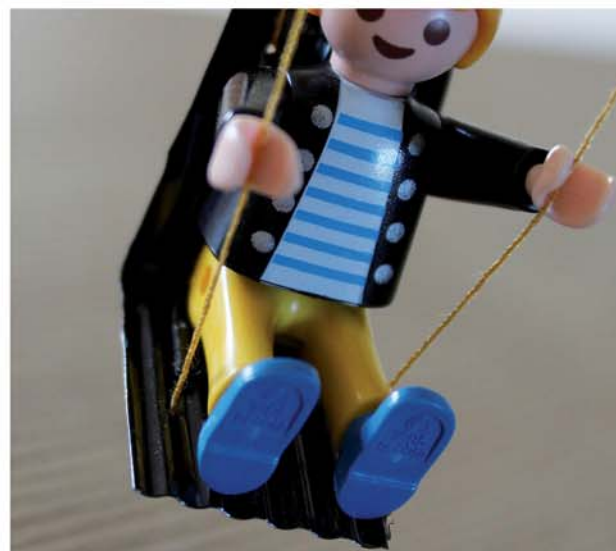


ATENCIÓN A LA SALUD DE PERSONAS TRANSEXUALES, TRANSGÉNERO Y CON DISCONFORMIDAD DE GÉNERO

TRINIDAD BERGERO MIGUEL

Psicóloga Clínica de la Unidad de Transexualidad e
Identidad de Género (UTIG) del Hospital Regional
Universitario de Málaga





Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Asociación Mundial Profesional por la Salud Transgénero. (WPATH). Estándares Asistenciales. 7ª Versión (2011)	
FICHA 1.....	22
Adolescencia, victimización, estigma	
FICHA 2	26
Algunas consideraciones sobre el concepto de género, la transexualidad y la despatologización	

Documento base.

Asociación Mundial Profesional por la Salud Transgénero. (WPATH). Estándares Asistenciales. 7ª Versión (2011)

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH, 2011) es una asociación profesional internacional de carácter multidisciplinar, cuya misión es promover la atención sanitaria basada en la evidencia, la educación, la investigación y el respeto por la salud de las personas transgéneros, transexuales y con disconformidad con su género. Esta Asociación elabora los Estándares Asistenciales basados en consensos de profesionales expertos. Son directrices clínicas flexibles para los profesionales de la salud a la hora de atender a personas transexuales, transgénero y con disconformidad de género, con métodos seguros y efectivos para conseguir conciliar a la persona con su identidad de género, buscando maximizar su bienestar, salud y pleno desarrollo personal en general. (Bergero & Cano 2006a).

La WPATH reconoce que la salud no sólo depende de una buena atención clínica sino también de los aspectos políticos y sociales que aseguren tolerancia social, igualdad, y plenitud de derechos de todos los ciudadanos. Se promueve la salud a través de políticas públicas de actuación y reformas legales que potencien la tolerancia y equidad en la diversidad sexual y de género y eliminen prejuicios, discriminaciones y estigmas.

En la actualidad se encuentra en vigencia la versión 7 de los Estándares Asistenciales (WPATH 2011) En ella, se especifican las diferencias entre las personas transgéneros, transexuales y personas no conformes con su sexo y se reconocen y validan expresiones de género que no necesitan tratamientos psicológicos, hormonales, o quirúrgicos.

Una gran parte del conocimiento disponible sobre este tema proviene de Norteamérica y Europa Occidental. Pero hay diferencias entre los distintos países y aún dentro del mismo país respecto a las actitudes sociales hacia personas transexuales, transgéneros, y no conformes con su género; las construcciones de las identidades y roles de género; el uso del lenguaje para describir identidades sexuales diferentes; la epidemiología de la disforia de género; el acceso y coste de los tratamientos; las terapias ofrecidas; el número y tipo de profesionales que proporcionan la asistencia; las legislaciones y políticas relacionadas con esta área de asistencia médica, etc. (Winter, 2009), (Esteva, Gómez-Gil, Almaraz, Martínez, Bergero, Olveira, Soriguer; Grupo GIDSEEN, 2012).

Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta estas diferencias y adaptar los Estándares a la realidad local. En algunas culturas, la gente no conforme con su género es socialmente visible (Peletz, 2006) (Bergero, Asiain, Gorneman, Giraldo, Lara, Esteva, & Gómez, 2008). En estos sitios, es común que se inicie un cambio de la expresión de género y características físicas durante la adolescencia, o incluso antes. En muchas culturas, sin embargo, el estigma social está generalizado y los roles de género son muy prescriptivos, lo cual puede llevar a estas personas a permanecer ocultas y por lo tanto, carecer de oportunidades para tener una adecuada atención. (Winter, Chalungsooth, Teh, Rojanalert, Maneerat, Wong, & Macapagal, 2009).

SER TRANSEXUAL, TRANSGÉNERO O DISCONFORME CON EL GÉNERO NO ES UNA PATOLOGÍA, SINO REFLEJO DE LA DIVERSIDAD DE LOS SERES HUMANOS. (WPATH 2011)

La expresión de las características de género, incluyendo las identidades, que no estén asociadas estereotípicamente con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno común y multicultural humano que no debe ser juzgado como implícitamente patológico o negativo.

Algunas personas se describen a sí mismas no como personas trans sino como miembro del otro sexo, sin ambigüedades (Bockting, 2008). Otras personas no se consideran ni hombre ni mujer. En su lugar, pueden describir su identidad de género en términos específicos como trans, transgénero, bigénero o gender-queer, trascendiendo el concepto binario de género masculino/femenino (Bockting, 2008).

Sin embargo, muchas sociedades del mundo, estigmatizan la disconformidad de género. El estigma puede llevar a prejuicios y discriminación, dando como resultado el llamado “estrés de las minorías” (Meyer, 2003) que puede pro-

ducir una mayor vulnerabilidad al desarrollo de problemas de salud mental como ansiedad y depresión (Instituto de Medicina, 2011), deserción escolar y marginación económica. Estas situaciones son inducidas socialmente y no son inherentes al hecho de ser transexual, transgénero, o disconforme con el género. El “estrés de las minorías” se caracteriza por: 1. Circunstancias adversas que requieren un esfuerzo adicional para afrontarlas y que producen un estrés específico que se suma al estrés vivido en un sociedad determinada. 2. Es crónico. 3. Tiene una base social.

Este último punto es sustancial. Un estudio con personas con disforia de género no puede eludir la importancia del factor social, ni circunscribirse únicamente al análisis de los aspectos psicopatológicos porque las vivencias positivas de integración social no dependen solamente de las características personales sino de que el contexto social provea condiciones objetivamente positivas y que éstas sean percibidas positivamente por las personas (Gómez & Barrientos, 2012)

DIFERENCIA ENTRE DISCONFORMIDAD DE GÉNERO Y DISFORIA DE GÉNERO (WPATH 2011).

La disconformidad de género se refiere al grado en el cual la identidad, rol o expresión de género de una persona difieren de las normas culturales establecidas para personas de un sexo particular (Instituto de Medicina, 2011).

La disforia de género hace relación al malestar o sufrimiento causado por la discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo que se le ha asignado al nacer (así como el rol de género y/o las características sexuales primarias y secundarias asociados) (Fisk, 1974) (Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010). Sólo algunas de las personas no conformes con el género experimentan disforia de género en algún momento de sus vidas.

La disforia de género se refiere a la angustia que puede acompañar a la incongruencia entre el género sentido o género expresado y el género asignado. Aunque no todos los individuos experimentarán un sufrimiento como resultado de tal incongruencia, muchos sufrirán si las intervenciones físicas deseadas por medio de hormonas y/o cirugía de reasignación sexual no son posibles. El termino actual según la DSM V (Disforia de género) (APA 2013) es más descriptivo que el término previo del DSM-IV (Trastorno de la identidad sexual) (APA 1994) y se centra en la disforia como problema clínico y no la identidad per se.

DIFERENCIA ENTRE TRANSGÉNEROS Y TRANSEXUALES (WPATH 2011).

Los “transgéneros” se refieren al amplio espectro de personas que de forma transitoria o persistente se identifican con un sexo diferente de su sexo asignado al nacer.

Los Transexuales son individuos que buscan o han hecho una transición social de hombre a mujer o de mujer a hombre, que en muchos casos - pero no en todos- también puede implicar una transición somática por tratamiento hormonal y/o cirugía de reasignación sexual.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES (ADULTOS)

Los criterios diagnósticos que se usan provienen de las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales establecidos por la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA 2013). y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993).

DSM V (APA, 2013)

DISFORIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS (F 64.1)

- A. Una incongruencia marcada entre el género sentido o expresado y el género asignado , durante al menos 6 meses de duración, que se manifiesta en al menos dos de los siguientes criterios :
- 1 . Una marcada incongruencia entre el género vivido y las características sexuales primarias y / o secundarias (o en los jóvenes adolescentes , la anticipación de las características sexuales secundarias).
 - 2 . Un fuerte deseo de librarse de las características sexuales primarias y/o secundarias, debido a una marcada incongruencia con el género (o en los adolescentes jóvenes , el deseo de evitar el desarrollo de las características sexuales secundarias) .
 - 3 . Un fuerte deseo de tener los caracteres sexuales primarios y / o secundarios del otro género.
 - 4 . Un fuerte deseo de ser del sexo opuesto (o algún género alternativo diferente al género asignado) .
 - 5 . Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o alguna alternativa de género diferente a la del género asignado).
 - 6 . Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y las reacciones propias del otro sexo (o algún género alternativo diferente a la del género asignado).
- B. La condición se asocia con malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales , ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento del individuo.

OMS (1993)**TRANSEXUALISMO (F64.0)**

La Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión (CIE-10) lo denomina Transexualismo (F64) y lo define como “el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido”.

Se requiere la presencia de identidad transexual persistentemente durante al menos dos años.

No se trata de un síntoma de otro trastorno mental, tal como Esquizofrenia, ni secundario a una anomalía cromosómica.

OTROS DATOS IMPORTANTES EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO

Los individuos con disforia de género tienen una incongruencia entre el género asignado en el momento del nacimiento y el género sentido como propio. Esta discrepancia es la característica principal del diagnóstico. Debe haber también evidencia de angustia relacionada con esta incongruencia

Las chicas de nacimiento pre-púberes con disforia de género expresan el deseo de ser un chico, creer que son un chico o creer que crecerán y serán un hombre. Prefieren vestuario y peinados de chico y a menudo son percibidas por los desconocidos como chicos. Generalmente, reaccionan de una forma intensa y negativa a los intentos de los padres de vestirlos con atuendos femeninos. Suelen rechazar ir a eventos escolares o sociales donde esas ropas son requeridas. Los juegos de pelea y juegos tradicionales de chicos y la preferencia de chicos como compañeros de juegos son frecuentes. Muestran escaso interés por juegos o actividades estereotipadamente femeninos. Ocasionalmente, rechazan orinar sentadas. Algunas niñas de nacimiento pueden expresar el deseo de tener pene o declarar que lo tienen o que crecerán y lo tendrán cuando sean mayores. También pueden expresar que no quieren que se desarrollen los pechos o menstruar.

Los chicos de nacimiento en la edad pre-puberal con disforia de género pueden expresar su deseo de ser una chica y la creencia de que lo son o que crecerán y serán una mujer. Tienen preferencia por vestimentas femeninas y pueden improvisar vestuario con materiales disponibles. Desarrollan en los juegos, un rol femenino. Prefieren las actividades tradicionalmente femeninas y a las chicas como compañeras de juego. Suelen evitar juegos de pelea y deportes competitivos, tienen escaso interés en juguetes estereotipadamente masculinos. Pueden simular no tener pene e insisten en orinar sentados. Con menos frecuencia pueden expresar que encuentran desagradables su pene o sus testículos, que desean que desaparezcan o que tienen, o desean tener, una vagina.

Respecto a los adolescentes tempranos en los que los caracteres sexuales secundarios no están todavía completamente desarrollados, pueden no estar a gusto con ellos, pero están concienciados sobre los inminentes cambios físicos.

En los adultos con disforia de género, la discrepancia entre el sexo sentido como propio y el sexo asignado al nacer, está a menudo, -pero no siempre- acompañado del deseo de desprenderse de las características sexuales primarias y/o secundarias y un fuerte deseo de adquirir algunas características sexuales primarias y/o secundarias del otro género.

Algunos adultos pueden tener un fuerte deseo de ser de un género diferente y ser tratados como tal, y tener una certeza interior de sentir y responder como el género sentido sin buscar un tratamiento médico que altere las características corporales. Pueden encontrar otras formas de resolver la incongruencia entre el género sentido y asignado, viviendo parcialmente en el papel deseado o mediante la adopción de un rol de género no convencionalmente masculino o femenino.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Entre ellos, destaca:

La no conformidad de los roles de género

La disforia de género debe distinguirse de la simple disconformidad con el comportamiento estereotipado del rol o expresión de género establecidos en una determinada cultura y tiempo histórico (Instituto de Medicina, 2011).

Transvestismo no fetichista (F64.1) (OMS 1993)

- A. Vestir atuendos del género opuesto con el objeto de tener temporalmente la sensación de pertenecer al género opuesto.
- B. Ausencia de motivación sexual en el cambio de atuendo.

C. Ausencia de deseo de cambio permanente al género opuesto.

El Transvestismo no fetichista y el Transexualismo son catalogados como Trastornos de la Identidad sexual (F64) por CIE 10 (OMS 1993)

Transvestismo fetichista (F65.1) (OMS 1993)

A. Se cumple el criterio general por trastorno de las inclinaciones sexuales (F65)

B. Vestir ropas o atuendos del género opuesto para crear la apariencia y el sentimiento de ser un miembro de éste.

C. La inversión del vestir está íntimamente relacionada con el deseo sexual. Una vez que se alcanza el orgasmo y declina el deseo sexual, hay un intenso deseo de quitarse las ropas fetiches.

Está considerado un Trastorno de las inclinaciones sexuales (F65) (OMS 1993) caracterizado por:

G1. Impulsos sexuales y fantasías de carácter recurrente e intenso que implican objetos y actividades inusuales.

G2. Actúa de acuerdo a los impulsos o siente un marcado malestar a causa de éstos.

G3. La tendencia se ha presentado al menos durante seis meses.

El transvestismo fetichista se distingue por su clara asociación con la excitación sexual. Se presenta en adolescentes y adultos varones heterosexuales (o bisexuales) (rara vez en mujeres) para quienes el comportamiento transvestista genera excitación sexual y causa angustia y/o deterioro sin estar su género asignado en tela de juicio. En ocasiones es acompañado de disforia de género. Un individuo con un trastorno transvestista que también tiene una disforia de género clínicamente significativa puede ser diagnosticado de ambos diagnósticos. En muchos casos de inicio tardío de disforia de género en hombres de nacimiento con orientación sexual hacia mujeres, los comportamientos transvestistas con excitación sexual son precursores.

Trastorno dismorfofóbico corporal

Forma parte del Trastorno hipocondríaco (F45.2) (OMS 1993) que presenta:

A. Alguno de los siguientes síntomas:

1) Convencimiento persistente de al menos seis meses de duración de tener no más de dos enfermedades orgánicas graves (de las cuales por lo menos una debe ser identificada por el enfermo por su nombre)

2) Preocupación persistente por una presumible deformidad o desfiguración (Trastorno dismorfofóbico corporal)

B. La preocupación secundaria a este convencimiento y a los síntomas son causa de malestar continuado o invalidez social y llevan al enfermo a buscar tratamiento médico o pruebas diagnósticas.

C. Rechazo continuado por parte del sujeto a aceptar las aclaraciones de los médicos sobre que los síntomas carecen de causa somática, excepto durante o inmediatamente después de los chequeos y por cortos períodos de tiempo que no exceden las pocas semanas.

D. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: los síntomas no se presentan sólo durante un trastorno esquizofrénico u otros trastornos relacionados (F20-F29) y no son debidos únicamente a cualquiera de los trastornos del humor (F30-F39)

Una persona con trastorno dismórfico corporal se centra en la alteración o la eliminación de una parte específica del cuerpo, a la que percibe como de forma anormal , y no porque represente un repudio al género asignado. Cuando el rechazo se produce en relación a los genitales o las mamas, puede en algún momento producir confusión.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En la esquizofrenia, rara vez puede haber delirios de pertenecer a algún otro género. En ausencia de síntomas psicóticos, la insistencia de un individuo con disforia de género de que él o ella es de otro género no es considerado un delirio. La esquizofrenia (u otros trastornos psicóticos) y la disforia de género pueden co-ocurrir.

Otras presentaciones clínicas . Algunos individuos con un deseo de masculinización que desarrollan una identidad de género alternativa no-hombre/no-mujer tienen una presentación que cumple con los criterios de disforia de género . Sin embargo, algunos hombres buscan la castración o una penectomía por razones estéticas o para eliminar los efectos psicológicos de los andrógenos, sin cambiar la identidad masculina , en estos casos , no se cumplen los criterios de disforia de género.

MORBILIDAD PSÍQUICA

Varios trabajos han estudiado la psicopatología asociada con especial hincapié en los rasgos de personalidad y otros trastornos como depresión y ansiedad (Haraldsen & Dahl, 2000), (Hepp, Kraemer, Schnyder, . Miller, & Delsignore 2005).

En la bibliografía consultada, se encuentran dos tipos de enfoques: a) estudios que comparan la morbilidad psíquica de estas personas con población general encontrando resultados contradictorios. Unos no hallan diferencias significativas entre la morbilidad psíquica de la población general y transexual (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer 1997) y otros refieren una importante morbilidad psíquica en sujetos transexuales (Hepp, et al 2005) b) Estudios que comparan los dos grupos (hombre-a-mujer y mujer-a-hombre) (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, & Valdés, 2009). Los estudios han abordado la investigación epidemiológica y clínica y han encontrado que los transexuales no constituyen un grupo homogéneo y que hay diferencias en relación a datos sociodemográficos, características clínicas y morbilidad psíquica (Tsoi, 1988)

Numerosos trabajos han estudiado la morbilidad psíquica en personas con disforia de género encontrando que sería una consecuencia de la propia disforia y de la angustia concomitante (Cole, et al 1997), Haraldsen & Dahl 2000) del estigma y la discriminación (Schaefer & Wheeler, 2004) (Bergero, Ballester, Gornemann, Cano, & Asiain, 2012) que les colocan en riesgo de sufrir acoso escolar (Kosciw, Díaz & Greytak, 2008) estrés crónico (WPATH, 2011) y ajuste psicosocial negativo como suicidio, depresión, ansiedad (D'Augelli, Grossman & Starks 2006) (Toomey, Ryan, Díaz, Card, & Russell, 2010) patologías que no son inherentes a la condición transexual, sino producidos por la acción del entorno social (WPATH, 2011).

PREVALENCIA

La mayoría de los estudios se han llevado a cabo en países europeos y arrojan estimaciones que varían considerablemente. Un estudio escocés estima una prevalencia del 1:12.225 habitantes (Wilson, Sharp, Carr 1999), un estudio llevado a cabo en Holanda, 1:11.900 varones biológicos y 1:30.400 mujeres biológicas (Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer 1993) el registro Gender Identity Research and Education Society (GIRES 2008) 1:4.000 habitantes.

De Cuyper y colaboradores (2007) revisaron los estudios, además de llevar a cabo uno propio y encontraron que los datos de prevalencia van desde 1:11.900 a 1:45.000 en transexuales hombre a mujer y de 1:30.400 a 1:200.000 transexuales de mujer a hombre. Algunos académicos han sugerido que la prevalencia puede ser mucho más alta, dependiendo de la metodología utilizada en la investigación (Olyslager & Conway, 2007).

El cociente hombre-mujer/mujer-hombre se sitúa entre 3:1 y 4:1. El GIRES encuentra una incidencia de 3 por cada 100.000 habitantes mayores de 15 años. (GIRES, 2008) En España, la prevalencia se sitúa en THM de 1:9.685 - 1:21.031 varones biológicos y en TMH de 1:15.456 - 1:48.096 mujeres biológicas (Gómez-Gil, Esteva, Almaraz, Godás, Halperin, & Soriguer 2011)

La mayoría de las investigaciones se han centrado en transexuales que experimentan disforia de género y solicitan atención en clínicas de género (Zucker & Lawrence, 2009).

ETIOLOGÍA

Hasta ahora se desconoce. Hay hipótesis psicosociales, (teoría de Money sobre la influencia del aprendizaje o sexo de crianza), hipótesis biológicas (explicada por la alteración en el proceso de diferenciación sexual), hipótesis mixtas (interacción entre factores biológicos y ambientales) (Gómez Gil, Esteva, & Fernández Tresguerres, 2006).

Ni los estudios biológicos, ni los psicológicos han proporcionado hasta la fecha una explicación satisfactoria (Moreno Pérez, O., Esteva, I., y grupo GIDSEEN 2012).

CURSO Y DESARROLLO

Las preocupaciones o dudas sobre la identidad de género pueden aparecer en diferentes momentos del ciclo vital (APA 1994) desde los primeros 2-3 años de edad y a menudo interfiere con las actividades diarias. En niños mayores, impide el desarrollo de relaciones típicas con niños de su edad y mismo sexo y puede conducir al aislamiento respecto a sus pares y a experimentar angustia. Algunos niños pueden negarse a asistir a la escuela debido a las burlas y el acoso o por la presión de vestir acorde a su sexo de nacimiento.

Algunos niños en edad preescolar pueden presentar comportamientos generalizados de sexo contrario y puede presentar el deseo expreso de ser del otro sexo, o menos habitualmente, pueden etiquetarse a sí mismos como un miembro del otro género.

Los niños pequeños son menos propensos que los niños mayores, adolescentes y adultos para expresar disforia anatómica extrema y persistente.

En los adolescentes y adultos, la incongruencia entre el género sentido como propio y el sexo somático es una característica central del diagnóstico. Los factores relacionados con el malestar y la incapacidad también varían con la edad. Un niño muy pequeño puede mostrar signos de malestar (angustia) (por ejemplo llanto intenso) únicamente cuando los padres le dicen al niño que él o ella no es “realmente” un miembro del otro género, que sólo desea serlo. La angustia puede no manifestarse en ambientes que apoyen el deseo del niño de vivir en el rol del otro género y puede aparecer solo si el deseo es interferido.

En los adolescentes y adultos, la angustia puede manifestarse debido a una fuerte incongruencia entre el género sentido y el sexo somático. Tal sufrimiento puede, sin embargo, ser mitigado en un ambiente de apoyo y el conocimiento de que existen tratamientos médicos para reducir la incongruencia.

En algunos casos, el deseo expresado de ser del otro género aparece más tarde, generalmente en la entrada a la escuela primaria. Una pequeña minoría de los niños expresan incomodidad con su anatomía sexual o expresará el deseo de tener una anatomía sexual que corresponda al género sentido (“disforia anatómica”). Las expresiones de disforia anatómica se vuelven más comunes en niños con disforia de género cuando se aproxima la pubertad.

La disforia de género de aparición temprana comienza en la infancia y continúa hasta la adolescencia y la edad adulta, o bien, hay un período intermitente en la que la disforia de género puede remitir transitoriamente y estos individuos pueden autoidentificarse como gays u homosexuales, seguido por la reaparición de la disforia de género.

La disforia de género de inicio tardío se produce más tarde en la vida. Algunos de estos individuos informan haber tenido el deseo de ser de otro género en la infancia pero no expresaron verbalmente esto a los demás. En este caso, las personas de su entorno no recuerdan ningún signo de disforia de género en la infancia en estas personas.

En los varones adultos existen dos evoluciones diferentes. La primera es una continuación de síntomas que se presentan desde la niñez o desde las primeras etapas de la adolescencia. En la segunda aparecen más tarde y de manera más gradual en las primeras etapas o en las etapas intermedias de la vida adulta con frecuencia después de y algunas veces junto a transvestismo fetichista. (APA 1994)

En mujeres adultas y adolescentes el curso más común es el inicio temprano de disforia de género. El inicio tardío es mucho menos común en las mujeres de nacimiento comparado con los hombres de nacimiento.

Por lo general, el sujeto manifiesta preocupación, incertidumbre por su identidad de género, llegando en ocasiones a ser esta experiencia tan intensa que aparentemente se convierte en el aspecto central de su vida. (APA 1994)

OPCIONES DE TRATAMIENTO MÉDICO Y PSICOLÓGICO DE LA DISFORIA DE GÉNERO

El tratamiento está pensado para ayudar a la gente con disforia de género a explorar su identidad de género y a encontrar un rol de género en el que se sientan cómodos. (Bockting & Goldberg, 2006).

El tratamiento es individualizado: Lo que ayuda a una persona puede no ayudar a otra. Este proceso puede o no puede implicar un cambio de la expresión de género o modificaciones en el cuerpo. Las opciones de tratamiento médico que incluyen, por ejemplo, la feminización o masculinización del cuerpo por medio de terapias hormonales y/o la cirugía, produce un alivio eficaz de la disforia de género para muchas personas. Pero no hay que olvidar que las Identidades y las expresiones de género son diversas, y las hormonas y la cirugía son solamente dos de las muchas opciones disponibles para ayudarles. (WPATH, 2011) aunque se reconoce que la disforia de género puede ser aliviada en gran parte por el tratamiento (Murad, Elamin, Garcia, Mullan, Murad, Erwin, & Montori, 2010).

Se pueden tomar en consideración una variedad de opciones terapéuticas. La cantidad y tipo de intervenciones a aplicar y el orden en que se haga, podrán cambiar de persona a persona (Bockting, Knudson & Goldber, 2006); (Rachling, Green y Lombardi, 2008); (Rachlin, Hansbury & Pardo, 2010). Las opciones de tratamiento son:

- a) **Cambios en la expresión e identidad** (que pueden incluir vivir parcial o totalmente en un rol de género distinto del asignado y consistente con la identidad de género sentida como propia).
- b) **Terapia hormonal** para masculinizar o feminizar el cuerpo.
- c) **Cirugía** para cambiar las características sexuales primarias.
- d) **Psicoterapia** (individual, de pareja, familiar o grupo)

PROCESO ASISTENCIAL EN ADULTOS

Tareas del Psicólogo Clínico que Trabaja con Adultos que Presentan Disforia de Género

El psicólogo clínico debe tener competencias clínicas generales y experiencia en asesoramiento, diagnóstico, y tratamiento de salud mental para llevar a cabo distintas modalidades de intervención (Cano & Berger, 2003).

Evaluación

Los psicólogos clínicos evalúan el género de las personas con disforia en el contexto de una evaluación de su ajuste psicosocial (Lev, 2004), (Cano & Bergero, 2003).

La evaluación incluye, como mínimo, la evaluación de la identidad de género y la disforia de género, la historia y el desarrollo de los sentimientos de disforia de género, el impacto sobre la salud mental del estigma asociado a la no conformidad, y la disponibilidad de apoyo familiar y social (Schrock, Boyd, & Leaf, 2009).

El diagnóstico debe ser llevado a cabo manejando la noción de proceso (Bergero, & Cano, 2006b).

En la séptima versión de los Estándares Asistenciales (WPATH, 2011) se especifica que el diagnóstico no es una licencia para la estigmatización o para la privación de los derechos humanos. Destaca que es importante tomar conciencia de que todos los sistemas diagnósticos intentan clasificar grupos de síntomas y condiciones, y no a las personas. Un trastorno no es una descripción de la persona o la identidad de la persona (WPATH, 2011).

La evaluación puede dar lugar a un diagnóstico relacionado con la disforia de género, y / u otros diagnósticos que describen aspectos de la salud y del ajuste psicosocial. Por lo general, se establecen el diagnóstico principal, diagnósticos diferenciales y diagnóstico de la morbilidad psíquica (Bergero, Esteva, Giraldo, Asiain, & Mayoral, 2010).

La existencia de un diagnóstico a menudo facilita el acceso a la asistencia médica y a tratamientos eficaces (WPATH, 2011).

Algunas personas experimentan disforia de género con tal nivel de angustia que pueden presentar criterios para un diagnóstico de morbilidad psíquica. Esta morbilidad psíquica a veces está relacionada con una larga historia de disforia de género y/o con estrés crónico que sufren las minorías, incluyendo ansiedad, depresión, ideación y/o intentos autolíticos, impulsividad, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, trastornos de la alimentación, entre otros (Clements-Nolle, Marx, & Katz 2006), ; (Nuttbrock, Hwahng, Bockting, Rosenblum, Mason, Macri, & Becker 2010) ; (Mustansky, Garofalo, & Emerson 2010), (Hepp, et al 2005) , Dhejne, Lichtenstein, Boman, Johansson, Langström, & Landen, 2011).

Los psicólogos clínicos deben examinar estos síntomas de salud mental e incorporar estas evaluaciones en el plan de tratamiento general porque los síntomas pueden ser fuentes significativas de angustia y si no se tratan, pueden complicar el proceso de exploración de identidad de género y la resolución de la disforia de género. (Fraser, 2009); (Lev, 2009). Se utilizan distintos procedimientos de evaluación: entrevistas estructuradas y tests estandarizados (Bergero, et al 2010) .

La tarea de los psicólogos clínicos incluye establecer de manera razonablemente segura de que la disforia de género no es secundaria o puede ser explicada mejor por otros diagnósticos. (WPATH, 2011) (Campo, Nijman, Merckelbach, & Evers 2003).

La presencia de sintomatología de salud mental no necesariamente excluye los posibles cambios del rol de género o el acceso a hormonas feminizantes o masculinizantes. Más bien estos síntomas tienen que ser manejados antes o durante el tratamiento de la disforia de género. Además, los pacientes deberían ser evaluados en su competencia para proporcionar el consentimiento informado para llevar a cabo tratamientos médicos y quirúrgicos (WPATH, 2011).

Proporcionar la información en cuanto a opciones para la identidad y la expresión de género e intervenciones médicas posibles

Una tarea importante de los psicólogos clínicos consiste en educar en relación a la diversidad de identidades y expresiones de género y las opciones disponibles para aliviar la disforia de género. Pueden facilitar la exploración de estas opciones, con el objeto de encontrar un rol y una expresión de género cómoda y tomar de este modo, decisiones informadas acerca de las intervenciones médicas disponibles en el caso de ser necesarias. Este proceso puede incluir la derivación a terapia individual, familiar y grupal y/o el uso de grupos de autoayuda (WPATH, 2011).

Cualquier cambio en el rol sexual y el empleo de intervenciones médicas tiene importantes repercusiones psicológicas, sociales, físicas, sexuales, laborales, económicas, y legales (Bockting, et al 2006); (Lev, 2004), (Cano & Bergero, 2003).

Evaluar, diagnosticar y discutir las opciones de tratamiento para problemas de salud mental coexistentes

Las personas con disforia de género pueden presentar problemas de salud mental (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godas, y Valdés, 2009), relacionados o no con lo que suele ser un largo historial de disforia de género y/o estrés de minorías. Entre ellos se encuentran ansiedad, depresión, autolesiones, ideación e intentos de suicidio, impulsividad,

abuso de sustancias, trastornos de personalidad, trastornos de la alimentación, trastornos psicóticos y trastornos del espectro autista (Bockting et al., 2006); (Nuttbrock et al., 2010). Estas situaciones significativas de estrés deben ser identificadas y tratadas. Si no se tratan, pueden complicar el proceso (Bockting et al., 2006).

Derivación para terapia hormonal feminizante/masculinizante . (WPATH, 2011)

La terapia hormonal tiene dos objetivos: reducir la concentración de hormonas endógenas, (y por tanto, las características sexuales secundarias del sexo biológico (genético), así como reemplazar estas por aquellas propias del sexo de identificación (Moreno Pérez, Esteva, & grupo GIDSEEN , 2012).

Si es pertinente, el profesional de salud mental debe evaluar la elegibilidad, preparación, y derivación para iniciar la terapia hormonal. Básicamente los criterios para la terapia hormonal son: 1. Disforia de Género persistente, bien documentada; 2. Capacidad para tomar una decisión informada y consentir el tratamiento; 3. Tener en cuenta la mayoría de edad establecida en cada país; 4. Si se presentan problemas relacionados con la salud mental o problemas médicos significativos, deben ser controlados. El paciente debe realizar progresos en la mejora o continuidad de su estabilidad psíquica (WPATH. 2011).

El consentimiento informado presupone una importante Información acerca del tratamiento hormonal, ventajas, objetivos y riesgos.

Para los psicólogos clínicos es importante tener en cuenta que las decisiones sobre el tratamiento hormonal son ante todo decisiones del paciente. Sin embargo, los psicólogos clínicos tienen la responsabilidad de animar, dirigir, y ayudarles en la toma de decisiones informadas (WPATH, 2011).

En la 7ª versión también se incide en la necesidad de una cuidadosa coordinación entre los diferentes profesionales que participan en el proceso (WPATH, 2011) (Bergero & Cano, 2006b).

El psicólogo clínico elabora un informe de derivación a endocrinólogos recomendando iniciar el tratamiento hormonal y de este modo comparte la responsabilidad ética y civil con el endocrinólogo que prescribirá las hormonas masculinizantes o feminizantes.

El informe debe contener los siguientes datos: 1. Identificación del paciente; 2. Resultados de la evaluación psicosocial, incluyendo diagnóstico; 3. La duración de la relación con el profesional de salud mental, tipo de evaluación y terapia o asesoramiento llevado a cabo hasta ese momento; 4. Una exposición de los criterios por los cuales se recomienda el tratamiento hormonal y una breve exposición clínica razonada apoyando la demanda del paciente de la terapia hormonal; 5. Una declaración de que el paciente ha dado su consentimiento informado 6. Una declaración de que el psicólogo clínico se encuentra disponible para llevar a cabo la coordinación del proceso y establecer los mecanismos que lo garanticen (WPATH, 2011).

Derivación para la cirugía. (WPATH, 2011)

En los últimos años, estas intervenciones han evolucionado, siendo la genitoplastia con preservación de la sensibilidad neurológica, la técnica estándar. Se debe valorar cada caso de forma individual (Moreno Pérez, Esteva, & grupo GIDSEEN , 2012).

Si es pertinente, se debe evaluar la elegibilidad, preparación, y derivación para la cirugía. Los criterios para metoidioplastia o faloplastia en pacientes mujer a hombre y para vaginoplastia en pacientes hombre a mujer son: (WPATH, 2011)

1. Persistente disforia de género bien documentada;
2. Capacidad para tomar una decisión informada y otorgar consentimiento para la cirugía de genitales;
3. Haber alcanzado la mayoría de edad;
4. Si existen problemas de salud mental o problemas médicos significativos, deben ser controlados;
5. Doce meses de tratamiento hormonal continuado en los casos en los que no existan contraindicaciones médicas para ello o que el paciente no esté de acuerdo en tomar hormonas.
6. Doce meses continuos de vida en un rol que es congruente con su identidad de género.

El paciente debe tener información acerca de las características de la intervención quirúrgica, distintas técnicas susceptibles de ser aplicadas, posibles complicaciones, requisitos de rehabilitación postoperatoria.

Para la cirugía de mamas (mastectomía o aumento de mamas) es necesario un informe de derivación. Para la cirugía genital (histerectomía/salpingo-oforectomía, orquidectomía, cirugías genitales reconstructivas) se necesitan dos informes independientes de derivación emitidos por dos profesionales de salud mental. En este caso también los psicólogos clínicos que recomiendan la cirugía comparten con el cirujano, la responsabilidad ética y civil (WPATH, 2011).

PSICOTERAPIA

La psicoterapia - aunque muy recomendada - no es una exigencia absoluta para iniciar terapia hormonal o cirugía. Tampoco se recomienda un número mínimo de sesiones de psicoterapia antes de la terapia hormonal o quirúrgica (Lev, 2009).

Los psicólogos clínicos pueden ofrecer apoyo importante en todas las fases del proceso no solamente antes de una intervención médica o quirúrgica. (Bergero, et al 2010), (Cano & Bergero, 2003).

Objetivos de la psicoterapia de adultos

Los objetivos son los de cualquier psicoterapia tratando de encontrar el modo de maximizar el bienestar psicológico de una persona y su calidad de vida. La psicoterapia puede ayudar a explorar dudas y preocupaciones y tratar de encontrar la manera de aliviar la disforia de género (Bockting, 2006); (Fraser, 2009); (Lev, 2004).

La tarea más importante del psicólogo clínico y del equipo multidisciplinar que trabaja con personas transexuales es, sin duda, ayudar al paciente a vivir lo más cómodamente posible con un rol y un cuerpo de un determinado sexo, revisando las estrategias habitualmente utilizadas para resolver los problemas, definiendo y trabajando los conflictos y ayudando a actuar con el mayor realismo respecto a la actividad laboral y a las relaciones sociales. Sin duda, el éxito de la tarea no sólo tiene que ver con las creencias de la persona que consulta acerca de en qué consiste ser un hombre o una mujer, sino también con las creencias de los mismos psicólogos que trabajan con ellos,- y que por proceder de la misma sociedad y momento histórico- manejan idénticos modelos en relación con la identidad (Garaizabal, 2006).

Fundamentalmente el objetivo de la psicoterapia es ayudar a las personas transexuales, transgéneros, e individuos no conformes a alcanzar a largo plazo comodidad en su expresión de identidad de género, con una visión realista, con el objeto de lograr buenas relaciones con los demás en ámbitos como el educativo y el laboral entre otros (Fraser, 2009).

Son objetivos de la Psicoterapia:

- ✓ Explorar la identidad, rol y expresión de género
- ✓ Trabajar el impacto negativo de la disforia de género y el estigma en la salud mental, reducir la transfobia internalizada, buscar el apoyo social y de iguales
- ✓ Mejorar la imagen personal
- ✓ Fomentar la resiliencia.

La psicoterapia puede ser individual, de pareja, familiar o grupal. Esta última es muy importante para promover el apoyo de los pares (Friedman, Koeske, Silvestre, Korr, & Sites, 2006), (Haas, Eliason, Mays, Mathy, Cochran, D'Au-gelli, Silverman, Fisher, Hughes, Rosario, Russell, Reed, Litts, Sell, Remafedi, Bradford, Beautrais, Brown, Diamond, Friedman, Garofalo, Turner, Hollibaugh, & Clayton, 2011).

Asesoramiento y apoyo para lograr cambios en el rol sexual

El proceso de sentirse cómodos con el rol de género es ante todo, un proceso psicosocial. La psicoterapia puede ser inestimable en los siguientes temas: (a) clarificación y exploración de la identidad y el rol de género (b) ayuda respecto al impacto del estigma y el estrés sobre la salud mental y el desarrollo, y (c) facilitación del proceso de visibilización familiar y social (Schrock, et al 2009); (Lev, 2004) que para algunos individuos puede incluir cambios en la expresión del rol de género y/o el empleo de intervenciones médicas feminizantes o masculinizantes.

Los psicólogos clínicos pueden proporcionar apoyo y promover habilidades interpersonales y resiliencia en los individuos y sus familias. La psicoterapia también puede ayudar en el alivio de cualquier sintomatología de salud mental que coexista (p.ej., ansiedad, depresión) identificada durante la evaluación. También pueden ayudar en los procesos de transición del rol social elaborando un plan individualizado con objetivos específicos.

El proceso de visibilización social puede ser muy complejo y hay que analizar las repercusiones que entraña en todos los sistemas en los que se mueve esta persona (Schrock, et al 2009), (Clements-Nolle, et al 2006) ayudándoles a afrontar los desafíos que la expresión de su identidad de género supone en el entorno del paciente y su ajuste. (Lev, 2009).

La psicoterapia puede proporcionar un espacio para comenzar la expresión de género congruente con su identidad (WPATH, 2011).

Necesitamos nuevos modelos de conocimiento, nuevas metáforas, para aproximarnos a tema tan complejo como es el de las relaciones entre género e imagen corporal. Es necesario revisar los modelos dicotómicos que manejamos. Se necesitan estudios que incorporen modelos que den cuenta de la diversidad y el dinamismo de la identidad, de sus rupturas y transgresiones, de la interrelación entre representaciones y prácticas concretas, entre contextos sociopolíticos y vivencias, que tengan en cuenta los macro y micro contextos en los que se mueven las personas transexuales, pero que también tengan en cuenta la acción modificadora de la experiencia de esas personas (Esteban, 2004).

Terapia familiar o apoyo a miembros de la familia

Si es pertinente y si el paciente lo autoriza, se pueden llevar a cabo entrevistas familiares y a la pareja. (Bergero, y Cano, 2006b) La evaluación de la actitud de la familia es importante, porque la situación repercute en los miembros de la familia y porque la pérdida de apoyo familiar constituye un factor predictivo negativo (Landen, Wålinder, Hambert, & Lundström 1998). Las decisiones sobre los cambios del rol de género y las intervenciones médicas tienen implicaciones no sólo para las personas con disforia de género, sino también para sus familias (Fraser, 2009); (Lev, 2004).

Numerosos estudios han llegado a la conclusión de que la aceptación y el apoyo de la familia no sólo predice una mayor autoestima, apoyo social y mejor estado de salud general, sino que constituye un importante factor de protección psíquica (Ryan, Huebner, Díaz, & Sanchez 2009) (Ryan, Russell, Huebner, Díaz, & Sanchez 2010).

Los psicólogos clínicos también pueden ayudarles a tomar decisiones reflexivas en relación con la comunicación a miembros de su familia y otros, sobre su identidad de género y sus decisiones de tratamiento. Los psicólogos clínicos también pueden ayudar cuando se requiere asesoramiento o información sobre relaciones sexuales y salud sexual (WPATH, 2011).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES (NIÑOS)

DSM V (APA 2013)

DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA 302.6 (F 64.2)

- A. Una marcada incongruencia entre el género sentido y el género asignado, de al menos 6 meses de duración, que se manifiesta en al menos seis de los siguientes criterios (uno de los cuales debe ser el Criterio A1):
1. Un fuerte deseo de ser del otro sexo o la insistencia en que uno es del otro género (o algún género alternativo diferente a la de un género asignado).
 2. En los niños (género asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o simular vestimenta femenina, o en las niñas (género asignado), una fuerte preferencia por llevar sólo ropa masculina típica y una gran resistencia al uso de la ropa femenina típica.
 3. Una fuerte preferencia por cambios los roles de género en los juegos.
 4. Una fuerte preferencia por los juguetes, juegos o actividades estereotípicamente utilizadas o desarrolladas por el otro género.
 5. Una fuerte preferencia por compañeros de juego del otro género.
 6. En los niños (género asignado), un fuerte rechazo a los juguetes típicamente masculinos, juegos y actividades y una fuerte evitación del juego bruto. En las niñas (género asignado), un fuerte rechazo de los juguetes, juegos, y actividades típicamente femeninas.
 7. Un fuerte aversión a la anatomía sexual propia.
 8. Un fuerte deseo de las características primarias y / o secundarias sexuales del género sentido o experimentado.
- B. Esta condición se asocia con malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida social, escolar o en otras áreas importantes de funcionamiento.

CIE 10 (OMS, 1993)

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LA INFANCIA (F64.2)

Para mujeres

- A. Malestar intenso y persistente por el hecho de ser una chica acompañado del deseo manifiesto de ser un chico (no simplemente un deseo por algunas ventajas culturales de ser un chico) o insistencia en que ella es un chico.
- B. Uno de los siguientes síntomas:
1. Rechazo marcado y persistente hacia los atuendos femeninos habituales e insistencia en vestir ropas típicamente masculinas por ejemplo ropa interior y otros accesorios de chicos.

2. Repudio persistente de las estructuras anatómicas femeninas, puesto de manifiesto por al menos uno de los síntomas siguientes:
 - a) Afirmación de que ella tiene o le crecerá un pene.
 - b) Rechazo de la micción en posición sentada
 - c) Afirmación de que no desea que le crezcan los pechos ni de tener menstruación.
- C. La chica no ha alcanzado aún la pubertad.
- D. El trastorno debe haber estado presente al menos durante seis meses.

Para varones

- A. Malestar intenso y persistente por el hecho de ser un chico acompañado del deseo intenso de ser una chica o más raramente, insistencia en que él es una chica.
- B. Uno de los siguientes síntomas:
 1. Preocupación por actividades típicamente femeninas puesta de manifiesto por una preferencia por vestir o simular atuendos femeninos o por un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de las chicas junto a un rechazo de los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinas
 2. Repudio persistente de las estructuras anatómicas masculinas como se pone de manifiesto en al menos una de las siguientes afirmaciones reiteradas:
 - a) Que él crecerá hasta convertirse en una mujer (no solamente en lo referente al papel de ésta)
 - b) Que su pene y sus testículos son molestos o que desaparecerán.
 - c) Que sería mejor no tener testículos ni pene.
- C. El chico no ha alcanzado aún la pubertad.
- D. El trastorno debe haber estado presente durante al menos seis meses.

PROCESO ASISTENCIAL EN NIÑOS.

Diferencias entre niños y adolescentes con disforia de género

Una diferencia de gran relevancia entre niños y adolescentes es la proporción de disforia que persiste en la época adulta. La disforia que se presenta en la infancia no tiene por qué mantenerse al alcanzar la madurez. De hecho, en estudios de seguimiento de niños prepúberes (principalmente varones) que fueron derivados por disforia de género, la disforia persistió en la época adulta sólo entre el 6 y el 23% de los casos (Cohen-Kettenis, 2001). En estos estudios, la mayoría de los chicos, tendían a identificarse más como homosexuales que como transexuales una vez alcanzada la madurez. (Zucker y Bradley, 1995) Nuevos estudios, que también incluyen chicas, muestran una proporción de entre 12 y 27% de prevalencia de disforia de género en la época adulta (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

En contraste, la prevalencia de disforia de género en la época adulta parece ser mucho más alta en casos que se inician en la adolescencia. En un estudio de seguimiento de 70 adolescentes diagnosticados/as con disforia de género y a las que se les habían administrado hormonas de supresión de la pubertad todos/as continuaron con la reasignación sexual (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010).

Otra diferencia significativa entre niños y adolescentes con disforia de género reside en la proporción de sexos para cada grupo de edad. Según las referencias clínicas, en los niños con disforia de género por debajo de 12 años, la proporción varón/mujer alcanza desde 6:1 hasta 3:1. En estas mismas referencias, para la población adolescente mayor de 12 años, las proporciones son muy cercanas a 1:1 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Son todavía escasos los estudios epidemiológicos válidos sobre la disforia de género en niños, adolescentes y adultos (Zucker y Lawrence 2009).

Presentación en niños

Hay heterogeneidad en la presentación en niños. Algunos/as niños/as muestran comportamientos y deseos discordantes extremos, acompañados de un malestar severo y persistente referente a sus caracteres sexuales primarios. En otros, estas características son menos intensas y parcialmente presentes (Cohen-Kettenis 2006); (Knudson, et al 2010).

Presentación en adolescentes

En la mayoría de los niños, la disforia de género desaparecerá antes de la pubertad o en las primeras etapas de la misma. Sin embargo, en algunos niños estos sentimientos se intensificarán y la aversión al propio cuerpo se desarrolla-

rá durante la adolescencia y junto a sus características sexuales secundarias (Cohen-Kettenis, 2001); (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003); (Drummond, Bradley, Peterson, Badali, & Zucker 2008); (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Los resultados de un estudio sugieren que la disconformidad extrema en la infancia está asociada con la persistencia de disforia de género en la adolescencia tardía y adultez temprana (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Muchos adolescentes y adultos con disforia de género no refieren una historia de disconformidad, ni conductas de rechazo al propio cuerpo en la infancia.

Los adolescentes que viven sus características sexuales primarias y/o secundarias y su sexo como incongruentes con su identidad de género, pueden experimentar gran sufrimiento por esto. Muchos, aunque no todos, pueden comenzar a vivir según el rol del género deseado ya en el momento de comenzar la educación secundaria (Cohen-Kettenis, & Pfäfflin, 2003).

Entre los adolescentes que acuden a unidades de identidad de género, el porcentaje que comienza con tratamiento médico temprano (administración de análogos de GnRH para suprimir la pubertad en las primeras etapas de Tanner) difiere entre países y centros. No todos los clínicos están a favor de ofertar la supresión de la pubertad. Si este tratamiento se ofrece, comienza generalmente en el estadio 2 de Tanner (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

Los clínicos con escasa experiencia pueden confundir indicios de disforia de género con delirios. Pero hay una diferencia cualitativa entre la disforia de género y los delirios u otros síntomas psicóticos. La inmensa mayoría de niños y adolescentes con disforia de género no sufren trastornos psiquiátricos graves subyacentes (Steensma, Biemond, de Boer & Cohen-Kettenis, 2011).

Papel de los psicólogos clínicos que trabajan con niños o adolescentes con disforia de género

Las funciones de los psicólogos clínicos que trabajan con niños y adolescentes con disforia de género pueden incluir: (WPATH, 2011).

1. Atención y seguimiento directos de disforia de género en niños y adolescentes
2. Ofrecer ayuda y consejo familiar, así como psicoterapia de apoyo para niños y adolescentes para explorar la identidad de género, aliviando la preocupación derivada de la disforia de género, y suavizando otras dificultades psicosociales.
3. Asesorar y tratar como parte del plan general de intervención, cualquier otro problema de salud mental coexistente en la infancia y adolescencia (o derivar a otro profesional de la salud mental para su tratamiento).
4. En los adolescentes, evaluar y derivar para llevar a cabo intervenciones físicas (como hormonas de supresión de la pubertad) para mitigar los efectos de la disforia de género.
5. Educar y abogar en la comunidad, a favor de niños y adolescentes con disforia de género, y sus familias, trabajando en la aceptación de la diversidad en general y de las personas con disforia de género. Este punto es especialmente importante teniendo en cuenta que existen pruebas de que los niños y adolescentes no conformes con su género son posibles víctimas de abuso y maltrato en las instituciones escolares (Grossman, D'Augelli & Salter, 2006) (Sausa 2005), situándolos en riesgo de aislamiento, depresión y otras secuelas negativas (Nuttbrock, et al 2010).
6. Informar a los niños, jóvenes y sus familias, acerca de grupos de apoyo.

El apoyo y las intervenciones psicosociales para niños y adolescentes son llevadas a cabo habitualmente por un servicio especializado multidisciplinar de identidad de género. Si no existiera esa posibilidad, el psicólogo clínico debe trabajar en conjunto con un endocrinólogo pediatra con el propósito de atender, educar e involucrarse en las decisiones sobre las intervenciones médicas (WPATH, 2011).

Intervención psicológica y social en niños y adolescentes. (WPATH, 2011)

A la hora de ofrecer tratamiento y apoyo a niños y adolescentes con disforia de género, los psicólogos clínicos deberán atenerse a las siguientes directrices: (WPATH, 2011).

- a) Deberán ayudar a las familias a dar respuesta de aceptación y acogida a los problemas de sus hijos con disforia de género. Las familias tienen un papel muy importante en la salud psicológica y el bienestar de los jóvenes (Brill & Pepper, 2008); (Lev, 2004). Esto también se aplica a los grupos de iguales y mentores de la comunidad, que pueden ser otra fuente de apoyo social.

La psicoterapia debe centrarse en reducir la carga emocional del niño o adolescente relacionada con la disforia de

- género y paliar cualquier otra dificultad psicosocial. Aunque no se han publicado evaluaciones formales desde diferentes enfoques psicoterapéuticos, sí se han descrito varios métodos de asesoramiento (Cohen-Kettenis 2006); (de Vries, Cohen-Kettenis & Delamarre-van der Waal, 2006); (Di Ceglie & Thümmel 2006).
- b) No se considera ético el tratamiento que busca cambiar la identidad de género y expresión del mismo en una persona, con objeto de hacerla más congruente con el asignado biológicamente (Gelder & Marks, 1969), especialmente a largo plazo (Pauly, 1965).
 - c) Se debe apoyar a las familias en el manejo de la inseguridad y ansiedad acerca de los resultados de la psicosexualidad de su hijo niño o adolescente y ayudar a desarrollar un autoconcepto positivo.
 - d) El psicólogo clínico no deberá imponer un punto de vista dicotómico sobre el género. Deberá proporcionar al paciente un terreno amplio en el que pueda explorar diferentes expresiones de identidad de género. Las intervenciones médicas pueden ser adecuadas para algunos adolescentes, pero no para otros.
 - e) Los pacientes y sus familias requieren apoyo a la hora de tomar decisiones difíciles con respecto a la expresión de un rol de género conforme con su identidad de género, así como la agenda de cambios en el rol de género y la posible transición social. Un punto especialmente complejo es determinar la pertinencia de informar o no, cuándo y a qué personas de su situación y prever cómo deberían responder las mismas.
 - f) Los psicólogos clínicos deben mantener una relación terapéutica con niños/niñas/adolescentes con variabilidad de género y sus familias sobre todo en las etapas de cambios sociales o intervenciones físicas posteriores. Esta actitud cuidadosa también debe ser tenida en el caso de que un niño, niña o adolescente ya ha cambiado socialmente el rol de género antes de ser visto por el psicólogo.

Transición social en la infancia temprana (WPATH, 2011)

Algunos niños expresan su deseo de realizar la transición social a un género diferente ya desde antes de la pubertad. Las familias varían en relación a la flexibilidad con la que actúan en el proceso de realizar un cambio social a otro género

Las transiciones sociales en la infancia temprana ocurren con éxito en algunas familias desde el principio. Se trata de un asunto controvertido en el que no hay uniformidad de criterios. Existen puntos de vista divergentes en los profesionales de la salud. En la actualidad, no existen pruebas suficientes para predecir los resultados a largo plazo del éxito en la transición de rol durante la infancia temprana. Los resultados de la investigación con niños que han completado en sus primeros años las transiciones sociales, aportarán gran información en el futuro.

Se recomienda un tratamiento conservador dado que la identidad sexual puede sufrir variaciones inesperadas en estas edades (Moreno Pérez et al 2012) por lo que se recomienda no influir de forma directa en el rol de género, ni iniciar tratamiento hormonal en niños prepúberes.

Los psicólogos clínicos pueden ayudar a las familias a tomar decisiones respecto a la organización temporal y los procesos de cualquier cambio de género en niños. Deberán ofrecer información y ayudar a los padres o tutores que estén sopesando los potenciales beneficios y perjuicios de algunas decisiones particulares. En este aspecto es importante tener en cuenta la ya descrita baja tasa de persistencia de disforia de género que aparece en edades tempranas (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008). Razones como estas pueden llevar a los padres a entender este cambio de rol como una exploración de “vivir como” otro rol de género, más que una situación irreversible. El psicólogo clínico puede ayudar a los padres a identificar posibles soluciones intermedias o acuerdos (por ejemplo: sólo en vacaciones). Es importante también que los padres informen al niño de forma explícita de que es posible la vuelta atrás de las decisiones.

Independientemente de las decisiones familiares al respecto de la transición, el psicólogo deberá aconsejar y apoyar según se vaya avanzando a lo largo de las opciones y sus implicaciones. Si los padres no permiten a sus hijos hacer una transición de rol de género, puede que necesiten consejo sobre cómo comprender y satisfacer las necesidades de su hijo según principios óptimos de crianza, asegurándose de que éste tenga amplias posibilidades de explorar cómo se siente en distintos géneros y conductas dentro de un ambiente seguro. Si los padres permiten al niño realizar una transición de género, pueden requerir ayuda a la hora de facilitar una experiencia positiva para el mismo. Por ejemplo, pueden necesitar entrenamiento y apoyo para usar los pronombres correctos, mantener un ambiente de seguridad y apoyo (en la escuela, grupos de iguales), y llegar a un entendimiento con otras personas en la vida del niño. En cualquiera de los casos, según el niño se acerque a la pubertad, el apoyo y asistencia será requerido según se vayan haciendo cada vez más importantes las opciones sobre intervenciones físicas.

Intervenciones físicas en adolescentes (WPATH, 2011)

Antes de que se considere cualquier intervención en adolescentes, debe explorarse exhaustivamente las consecuencias sociales, psicológicas y familiares, como ya se ha mencionado anteriormente. La duración de esta exploración puede variar considerablemente dependiendo de la complejidad de la situación.

Las intervenciones físicas deben ser tomadas en cuenta en el contexto del desarrollo adolescente. Algunas creencias de identidad en adolescentes pueden ser sostenidas y expresadas con más firmeza que en etapas anteriores, dando una falsa impresión de irreversibilidad. Puede darse un cambio hacia la conformidad con el género con objetivo de agradar a los progenitores y que no persista o refleje un cambio permanente en disforia de género (Hembree, Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal, Gooren, Meyer, Spack, & Montori, 2009).

Las intervenciones físicas en adolescentes se organizan en tres categorías o pasos (Hembree, et al 2009):

1. Intervención plenamente reversible: están relacionadas con el uso de análogos de la GnRH para suprimir la producción de testosterona o estrógenos y retrasar por tanto los cambios físicos propios de la pubertad. Se presentan alternativas como las progestinas (la más común, la medroxiprogesterona) u otras medicaciones (como la espironolactona) que disminuyen los efectos de los andrógenos secretados por los testículos de los adolescentes que no reciben análogos de GnRH. Los anticonceptivos orales administrados de forma continua (o medroxiprogesterona) se pueden utilizar para eliminar las menstruaciones.
2. Intervención parcialmente reversible: incluyen terapias hormonales para masculinizar o feminizar el cuerpo. Algunos cambios inducidos por hormonas pueden requerir cirugía de reconstrucción para revertir el efecto (ej: ginecomastia causada por estrógenos), mientras que otros cambios no son reversibles (ej: agravamiento de la voz causado por la testosterona).
3. Intervenciones irreversibles: siempre son procedimientos quirúrgicos (ej: histerectomía.)

Intervenciones plenamente reversibles (WPATH, 2011)

Con el fin de que los adolescentes y sus progenitores o tutores puedan tomar una decisión convenientemente informada sobre el retraso de la pubertad, se recomienda que los adolescentes se encuentren en el estadio 2 de Tanner. Algunos niños pueden llegar a este estadio a edades muy tempranas (ej: 9 años). Los estudios que evalúan este acercamiento sólo incluyen niños que llegaban al menos a los 12 años (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries & Delemarre-van der Waal, 2011); (Delemarre-van der Waal & Cohen-Kettenis 2006).

Sólo dos objetivos justifican la intervención con hormonas supresoras de la pubertad:

- a) Su uso le da al adolescente más tiempo para explorar su disconformidad de género y otros problemas de desarrollo, y
- b) su uso puede facilitar la transición previniendo el desarrollo de características sexuales que son difíciles o imposibles de revertir si los adolescentes siguen persiguiendo el cambio de sexo.

La inhibición de la pubertad puede continuar durante pocos años, tras los cuales se toma una decisión, bien de finalizar con la terapia hormonal o la transición a un régimen feminizante/masculinizante. La inhibición de la pubertad no conduce de forma inevitable a la transición social o cambio de sexo.

Criterios para la administración de hormonas supresoras de la pubertad

Los criterios de elegibilidad para el inicio de cualquier intervención hormonal son similares a los adultos pero con requerimientos adicionales en el caso de los adolescentes: es necesario alcanzar un estadio Tanner 2 de desarrollo puberal, así como un soporte psicológico y social adecuado y si se prescribe, se hará con análogos de GnRH (Moreno Pérez et al 2012).

El argumento esgrimido para defender la administración de hormonas supresoras de la pubertad es que podría impedir el daño psicológico asociado al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios propios de su sexo biológico, proporcionando una adaptación psicosocial más adecuada y mejores resultados físicos (Moreno Pérez et al 2012).

Para que un adolescente reciba tratamiento con hormonas inhibidoras de la pubertad, se requieren los siguientes criterios mínimos: (WPATH, 2011)

1. El o la adolescente ha demostrado un patrón de larga duración e intensidad de disforia de género (haya sido o no expresada y aceptada)
2. La disforia de género ha surgido o ha empeorado con la llegada de la pubertad;
3. Los problemas psicológicos, médicos o sociales co-existentes que puedan interferir con el tratamiento han sido abordados, de manera que la situación del o de la adolescente y su funcionamiento, son lo suficientemente estables para iniciar el tratamiento;

4. El adolescente ha dado consentimiento informado y, especialmente cuando el adolescente no ha alcanzado la edad necesaria para dar dicho consentimiento, los padres u otros tutores han consentido al tratamiento y se involucrarán en el apoyo al adolescente durante el mismo.

En la actualidad la tendencia es a mantener de forma prolongada el uso de análogos de GnRH, desde su inicio en estadio 2 de Tanner hasta los 18 años, asociando a los 16 años dosis progresivas de estrógenos o andrógenos (Moreno Pérez et al 2012).

A lo largo de la inhibición de la pubertad, el desarrollo físico de un adolescente debe ser cuidadosamente monitorizado (Hembree, et al 2009).

El uso temprano de hormonas supresoras de la pubertad puede acarrear consecuencias sociales y emocionales negativas en la disforia de género con más probabilidad de lo que lo haría en su uso más tardío. Los adolescentes con genitales masculinos que comiencen tratamiento con análogos de GnRH en la pubertad temprana, deberán ser informados de que de esto puede resultar un insuficiente tejido genital para realizar después técnicas de vaginoplastia (las técnicas alternativas, como el uso de un parche de piel o tejido del colon, siguen siendo viables).

Existen preocupaciones sobre los efectos físicos negativos secundarios al uso de análogos de GnRH (ej: en el desarrollo de huesos y crecimiento normal). Aunque los primeros resultados de este enfoque son prometedores (Cohen-Kettenis, et al 2011; Delemarre-van de Waal, & Cohen-Kettenis, 2006), los efectos a largo plazo sólo podrán ser establecidos cuando los primeros pacientes tratados alcancen la edad adecuada.

Intervenciones parcialmente reversibles

Los adolescentes pueden comenzar con terapia hormonal feminizante/masculinizante, preferentemente con consentimiento paterno. La situación ideal sería que las decisiones del tratamiento se llevaran a cabo en común entre el adolescente, la familia y el equipo de tratamiento.

Los regímenes de terapia hormonal en adolescentes con disforia de género difieren sustancialmente de los utilizados en adultos (Hembree et al 2009). Los tratamientos hormonales para los más jóvenes se adaptan al proceso de desarrollo somático, emocional y mental que se lleva a cabo durante la adolescencia

Intervenciones plenamente irreversibles (WPATH, 2011)

La cirugía genital no debe ser llevada a cabo hasta que:

- a) Los pacientes alcancen la mayoría legal de edad en el país en el que se encuentren, y
- b) Los pacientes hayan vivido de forma continua durante al menos 12 meses en el rol de género que es congruente con su identidad de género.

La edad debe ser vista como criterio mínimo obligatorio y no como indicación en sí misma favorable a la intervención.

La mastectomía en pacientes transexuales mujer a hombre deberá ser llevada a cabo antes, preferiblemente tras un amplio periodo de vida según el rol de género deseado y tras un año de tratamiento con testosterona. La intención de esta secuencia temporal es dar a los adolescentes amplia oportunidad de experimentar y ajustarse socialmente en un rol de género más masculino antes de someterse a cirugía irreversible. Sin embargo, diferentes puntos de vista pueden ser más adecuados, dependiendo de la situación clínica específica y metas de expresión de identidad de género de cada adolescente.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association. .
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237-238.
- Bergero, T. Cano, G. (2006a) La Asociación Internacional Harry Benjamin de disforia de género, el papel del profesional de salud mental y el test de la vida real. En *Ser Transexual*. Gómez, E. y Esteva, I. (Editoras). Barcelona: Ed Glosa.
- Bergero, T. Cano, G. (2006b) El proceso diagnóstico. En *Ser Transexual*. Gómez, E. y Esteva, I. (Editoras). Barcelona: Ed Glosa.

- Bergero, T.; Asiain, S.; Gorneman, I.; Giraldo, F.; Lara, J.; Esteva, I.; Gómez, M. (2008) Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Vol XXVIII, Nº 101. PP 211-226
- Bergero, T., Esteva, I.; Giraldo, F.; Asiain, S.; Mayoral, F. (2010) El paciente transexual. En *Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. 2ª Edición. Salazar, M.; Peralta, C.; Pastor FJ. (Editores) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bergero, T.; Ballester, R., Gornemann, I., Cano, G., Asiain, S. (2012) Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación del comportamiento sexual de los transexuales: El CSTM. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 17, N.o 1, pp. 11-30,
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (special issue). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J.M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35-82.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211-224.
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley: CA: Cleis Press.
- Campo, J.; Nijman, H.; Merckelbach, H.; Evers, C. (2003) Psychiatric Comorbidity of Gender Identity Disorders: A survey among dutch psychiatrists. *Am J Psychiatry* ; 160:1332-1336
- Cano, G.; Bergero, T.,(2003) «Intervención psicológica en una unidad de trastornos de la identidad de género: un desafío sanitario», en Remor, E.; Arranz, P.; Ulla, S. (eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, Madrid: Desclèe de Brouwer (729-746).
- Clements-Nolle, K., Marx, R, Katz,M. (2006) Attempted Suicide Among Transgender Persons: The Influence of Gender-Based Discrimination and Victimization. *Journal of Homosexuality*, Vol. 51(3) pp 53-69
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391-391.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* . New York: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843-847.
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13-26.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2006). Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1462–1482.
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 83-94.
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine* . Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Caraël, B., Heylens, G., Rubens, R., . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137-141.
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(suppl 1), S131-S137.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A., Langström, N., Landen. M. (2011) *PLoS ONE* | www.plosone.org 1 February 2011 | Volume 6 | Issue 2 | e16885
- Di Ceglie, D., & Thummel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387-396.

- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A followup study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34-45.
- Esteban, M. L., *Antropología del cuerpo*, Barcelona: Bellaterra, 2004.
- Esteva I, Gonzalo M, Yahyaoui R, Domínguez M, Bergero T, Giraldo F, et al. Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. (2006) *Cuad Med Psicosom.* ;78:65-70.
- Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, Almaraz MA, Martínez-Tudela J, Bergero T, Olveira G, Soriguer F; Grupo GIDSE-EN. Organization of healthcare for transsexual persons in the Spanish national health system. *Gac Sanit.* 2012 May;26(3):203-9. Epub 2012 Mar 7. Spanish.
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386- 391.
- Fraser, L. (2009). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126-142.
- Friedman, M., Koeske, G., Silvestre, A., Korr, W., and Sites. E. (2006) The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *Journal of Adolescent Health* 38:621–623
- Garaizabal, C., «Evaluación y consideraciones psicológicas», Gómez, E.; Esteva, I.(eds.), en *Ser Transexual*, Barcelona: Ed. Glosa, 2006.
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383-413). Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Gender Identity Research and Education Society Article of Gender Variance (dysphoria). [consultado 1/10/2011]. Disponible en <http://www.gires.org.uk>
- Gómez, F. & Barrientos, J. (2012) Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sexualidad, salud y sociedad* (Río de Janeiro) (10), 100-123
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., Valdés, M., 2009. Socio-demographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Arch. Sex. Behav.* 38, 378—392.
- Gómez Gil, E., Esteva, I., Fernández Tresguerres, J (2006) Causas o fundamentos fisiológicos. . En *Ser Transexual*. Gómez, E. y Esteva, I. (Editoras). Barcelona: Ed Glosa.
- Gómez-Gil E, Esteva I, Almaraz MC, Godás T, Halperin I, Soriguer F. Equipos de Identidad de Género de Andalucía y Cataluña. Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000 a 2009. *Rev Clin Esp.* 2011; 211:233-9.
- Grossman, A. H., D’Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents’ responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71-92.
- Haas, A.; Eliason, M.; Mays, V.; Mathy, R.; Cochran, S.; D’Augelli, A.; Silverman, M.; Fisher, P.; Hughes, T.; Rosario, M.; Russell, S.; Reed, J.; Litts, D.; Sell, R.; Remafedi, G.; Bradford, J.; Beautrais, A.; Brown, G.; Diamond, G.; Friedman, M.; Garofalo, R.; Turner, M. ; Hollibaugh, A. and Clayton, P. (2011) Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58:10–51.
- Haraldsen, I. R., & Dahl, A. A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 276–281.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132-3154.
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., Delsignore, A. (2005) Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research* 58 259– 261
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press. 2011)
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118.
- Kosciw, J. G., Diaz, E. M., & Greytak, E. A. (2008). 2007 *National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and Transgender youth in our nation’s schools*. New York: GLSEN
- Landén M, Wålinder J, Lambert G, Lundström B. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998 Apr; 97(4):284-9

- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74-99.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Moreno Pérez, O., Esteva, I., y grupo GIDSEEN (2012) Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN) *Endocrinol Nutr*, 59 (6) : 367-382
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231.
- Mustanski, B., Garofalo, R. and Emerson, E. (2010) Mental Health Disorders, Psychological Distress, and Suicidality in a Diverse Sample of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youths. *Am J Public Health*;100:2426-2432
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23.
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved April 22, 2010 from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06Prevalence_of_Transsexualism.pdf
- OMS *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. (1993) Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172-181.
- Pauly IB (1968). The current status of the change of sex operation. *J Nerv Ment Dis*, Nov;147(5):460-71.
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309-340.
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243-258.
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155-166. doi:10.1080
- Ryan, C., Russell, S., Huebner, D., Diaz, R. and Sanchez, J. (2010) Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults *JCAPN* Volume 23, Number 4, pp. 205-213
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15-28.
- Schaefer, L & Wheeler, C (2004) Guilt in Cross Gender Identity Conditions: Presentations and Treatment. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*. Volume 8, Issue 1-2
- Schrock, D.; Boyd E. Leaf, M. Emotion Work in the Public Performances of Male-to-Female Transsexuals. *Arch Sex Behav* (2009) 38:702-712
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative followup study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication.
- Toomey, R., Ryan, C., Díaz, R., Card, N., Russell, S. (2010) Gender-Nonconforming Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: School Victimization and Young Adult Psychosocial Adjustment. *Developmental Psychology* Vol. 46, No. 6, 1580-1589
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501-504.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423.
- Wilson P, Sharp C, Carr S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *Br J Gen Pract*.1999; 49: 991-2.

- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19-41.
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96-118.
- WPATH. (2011) *The World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People 7th Version* | [consultado 1/10/2011] Disponible en: (www.wpath.org).www.wpath.org
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8-18.

Ficha 1.

Adolescencia, victimización, estigma

IDENTIDAD DE GÉNERO

Las sociedades occidentales asumen una clasificación binaria del género. Esperan que los individuos asuman el género de su sexo biológico así como las expectativas sexuales y roles asociados. Todas las personas son clasificadas como hombre o mujer. Las personas que presentan características generalmente atribuidas al otro género, son estigmatizadas. (Grossman & D'Augelli, 2006).

La no conformidad de género o variabilidad de género se refiere al grado en que la identidad, el rol o la expresión de género difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo determinado (Institute of Medicine, 2011). Transgénero es un término que describe a los individuos que presentan identidades de género no conformes a su sexo biológico y comportamientos que no se adecúan a los paradigmas sexuales típicos. (Ryan & Futterman, 1997). Esta amplia categoría incluye a transexuales, travestis y personas ambiguas.

El desarrollo y la integración de una identidad positiva constituyen una tarea del desarrollo de todos los adolescentes. Los jóvenes transgénero, tienen que afrontar desafíos adicionales. Presentan (1) una historia de tensión entre el sexo biológico y el género sentido como propio, (2) una conciencia y experiencia de ser diferente acompañado de intimidaciones y burlas en la escuela, (3) una lucha interna para reconciliar el conflicto entre identidad psicológica y el sexo biológico, (y 4) la necesidad de enfrentar las respuestas sociales negativas al exponer estos sentimientos (Lewins 1995). La intimidación por parte de los pares se produce al identificar rasgos o manierismos atípicos que no encaja en los prototipos hegemónicos de masculinidad o feminidad. (Scourfield, Roen, & McDermott, 2008), (Valentine, Skelton & Butler 2002)

Según el Institute of Medicine (2011) se está tomando conciencia de que las personas de las llamadas "minorías sexuales" han permanecido "ocultas" o "invisibles" en los estudios de investigación en el ámbito de la salud y que se requieren enfoques específicos para identificar y comprender sus necesidades. Se recomienda que las investigaciones tengan en cuenta cuatro perspectivas: el modelo de estrés de minorías, la perspectiva del ciclo vital, la perspectiva interseccional y la perspectiva ecológico-social (Institute of Medicine 2011). La WPATH recomienda no patologizar las identidades de género diferentes o la expresión de las mismas que son producto de la diversidad y no constituyen una enfermedad. (WPATH 2011).

VICTIMIZACIÓN

Está creciendo la literatura que encuentra relación entre la victimización durante la adolescencia y el no adecuarse a valores heteronormativos de la sociedad. (Meyer, 2003). Desafortunadamente, en muchas sociedades en todo el mundo hay un estigma asociado a la variabilidad de género (WPATH, 2011) Estas personas tienen una importante dificultad para establecer lazos de pertenencia a su grupo social en una etapa de la vida como es la adolescencia y la primera juventud en la que el desarrollo y la integración de una identidad positiva constituyen una tarea evolutiva importante, y el sentimiento de inclusión es fundamental (Grossman & D'Augelli, 2006).

La juventud no conforme tiene un riesgo elevado de sufrir experiencias sociales negativas (en la familia, en la escuela) (Kosciw, Diaz, & Greytak, 2008) y ajuste psicosocial negativo (suicidio, depresión, ansiedad (D'Augelli, Grossman, & Starks, 2006). Los niños que son percibidos como distintos tienen mayor probabilidad de ser acosados, victimizados o sufrir maltrato en la escuela con las consiguientes repercusiones negativas. (D'Augelli, Pilkington, & Hershberger, 2002) La escuela para estas personas puede transformarse en un contexto social peligroso. (Morrow, 2004) Por esta razón los jóvenes transgéneros pueden dejar los estudios sin acabar y colocarse en una situación de desventaja con respecto a sus pares. (Grossman & D'Augelli, 2006)

Las experiencias de los adolescentes de minoría sexuales no conformes son importantes para comprender las disparidades de salud en adultos jóvenes entre esta población (Friedman, Koeske, Silvestre, Korr, & Sites, 2006). Los varones biológicos experimentan mayor victimización en la escuela. (Toomey, Ryan, Diaz, Card & Russell, 2010).

Las respuestas hostil del grupo de pares puede conducirles a tener sentimientos negativos sobre ellos mismos (Ellis

& Eriksen, 2002). La victimización no sólo afecta emocionalmente a las personas que forman parte de minorías sexuales en la época estudiantil, sino que la victimización también afecta negativamente el futuro ajuste psicosocial del adulto joven (Toomey et al 2010). Es la victimización por la no conformidad de género más que la victimización por otras razones las que explican la asociación entre la no conformidad de género y los efectos negativos en el joven adulto. (Toomey, et al 2010)

REACCIÓN DE LAS FAMILIAS

Desde la perspectiva ecológico social que incluye las diferentes esferas en las que se mueve un individuo, (Institute of Medicine 2011) podemos decir que el proceso de visibilización social de estas personas es muy complejo y repercute no sólo en el propio individuo, sino en todos los sistemas en los que ésta se mueve (familia, comunidad y sociedad en su conjunto) (Schrock, Boyd & Leaf, 2009). Parece que las características de las familias (su identidad étnica, inmigración, actividad laboral, y creencias religiosas) son variables relacionadas con la aceptación o no de estas personas en el seno de sus familias. (Ryan, 2009)

Las investigaciones que estudian las reacciones de la familia al conocer la identidad del hijo/a indican que las actitudes de aceptación y rechazo pueden aparecer como conductas adaptativas, (Perrin, 2004) así, aceptando y rechazando, las familias se van adaptando a la identidad de su hijo/a. El foco de la investigación se ha centrado en las dificultades de las relaciones entre padres e hijos adolescentes y jóvenes no conformes. (D'Augelli, Grossman, & Starks, 2006) Un estudio encontró que los jóvenes varones no conformes reciben con mayor probabilidad respuestas negativas de sus padres que los jóvenes no conformes femeninos. (Toomey, et al 2010)

Algunas familias reaccionan a la identidad de su niño con aceptación (Ryan, 2009). Se ha encontrado relación entre la aceptación de la familia y los resultados positivos de salud en jóvenes adultos (autoestima, apoyo social, y salud general). La aceptación de la familia, constituye un factor de protección respecto a los resultados de salud negativos (depresión, abuso de sustancias, e ideas y tentativas de suicidio). Un estudio ha mostrado una asociación entre el rechazo paterno de adolescentes no conformes con su género y los comportamientos de riesgo sexual en jóvenes adultos. (Ryan, 2009),

PROBLEMAS PSICOSOCIALES

El comportamiento sexual atípico hace de los jóvenes transgéneros una población vulnerable. Se define como poblaciones vulnerables a " los grupos sociales que experimentan relativamente más enfermedad, muerte prematura, y una peor calidad de vida que los grupos comparables ". (Flaskerud, 1999) En esta definición se relaciona la vulnerabilidad con una falta de recursos y el riesgo asociado de discriminación y marginalización

Como estos individuos no se ajustan a las expectativas sexuales convencionales, tienen riesgo de sufrir discriminación y persecución. Así pueden engrosar una población marginada y vulnerable que experimenta más problemas de salud y psicosociales que otros grupos. (Grossman & D'Augelli, 2006) King et al. (2003), encontraron, en su estudio que gays y lesbianas tenían niveles más altos de angustia psicológica que los hombres y mujeres heterosexuales. También era más probable que hubieran consultado a un profesional de salud mental, consumido drogas y tenido ideación o intención autolítica, aunque es un grupo que solicita escasamente servicios de asistencia sanitaria. (King, McKeown, Warner, Ramsay, Johnson, Cort, Wright, Blizard & Davidson, 2003)

Si la investigación sobre gays y personas lesbianas es escasa, la investigación sobre personas transgénero es casi inexistente (Grossman & D'Augelli, 2006). La no conformidad sexual es solamente una de las características a nivel individual que la investigación ha vinculado al ajuste psicosocial pobre y suicidio en la adolescencia (Morrow, 2004) y la edad adulta (Toomey, et al 2010) Algunos trabajos han encontrado conexiones entre la identidad LGBT y el suicidio. (Scourfield et al 2008).

Una explicación teórica que puede ayudar a explicar la alta prevalencia de problemas psicosociales en individuos no conformes es el modelo de estrés de minorías de Meyer (2003) que postula que las personas no conformes, tienen un riesgo aumentado de experimentar altos niveles de estrés, angustia, inseguridad debido a sus identidades sexuales estigmatizadas creando un continuum entre procesos distales que ocurren fuera (p. ej., la experiencia real de discriminación y/o violencia) y los procesos proximales que ocurren internamente (p. ej., las expectativas de discriminación y/o violencia, transfobia interiorizada). La expectativa de victimización, por sí sola, tiene efectos sobre la salud mental de las personas que pertenecen a minorías sexuales (Meyer, 2003). El acoso escolar expresamente debido a la no conformidad sexual es crucial en el modelo de estrés de las minorías y representa el proceso distal por el cual estos jóvenes experimentan el estigma.

En este proceso hay que tener en cuenta que estas asociaciones pueden ser modificadas con estrategias de afrontamiento adaptativas, apoyo social disponible, y algunas características personales.

CONCLUSIONES

1. La juventud transgénero existe y la expresión sexual atípica es un modo aceptable de comportamiento que debe ser respetado.
2. Los profesionales deben intervenir para reducir los riesgos experimentados por la juventud transgénero debido a la discriminación y la marginalización.
3. Deben darse pasos para reducir la vulnerabilidad de esta juventud proporcionándoles el acceso a los recursos para ayudarles en sus necesidades específicas.
4. Los programas deben tener en cuenta a las familias y las comunidades deben trabajar temas como la homofobia o la transfobia y a crear entornos culturalmente seguros para ellos.
5. Los profesionales sanitarios deben formarse para proporcionar una atención de calidad a estas personas.
6. La juventud transgénero debe ser educada sobre cómo la sociedad construye el género y cómo esto contribuye a su vulnerabilidad y devalúa su estado de salud. Es necesario el aprendizaje de estrategias para manejar aspectos del desarrollo emocional, social y físico, para ayudarles a lograr la flexibilidad necesaria para vivir en una cultura que mantiene tenazmente un concepto binario de género.
7. De todo lo dicho, no se debe asumir que los jóvenes transgéneros van a verse necesariamente dañados por ambientes hostiles. Es importante evitar una especie de modelo de déficit. El comportamiento autolítico es una posibilidad, pero también la mayor parte de estos jóvenes son muy resistentes ante la adversidad. (Scourfield et al 2008)

REFERENCIAS

- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2006). Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1462–1482.
- D'Augelli, A. R., Pilkington, N. W., & Hershberger, S. L. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school. *School Psychology Quarterly*, 17, 148-167.
- Ellis, K. M., & Eriksen, K. (2002). Transsexual and transgenderist experiences and treatment options. *Family Journal*, 10, 289–299.
- Flaskerud, J.H. (Ed.). (1999). Preface. Emerging nursing care of vulnerable populations. *Nursing Clinics of North America*, 34(2).
- Friedman, M. Koeske, G., Silvestre, A., Korr, W., Sites, E. (2006) The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *Journal of Adolescent Health* 38 621–623
- Grossman, A. & D'Augelli, A. (2006) Transgender Youth: Invisible and Vulnerable. *Journal of Homosexuality* Vol. 51, No. 1, 2006, pp. 111-128
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- King M., McKeown E., Warner J., Ramsay A, Johnson K, Cort C, Wright L, Blizard R, Davidson O. (2003) Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and British Journal of Psychiatry Wales: controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry*. 183: 552–558.
- Kosciw, J. G., Diaz, E. M., & Greytak, E. A. (2008). *2007 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and Transgender youth in our nation's schools*. New York: GLSEN
- Lewins, F. (1995). *Transsexualism in society: A sociology of male-to-female transsexuals*. South Melbourne, Australia: Macmillan Education Australia.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.
- Morrow, D. F. (2004). Social work practice with gay, lesbian, bisexual, and transgender adolescents. *Families in Society*, 85, 91–99.
- Perrin, E. C., Cohen, K., Gold, M., Ryan, C., Savin-Williams, R., & Schorzman, C. (2004). Gay and lesbian issues in pediatric health care. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34(10), 355–398.
- Ryan, C., & Futterman, D. (1997). Lesbian and gay youth: Care and counseling [Special issue]. *Adolescent Medicine*, 8(2).

- Ryan, C. (2009). *Helping families support their lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) children*. Washington, DC: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development.
- Schrock, D.; Boyd E. Leaf, M. (2009) Emotion Work in the Public Performances of Male-to-Female Transsexuals. *Arch Sex Behav* 38:702–712
- Scourfield J. Roen, K., McDermott, L. (2008) Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behavior. *Health and Social Care in the Community* 16 (3), 329–336
- Toomey, R., Ryan, C., Diaz, R., Card, N. & Russell, S. (2010) Gender-Nonconforming Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: School Victimization and Young Adult Psychosocial Adjustment. *Developmental Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0020705
- Valentine G., Skelton T. & Butler R. (2002) The vulnerability and marginalisation of lesbian and gay youth: ways forward. *Youth and Policy* 75, 4 –29.
- WPATH. (2011) *The World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* 7th Version | www.wpath.org

Ficha 2.

Algunas consideraciones sobre el concepto de género, la transexualidad y la despatologización

CONCEPTOS DE GÉNERO Y SEXO

La cultura occidental sólo reconoce dos sexos que son opuestos y excluyentes entre sí. En el momento de nacer, para ser inscritos en el Registro Civil se categoriza obligatoriamente a los seres humanos en base a los genitales, que serán los que determinen su identidad sexual de forma permanente. La institución homologada para legitimar el sexo de los individuos en nuestra sociedad es la institución médica (Gregori, 2006). Se plantea como lo natural, que el recién nacido desarrolle una identidad de género congruente con el sexo biológico. El determinismo biológico presupone una jerarquía de las cosas por lo que las conductas individuales y procesos psicológicos se entienden como fenómenos que dependen de una base biológica (Good & Byron 2003), (Bergero, Asiain & Cano-Caballero 2010).

En este modelo, no existe lugar para la ambigüedad a pesar del gran abanico de posibles combinaciones entre los diversos componentes que conforman el sexo: sexo genético, gonadal, genital, fenotípico, psicosexual y social. En nuestra sociedad occidental categorizar a las personas según sean hombre o mujer se convierte en primordial para la mayoría de las personas. Definirlas como tales trae asociadas múltiples ideas, expectativas y valores que en su dimensión simbólica modulan su interacción social con ellas. (Martín, 2006), (Bergero, Asiain, Gorneman, Giraldo, Lara, J., Esteva, & Gómez, 2008), (Fernández, 2004)

Pero hay personas que se encuentran en conflicto porque desarrollan una identidad como hombre o mujer en desacuerdo con sus indicadores biológicos clásicos. No hay una relación uniforme entre los indicadores biológicos, la percepción de la identidad que tiene de sí mismo el individuo, el rol social que desempeña. El cambio de sexo conlleva un cambio oficial (y por lo general legal) de género.

En los años 80, el concepto de género se interpretó de manera dicotómica, tratando de reflejar la dualidad biológica implícita en el concepto de sexo. Por lo tanto, el género se utilizó para designar el rol público (y por lo general reconocido legalmente) como niño o niña, hombre o mujer. El género atípico se refiere a los comportamientos o características somáticas que no son típicos (en sentido estadístico) de individuos con el mismo género asignado en una determinada sociedad y época histórica. Para este comportamiento, el género - no conforme es un término descriptivo alternativo

Fue a partir de la década de los 90 cuando se planteó que la categoría de género para ser operativa, debería alejarse de la base dual con la que se había conceptualizado en la década anterior. (Martín, 2006)

Numerosos autores advirtieron que el concepto de género había sido mal utilizado como sinónimo culturalista de sexo, reflejado a modo de espejo, encarnándose en la existencia de dos géneros -masculino y femenino- en correspondencia exacta con los dos sexos posibles, que se consideran igualmente opuestos y excluyentes entre sí (Nieto, 1998).

Se ha criticado la utilización de la palabra género como un constructo analítico fundamentado en la organización social de los sexos, como si fuera la construcción social del sexo biológico. (Martín, 2006). En la actualidad, la identidad de género se sitúa en un continuum entre la masculinidad y la feminidad, y su formación es el fruto de un proceso (Bergero, et al 2010), (Fernández, 2004)

Alejándose del planteo dicotómico de los sexos, el concepto de género alcanzó una gran potencia porque permitió su utilización para otras formas de socialización y construcciones de identidad de género como la androginia o las personas transgénero que no se adaptan a las formas determinadas dicotómicamente como masculinas o femeninas en nuestra cultura. (Martín, 2006), (Bergero et al 2008), (Bergero, et al 2010), (Fernández, 2004)

El género es una de las categorías sociales más importantes, y juega un papel principal en el modo en que la gente se define y experimenta el mundo social (Shechner, 2010). Abarca un conjunto de creencias, actitudes, sentimientos, valores, expectativas, atribuciones, comportamientos y actividades que diferencian a los sujetos – en lo real y en lo imaginario o simbólico – y en cuyo desarrollo tiene un papel predominante la construcción social, en la que intervienen las instituciones políticas y educativas, el mercado de trabajo, los medios de comunicación, la familia, etc., transmitiéndose la jerarquización de los roles a través de relaciones interpersonales. (Nieto, 1998), (Bergero, et al 2008)

Numerosos autores han destacado la importancia del concepto de género como una de las aportaciones más interesantes del pensamiento del siglo XX. La categoría género permite romper con el determinismo biológico y la identificación entre sexo y género como algo natural. (Martín, 2006)

La relación sexo/género es muy compleja. En lugar de entender el sexo como algo determinado biológicamente, y el género como algo determinado por lo social debemos considerar ambos en interacción permanente y con límites no nítidos. (Gastó 2006)

¿POR QUÉ PRODUCE SUFRIMIENTO LA TRANSEXUALIDAD?

Por muchas razones. La sociedad determina los límites simbólicos que indican quién está dentro y quién queda fuera del orden social. Sentirse incluido en uno de los polos de la dicotomía hombre-mujer, ofrece seguridad. Decir: «soy mujer», sentirse un miembro de un grupo predeterminado socialmente, tranquiliza, ayuda a vivir sin dudas ni ansiedades. Desde esta perspectiva se pueden entender los altos niveles de angustia que produce situarse fuera del modelo dicotómico que utilizamos cuando desde el punto de vista genético, hormonal y morfoanatómico se pertenece a un sexo y desde el punto de vista psicológico y social a otro (Garaizabal, 2006). Nuestro modelo occidental no contempla un lugar para aquellas mujeres sociales que tienen genitales masculinos.

Otro motivo de sufrimiento radica en que las personas transexuales viven en un momento histórico en el que los conocimientos médicos y quirúrgicos «hacen posible cierto cambio de la apariencia, pero no la realización completa de su sueño: ser completamente el otro» (Chiland, 1999).

Otro motivo es el aislamiento social que sufren muchas de estas personas (APA 1994) que repercute de una manera notable en el nivel de autoestima, ya que tienen que enfrentar consecuencias adversas por poseer un autoconcepto poco reforzado socialmente (Cohen, P. & Van Gooren, 1997) además de contribuir a crear dificultades en la adaptación social produciendo interrupciones tempranas de la escolarización y dificultades en el ámbito laboral.

DIVERSAS IDENTIDADES Y PARADOJAS

La identidad es también un proceso subjetivo y depende del punto de vista de quienes la sienten. Sin embargo, sí es posible construir un mínimo común identitario. El acuerdo sobre la identidad surge cuando se construye una subjetividad común. (Viñuales, & Guasch, 2000). Al ser subjetiva, toda identidad es plural. Al ser heterogénea, sus límites no son nítidos. Vivimos una época en la que coexisten una gran variedad de maneras de experimentar la masculinidad y la feminidad. Sin embargo, las fronteras persisten socialmente y están profundamente interiorizadas. Ser varón o ser mujer siguen siendo identidades demasiado cerradas al cambio (Viñuales & Guasch, 2000).

Resulta paradójica la posición de las personas transexuales que formulan una doble y contradictoria demanda: por un lado, se sitúan más allá de la biología sosteniendo la primacía del reconocimiento simbólico y por otro, reclaman una modificación de su cuerpo pretendiendo obtener completamente de la biología, una prueba de la verdad de su discurso, demostrando la insuficiencia de toda referencia simbólica (Chiland, 1999).

Las personas transexuales plantean otra importante contradicción: por un lado, de hecho, cuestionan el sistema dicotómico, lo ponen en tela de juicio. Con su existencia, denuncian su insuficiencia para entender una realidad que desborda las coordenadas construidas por nuestra cultura, pero por otro lado, necesitan ser reconocidos como hombres o como mujeres. (Bergero, et al 2008)

DESPATOLOGIZACIÓN

La Disforia de Género es uno de los diagnósticos más complejos del DSM V (APA, 2013) y casi incomparable en la complejidad de sus consideraciones sociales, éticas y políticas a cualquier otro diagnóstico (Shechner, 2010). Aunque desde hace varias décadas habían comenzado a aparecer desde el ámbito teórico y activista, reflexiones críticas con el modelo de “trastorno mental” y un cuestionamiento del modelo de atención sanitaria trans-específica. (Stryker, 1994), fue en los últimos años cuando la temática de despatologización de las identidades trans ha logrado una importante difusión en diferentes partes del mundo y presencia en las agendas políticas de organismos internacionales. (Suess, 2011), (Hammarberg, 2009) En la actualidad se observa un activismo internacional creciente que aboga por la despatologización, cuyas demandas principales son la retirada de la categoría de “trastornos” de los manuales diagnósticos DSM y CIE, así como la necesidad de garantizar la conservación de los derechos sanitarios, incluyendo la cobertura pública de la atención sanitaria específica.

Asimismo, el movimiento por la despatologización trans reivindica la sustitución del modelo actual de evaluación y autorización, por un enfoque basado en la autonomía y decisión informada. Nos encontramos ante un proceso de cambio desde una conceptualización de las expresiones, trayectorias e identidades trans como enfermedad o trastorno, hacia su abordaje como derecho humano. (Ehrbar, 2010), (Polo & Olivares, 2011)

Dentro de este grupo, existe un debate sobre si lo prioritario sería conseguir el derecho a la libre modificación del cuerpo sin necesidad de un diagnóstico psicopatológico o lo que habría que enfatizar es que estas cirugías responden a fuertes presiones sociales. En este sentido algunos grupos consideran urgente cuestionar las cirugías. (Missé, 2008) La cirugía transexual subraya el modelo occidental de género, encarnando la polarización de género con base en los genitales y el cuerpo (Fernández, 2004).

Se han argumentado distintos motivos para justificar la atención sanitaria manteniendo la despatologización. Estos apelan al concepto de salud que mantiene la OMS que no se guía por la ausencia de enfermedad sino por la presencia de bienestar físico, psíquico y social. Dentro de este campo también se ha sugerido que las personas que solicitaran tratamientos de reasignación pasaran a ser diagnosticadas de otros modos que evitaran los estereotipos y prejuicios que conlleva la definición actual. Dentro del DSM también podrían incluirse en "otros problemas que son objeto de atención clínica" (Polo & Olivares, 2011). De igual manera el CIE incluye, aparte de criterios diagnósticos de enfermedades, procesos de atención sanitarios no basados en enfermedades donde podrían incluirse las personas que solicitan tratamientos. (Polo & Olivares 2011) Así lo propone también Hammarberg, (2009) comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (Hammarberg, 2009)

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association. .
- Bergero, T., Asiain, S.; Gorneman, I., Giraldo, F., Lara, J., Esteva, I. y Gómez, M. (2008) Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 211-226.
- Bergero Miguel, T., Asiain Vierge, S., Cano-Caballero Gálvez, MD. (2010) ¿Hacia la despatologización de la transexualidad?. Apuntes desde una lógica difusa. *Revista Norte de Salud Mental*, 2010, vol. VIII, nº 38: 56-64.
- Cano, G.; Bergero, T., (2003) Intervención psicológica en una unidad de trastornos de la identidad de género: un desafío sanitario», en Remor, E.; Arranz, P.; Ulla, S. (eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, Madrid: Descleè de Brouwer.
- Chiland, C., (1999) *Cambiar de sexo*, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cohen, P.; Van Gooren, S., (1997) Sex Reassignment of Adolescent Transsexuals: A Follow Up Study, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36 (2), pp. 263-276
- Ehrbar R. (2010) Recomendaciones para una reducción de daños del diagnóstico del TIG en el DSM- V. En: *El género desordenado*. Ed: Miquel Missé y Gerard Coll-Planas. Barcelona: Egales.
- Esteban, M. L., (2004) *Antropología del cuerpo*, Barcelona: Bellaterra.
- Fernández, J. (2004) *Cuerpos desobedientes*, Buenos Aires: Edhasa
- Garaizabal, C., (2006) Evaluación y consideraciones psicológicas», Gómez, E.; Esteva, I. (eds.), en *Ser Transexual*, Barcelona: Glosa.
- Gastó Ferrer, C. (2006) Transexualidad. Aspectos Históricos y Conceptuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de Enlace*, 78: 13-20
- Good, L.; Byron, J., (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Barcelona: Bellaterra.
- Gregori Flor, Nuria (2006) *Los cuerpos ficticios de la biomedicina. El proceso de construcción del género en los protocolos médicos de asignación de sexo en bebés intersexuales*. AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*. Ed. Electrónica, 1(1) (Enero-Febrero): 103-124. En <http://www.aibr.org/antropologia/01v01/articulos/010106.pdf>. Consultado el 10 de julio de 2012.
- Hammarberg, T., Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2009). *Informe Temático Derechos Humanos e Identidad de Género*. Revisado en diciembre, 2011, de https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365#P160_38128
- Martín Casares, A., (2006) *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*, Madrid: Cátedra.
- Missé Miguel (2008). *Argumentos para la descatalogación del trastorno de identidad de género. Situación médico-le-*

- gal y movimiento trans en el Estado español. Accesible online: http://america_latina_caribe.ilga.org/trans/bienvenidos_a_la_secretaria_trans_de_ilga/biblioteca/articulos/argumentos_para_la_descatalogacion_del_trastorno_de_identidad_de_genero_situacion_medico_legal_y_movimiento_trans_en_el_estado_espanol_ consultado 10 de julio de 2012
- Nieto, J.A. (1998) Transgénero/Transexualidad: de la crisis a la reafirmación del deseo. En *Transexualidad, transgenerismo y cultural: Antropología, identidad y género*. José Antonio Nieto, Comp. Madrid: Talasa Ed.
- Polo Usaola, C. y Olivares Zarco, D. Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. (2011) *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*; 31 (110), 285-302.
- Shechner, T. (2010) Gender Identity Disorder: A Literature Review from a Developmental Perspective *Isr J Psychiatry Relat Sci* - Vol. 47 - No 2
- Stryker, S. (1994). My words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage. *GLQ. A Journal of Lesbian and Gay Studies* 1(3): 237-254.
- Suess, A. (2011) Despatologización trans y práctica arteterapéutica. Arte y políticas de identidad. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia* vol. 4 (junio) 107-126
- Viñuales, O.; Guasch, O. (2000) *Sobre el futuro de la identidad*, Madrid: Reverso.