

# Intervenciones Terapéuticas en Disforia de Género de Niños y Adolescentes.

## Therapeutic Interventions in Gender Dysphoria in Children and Adolescents.

**Gabriel Gatica B. <sup>1</sup>, Carlos Almonte V. <sup>2</sup>**

**Resumen.** El concepto de Identidad de Género (IG) hace referencia a la convicción personal e internalizada de pertenencia a un determinado género y no a otro. Esta experiencia, temprana en el devenir del ser humano, establece los cimientos del desarrollo psicosexual. El estrés psicológico personal que produce el sentimiento de incongruencia entre la identidad de género y el sexo biológico asignado es conocido como Disforia de Género (DG).

Los niños y adolescentes con DG constituyen un grupo de riesgo para sufrir problemas de salud mental, tanto por sus sentimientos disfóricos, como por el estigma y aislamiento social y familiar del que pueden ser objeto. Los psiquiatras infanto juveniles deben estar capacitados para evaluar y diagnosticar a aquellos pacientes que presentan estas dificultades, así como ser capaces de ofrecer tratamientos y soporte que les permita reestablecer la salud mental.

El presente artículo es una revisión actualizada de los conceptos relacionados con la DG y su abordaje terapéutico, desde un enfoque multidisciplinario.

**Palabras Clave:** género; disforia de género; trastorno de identidad de género; supresión de la pubertad; transgénero.

**Abstract.** Gender identity refers to the internal and personal belief that a person belongs to one gender and not the other. This early developmental experience establishes the foundation for psychosexual development. The psychological distress that is produced by the incongruence between gender identity and biological sex is known as Gender Dysphoria (GD). Children and adolescents with GD constitute a risk group for mental health problems, both due to their dysphoria and the social stigma and isolation they may suffer. Child and adolescent psychiatrists need to know how to assess and diagnose patients with these symptoms, and be able to offer treatment and support to help reestablish their mental health.

This is an updated review of the concepts related to GD and their treatment, from a multiprofessional perspective.

**Keywords:** gender; gender dysphoria; gender identity disorder; pubertal suspension; transgender.

1. Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Programa de formación en psiquiatría infantil y del adolescente. Universidad de Chile. Curso Intervenciones Terapéuticas del Magister en Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile.

2. Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Profesor Asociado, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Correspondencia: Gabriel Gatica Bahamonde. Hospital de Villarrica, San Martín # 460, Villarrica. Teléfono: +56994430213. gabrielgaticabahamonde@gmail.com

### INTRODUCCION

El desarrollo psicosexual humano, como el resto del desarrollo, debe ser comprendido como un resultado de la interacción recíproca y estructurante tanto de factores disposicionales (biológicos, genéticos) y ambientales (sociales, culturales, familiares).<sup>(1,2)</sup> El conocimiento del desarrollo psicosexual en el niño y el adolescente normal nos permite tener una base de análisis para comprender el desarrollo alterado y, en especial, cuales son las experiencias y vivencias en este desarrollo.

Si bien Freud ya postulaba el papel central de la sexualidad en el desarrollo humano, la formulación freudiana hace alusión al concepto de *sexualidad infantil* y no al de *identidad de género*. El término sexo, se refiere a un constructo biológico, relacionado con la designación como hombre o mujer en base a determinadas características anatómicas y genéticas. Históricamente se ha utilizado el término sexo para hacer alusión a fantasías y conductas de carácter erótico, por lo que el término identidad sexual está más relacionado con la psicosexualidad del púber y adolescente tardío que con la identidad de género.<sup>(3)</sup>

En contraste, el énfasis en la identidad de género hace referencia a un concepto más amplio, que consiste en una configuración psicológica que integra la identidad personal y el sexo biológico, siendo determinados por un extenso rango de factores biológicos, culturales, psicológicos y sociales. Stoller<sup>(3)</sup> plantea que la identidad de género se construye en base a lo que denomina como *Identidad de Género Nuclear*, que es el sentido consciente más primario de pertenencia a uno u otro género. Este se instauraría precozmente en el desarrollo, alrededor de los 3 años de vida y tendría un carácter persistente (en la gran mayoría de los casos) a lo largo de la vida.

El acento puesto en el desarrollo de una identidad de género y las experiencias concomitantes a su perturbación han sido recogidas recientemente en la 5ta. Edición

del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM-V)<sup>(4)</sup>, donde el término Disforia de Género (DG) ha reemplazado al término Trastorno de la Identidad Sexual del DSM-IV. En base a lo reciente de este cambio y fundamentalmente porque la gran mayoría de la evidencia utiliza aún la terminología del DSM IV, en este texto se utilizarán indistintamente ambos términos.

El término disforia de género tradicionalmente se ha considerado como la manifestación de desagrado y rechazo del sexo anatómico y ha constituido el tercer componente del trastorno de la identidad de género, siendo el primero el sentirse como individuos psicológicamente pertenecientes al sexo opuesto al sexo anatómico y el segundo componente la identificación con los roles que la cultura asigna al otro sexo. A continuación revisaremos el desarrollo de la identidad de género en niños y adolescentes, las trayectorias evolutivas de su desarrollo perturbado, para luego revisar evidencia respecto de su evaluación e intervenciones médicas y psicológicas.

### DEFINICIONES

La terminología respecto del desarrollo psicosexual ha estado constantemente sujeta a cambios y modificaciones en la nomenclatura. Establecer de manera consensuada los términos es importante, puesto que tanto los pacientes como los familiares e inclusive algunos clínicos no especializados en la temática del género, tienden a confundir los términos y sus significancias. "Sexo" (también, "sexo biológico" o "sexo asignado") se refiere al sexo anatómico del individuo que lo define como masculino o femenino, lo que a su vez es expresión de la marcación genética como XX o XY.<sup>(5,6)</sup> El sexo es asignado por la interpretación adulta de los genitales externos al nacer; por ello, si existen genitales ambiguos, esta asignación podría ser errónea.<sup>(1,2)</sup>

"Género" se refiere a la consideración de una persona por parte de la sociedad como

masculino o femenino.<sup>(5,6)</sup> “*Rol de Género*” (o *papel de género*) se refiere a la expresión, por parte del individuo, de conductas las cuales socialmente están identificadas como masculinas o femeninas (conductas como el hablar y el vestir).<sup>(6)</sup>

“*Identidad de Género*” (IG) se refiere a la masculinidad y feminidad y todo lo que éstas encierran y hace referencia a la convicción personal de cada individuo y se establece alrededor de los 3 años de edad y tiende, en la gran mayoría de los casos, a mantenerse estable por el resto de la vida.<sup>(5)</sup> La IG es distinta al concepto de identidad personal como tal, que es un sentido más abstracto de sí mismo, con una matriz cultural y social, y que se consolida más tarde en la adolescencia.

La “*Orientación sexual*” se refiere a la preponderancia de sentimientos eróticos, pensamientos o fantasías, dirigidos hacia personas de sexo distinto (heterosexual), igual (homosexual) o ambos (bisexual), sin atracción por ninguno (asexual). La orientación sexual (a diferencia de las conductas sexuales) tiene un carácter eminentemente estable, inmutable y resistente al control consciente.<sup>(1,2)</sup> La “*No conformidad de Género*” durante la infancia (también denominada variación de género en la literatura), tiene que ver con la asunción de conductas que no responden a los cánones sociales establecidos para un género determinado.<sup>(6)</sup> Es decir, responde más a una dificultad en asumir el rol de género (segundo componente).

“*Disforia de Género*” (DG) hace referencia al distrés psicológico personal que produce el sentimiento de incongruencia entre la identidad de género y el sexo biológico asignado. Este estado subjetivo tiene correlatos en el ánimo, los afectos y las cogniciones del individuo que experimenta DG.<sup>(5,4)</sup> Con el término “*Transgénero*” se designa al amplio espectro de personas que transitoria o permanentemente presentan discordancia entre su identidad de Género y su sexo asignado, en tanto que el término “*Transsexual*” es utilizado para ha-

cer referencia a los individuos Transgénero que buscan realizar o realizan cambios en su aspecto y anatomía corporal percibida, de modo que ésta sea concordante con su identidad de género.<sup>(4,5)</sup> Estas conductas pueden ir desde experiencias de vivir socialmente en el rol de género deseado (vestir, comportarse como el sexo deseado), hasta intervenciones médicas como la administración de hormonas (bloqueadoras de la producción de gonadotrofinas hipofisarias) hasta las intervenciones quirúrgicas permanentes (reasignación quirúrgica de sexo).<sup>(4)</sup>

### DESARROLLO PSICOSEXUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Aun cuando se han planteado distintas teorías para explicar el desarrollo de la psicosexualidad, ninguna de ellas logra dar cuenta de la totalidad de aspectos involucrados en dicho desarrollo.

Las teorías del desarrollo cognitivo plantean que el desarrollo psicosexual se ve ampliamente influido por las capacidades cognitivas emergentes, que le permiten pensarse a sí mismo como parte de un determinado género.<sup>(1,2)</sup> Las nociones que manejan los niños respecto de la identidad de género y el género están influenciadas por la fase cognitiva en que se encuentra; un niño en el estadio de pensamiento pre operacional pudiese pensar que su género está determinado por la ropa que utiliza; por tanto si utiliza un vestido y el cabello largo, su género es femenino.<sup>(7)</sup>

Las teorías del Aprendizaje social consideran que la imitación y la identificación diferenciada con modelos del mismo sexo y el refuerzo de conductas de rol social son fundamentales para el desarrollo temprano del desarrollo psicosexual. Ello sería especialmente importante en lo que respecta al desarrollo del rol de género.<sup>(1,2)</sup> El modo de vinculación con los padres y cuidadores significativos puede resultar importante en el desarrollo del rol de género. Por ejemplo, puede hacerse difícil para un niño identificarse con un padre violento y despresti-

## Revisión de Temas

giado en su rol. A través de sus conductas, los padres pueden favorecer o desalentar conductas del rol sexual propio o del sexo opuesto.<sup>(1,2)</sup>

### DISFORIA DE GÉNERO

Como se menciona previamente, el concepto de Disforia de Género (DG) ha tenido una amplia utilización desde hace varias décadas. La publicación del DSM-V la describe como entidad nosológica. En el presente artículo se usa con las dos acepciones, ya que las publicaciones del curso evolutivo de la DG se han referido a las manifestaciones clínicas y no a la entidad nosológica.

La DG como entidad nosológica se denomina en el DSM IV: Trastorno de Identidad Sexual, término equívoco, ya que induce confusión, puesto que en el presente esa denominación se restringe al destino de la orientación sexual.

Para referirse a los individuos que presentan formas extremas de manifestación de una DG y que usualmente requieren tratamientos hormonales y reasignación de sexo (RS), la CIE-10 utiliza el término Transexual.<sup>(8)</sup>

El DSM V pretende describir, de mejor forma, las experiencias subjetivas de aquellos jóvenes que se identifican con un género distinto al correspondiente a su sexo biológico. El concepto pone acento no en la *disconformidad de género*, lo que no constituye un trastorno mental, sino en las *experiencias subjetivas* asociadas a este sentimiento. La DG se manifiesta de varias maneras, incluyendo fuertes deseos de ser tratados como del otro sexo o de deshacerse de uno de los caracteres sexuales, o una fuerte convicción de que uno tiene sentimientos y reacciones típicos del otro género. En los niños, el deseo de ser del otro género debe estar presente y verbalizado. Esta condición provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.<sup>(4)</sup>

Los diagnósticos diferenciales de la DG incluyen: Disconformidad con el Rol de Género, Trastorno Transvestista, Dismorfia corporal y otras Disforias de Género especificadas y no especificadas.<sup>(4)</sup>

Uno de los cambios fundamentales propuestos por el grupo de trabajo del DSM V, está contenido en el mismo vocablo, pues se sustituye el uso del término “Trastorno”, por el de “Disforia”, lo que descarta lingüísticamente la posibilidad de que el paciente esté alienado o trastornado por la condición.<sup>(9)</sup>

Las Figuras 1 y 2 muestran los criterios del DSM V para DG en niños y en adolescentes/adultos, respectivamente.

### Trayectorias del Desarrollo en Niños y Adolescentes con DG.

Como se ha descrito, las nociones que manejan los niños respecto de la identidad de género y el género son dependientes de la edad y el nivel evolutivo, por lo tanto es fundamental que se planteen desde una perspectiva del desarrollo.

Se postula que la presencia de una variación en el comportamiento de género e incluso el deseo de ser del otro sexo por un periodo inferior a 6 meses, puede ser parte de una fase del desarrollo normal de un niño, sin consecuencias en su desarrollo posterior. Un porcentaje alto de los niños que presentaron disforia de género antes de los 6 años, ésta se resuelve en la adolescencia y adultez temprana.<sup>(10)</sup> Aproximadamente un 75-80% de los niños con disforia de género en la edad infantil pasarán a constituir el grupo de los desistidores (“desisters”), es decir la DG se irá extinguiendo en el curso de la adolescencia. De todos modos, no se puede predecir quienes de estos menores desistirán de sus sentimientos de género cruzado y quiénes no.<sup>(7)</sup> En los niños que entran en la pubertad con disforia de género persistente (“*persisters*”), la disforia puede convertirse en angustia psicológica a medida que desarrollan las características sexuales secundarias de su sexo natal

**CRITERIOS DSM 5 PARA EL DIAGNOSTICO DE DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS.  
302.6 (F64.2)**

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):

1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Figura 1.** Criterios DSM V para Disforia de Género en Niños.

no deseadas. Esto puede conducir a la aparición de ansiedad severa, depresión y, tal vez incluso, ideación y gestos suicidas.<sup>(11)</sup>

Algunos autores<sup>(12)</sup> manifiestan dudas sobre realizar el diagnóstico de DG durante la etapa infantil y de la adolescencia, argumentando que puede llevar a importantes errores en el diagnóstico. Kreukels y Cols.<sup>(12)</sup> plantean que esta interrogante se puede despejar si se analizan por separado los estudios en niños y en adolescentes.

Los estudios de seguimientos muestran que tan solo un 20-25% de los pacientes que presentaron DG en la niñez persistían

con sentimientos disfóricos en las primeras etapas de la pubertad. Por ello, sería más bien arriesgado plantear con precisión la evolutividad que tendrá un niño con síntomas de un TIG.<sup>(13)</sup>

Otras investigaciones muestran que a partir de las primeras manifestaciones puberales, con la emergencia de los caracteres sexuales secundarios, se puede definir más certeramente la evolutividad que tendrá el joven respecto de su identidad de género.<sup>(14)</sup>

En un estudio cualitativo, adolescentes de entre 14 y 18 años que habían recibido un diagnóstico de TIG durante la niñez refe-

### CRITERIOS DSM 5 PARA EL DIAGNOSTICO DE DISFORIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS. 302.85 (F64.1)

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Figura 2.** Criterios DSM V para Disforia de Género en Adolescentes y Adultos.

rían que estos sentimientos habían remitido llegada la pubertad, con los primeros signos físicos de caracteres sexuales secundarios y en especial con la emergencia de las primeras experiencias de atracción sexual por el sexo opuesto.<sup>(15)</sup> Por el contrario, en los adolescentes, existe mayor probabilidad que la DG persista hasta la adultez si estos sentimientos de identificación con el sexo opuesto se ven intensificados en la etapa puberal.<sup>(12)</sup>

Llegados a etapas avanzadas de la adolescencia o adultez temprana, un 75% de los jóvenes que han tenido historia de TIG a lo largo del desarrollo, manifiestan tener orientación sexual homosexual o bisexual, pero sin un trastorno de la identidad de género, ya que han asumido el sexo asignado. El resto tendría una orientación sexual heterosexual.<sup>(16)</sup>

Por último, se ha documentado que los

adolescentes que habían comenzado con la disforia en la edad infantil y que en la adolescencia aun la mantenían, luego de la evaluación médica y endocrinológica, siguen el camino hacia la reasignación quirúrgica del sexo. En general, la persistencia es prácticamente de un 100% luego de la pubertad inicial (en especial cuando ya se ha alcanzado el estadio de Tanner 2 o 3).<sup>(17)</sup>

#### **Comorbilidad Psiquiátrica en Niños y Adolescentes con DG.**

Aun cuando la presencia de DG no significa necesariamente la presencia de psicopatología, cuando ésta está presente debe abordarse de forma paralela y muchas veces de manera previa a la temática del género en sí.<sup>(9,11)</sup>

En este grupo de adolescentes, se ha descrito que las dificultades emocionales tienen su punto de partida o se intensifican a par-

tir de la emergencia de los primeros signos de cambios puberales correspondientes a su sexo biológico.<sup>(17)</sup> Por lo anterior, se ha propuesto que la detención de la pubertad es una medida que impacta positivamente en la salud mental de estos adolescentes y que reduciría la presencia de psicopatología.<sup>(17)</sup>

Las manifestaciones psicopatológicas más frecuentes son Depresión, Ansiedad, Conductas oposicionistas y Descenso del rendimiento académico. También se ha mencionado que pueden presentar conductas auto lesivas, auto medicaciones y conductas suicidas.<sup>(18)</sup>

Hay ciertos cuadros psicopatológicos que son diagnóstico diferencial de la DG, los que hay que tener presente en el momento de la evaluación diagnóstica: Trastornos Psicóticos (que pueden presentar ideas delirantes respecto a la identidad de género)<sup>(12,17)</sup>, Trastornos del Espectro Autista (quienes pudiesen presentar ideas rígidas de género cruzado como parte del cuadro de autismo)<sup>(19)</sup> y Manifestaciones conductuales relacionadas a Traumas Sexuales.<sup>(9)</sup> Respecto al Autismo, se han reportado tasas más altas de DG entre estos pacientes, por causas que no están claras.<sup>(19)</sup>

#### ABORDAJE TERAPEUTICO DE LA DISFORIA DE GÉNERO

Las razones y las formas en que los adolescentes acuden en búsqueda de ayuda a las clínicas psiquiátricas varían de un adolescente a otro. Hay variaciones en las formas de enfrentamiento de los adolescentes a las dificultades y angustias presentes ante una DG. Por ejemplo, algunos pueden acudir por la intensa angustia que les produce la incongruencia entre su identidad de género y su sexo biológico. Otros, tienen menos dificultades para manejarlas o tienen grados variables de confusión respecto de su identidad y buscan herramientas para vivir mejor con esos sentimientos. Un porcentaje no menor acude directamente a clínicas especializadas para recibir el tratamiento de Reasignación de Sexo (RS).<sup>(17)</sup>

En la edad infantil, las familias suelen acudir motivadas porque ya han probado métodos fallidos para que el hijo pequeño asuma conductas de acuerdo a su género. En otros casos, la motivación principal de la familia es evitar que los hijos sean homosexuales o transexuales. Pocas veces se da el caso que la preocupación de la familia está centrada únicamente en el desarrollo emocional y social de los hijos, puesto que los padres han asumido genuinamente los sentimientos disfóricos del hijo.<sup>(20)</sup> Por todo lo anterior, la primera premisa a considerar cuando se aborda un caso de DG, es considerar y explorar las motivaciones que tienen el joven y su familia para acudir a consultar.

Por otra parte, ya que tanto las manifestaciones, como el pronóstico de la DG en niños y adolescentes son diferentes, las intervenciones en cada uno de estos grupos deben ser diferenciadas.<sup>(11)</sup> En este sentido, la *psicoeducación* es una intervención a utilizar desde un primer momento, permitiendo desarrollar objetivos y orientación a los padres de menores de 12 años que consultan por el significado y recomendaciones para cada etapa del desarrollo.

En la actualidad existen dos grandes equipos de investigadores ligados al desarrollo de estrategias de evaluación, diagnóstico y tratamiento de la DG. En Toronto, Canadá, el grupo liderado por Kenneth Zucker y Susan Bradley, ha puesto el acento de su trabajo en describir las trayectorias de desarrollo de los niños con DG y en desarrollar un modelo de intervención Biopsicosocial de la DG basado en el desarrollo.<sup>(21)</sup> Por otra parte, está el grupo liderado por Peggy T. Cohen-Kettenis en Ámsterdam, Holanda. Ellos han desarrollado un modelo de intervención multidisciplinario, que incluye intervenciones psicosociales y médico quirúrgicas, que se ha denominado el modelo Holandés.<sup>(17,22)</sup>

Ambos equipos han aunado esfuerzos para generar las normas de atención de salud para personas Transgénero (World Professional Association for Transgender Health,

## Revisión de Temas

2012)<sup>(20)</sup>, que en la actualidad propone un modelo integrado de intervenciones para la DG.

Se plantean tres fases del tratamiento:<sup>(17, 20, 22)</sup>

1. Evaluación Diagnóstica e intervenciones Psicológicas.
2. Tratamiento Médico: “Experiencia de Vida Real”.
3. Tratamiento quirúrgico: Reasignación de Sexo (RS).

Respecto del rol de los prestadores de salud mental y de las intervenciones psicoterapéuticas, éstas están conceptualizadas como transversales a todas las fases, con especial énfasis en la primera.

### **Evaluación Diagnóstica e Intervención Psicológica: Fase 1.**

Lo primero es la creación de una “relación de trabajo”, que consiste en la neutralidad que expresa el médico respecto del resultado de la evaluación. Para estimular que los jóvenes profundicen en sus sentimientos disfóricos, es importante que sientan la confianza y la postura no juzgadora de quien los evalúa.

La primera entrevista es realizada a padres y al adolescente en conjunto, para conocer aspectos generales del desarrollo y las motivaciones tanto de los padres como del adolescente. También se exploran la comprensión y aceptación que tienen los padres de las dificultades de identificación de su hijo/a.

A lo largo de la evaluación diagnóstica, el psiquiatra infantil evalúa elementos del desarrollo psicosexual del adolescente (sentimientos de género; las experiencias sexuales, atracción sexual, relaciones sexuales, las fantasías sexuales y la imagen corporal) y aspectos generales del funcionamiento psicológico (desarrollo intelectual, habilidades de afrontamiento, la psicopatología y la autoestima).<sup>(17, 22, 23)</sup>

Por último, la evaluación de la estructura y funcionamiento familiar es crucial, puesto

que se trata de pacientes que están en ese contexto durante todo el tratamiento y evaluación.<sup>(17,22)</sup>

El momento de la evaluación es un momento también para ir aclarando a la familia y al adolescente los aspectos que tienen que ver con la DG y la RS, y para dar a éstos una visión realista de las distintas técnicas de intervención psicológica, hormonal y quirúrgica de la DG. Un aspecto importante es el de la pérdida de la fertilidad. En el caso de adolescentes que acuden tardíamente, una vez ya pasada la pre pubertad, se les puede ofrecer la posibilidad de congelar esperma.<sup>(17,22)</sup>

Finalmente, la evaluación confirma o descarta la DG y permite tomar la decisión de que el joven continúe o no hacia las fases 2 y 3. El 25% de los pacientes derivados a clínicas especializadas, no cumplen con los criterios de DG.<sup>(24)</sup>

### **Intervenciones Psicológicas:**

Las intervenciones psicológicas se sugieren a los jóvenes que presentan disfunción familiar, comorbilidad psiquiátrica o bien a aquellos en que la evaluación psiquiátrica no es suficiente como para tomar la decisión de un tratamiento médico. Además, a todos quienes se les sugieren un tratamiento médico (hormonal) se les recomienda además una intervención psicológica.<sup>(17,22)</sup>

Las intervenciones pueden ir dirigidas tanto a aclarar la identidad de género en sí, como hacia la decisión de qué tratamiento de RS es el adecuado para cada adolescente.<sup>(17,22)</sup> La psicoterapia en DG no se plantea el desafío de cambiar la identidad de género del joven y hacerla congruente con el sexo biológico asignado, sino más bien, explorar los aspectos en conflicto respecto del género y aliviar los sentimientos disfóricos, ayudando con ello a mejorar el bienestar psicológico, la autoestima y la salud mental en general.<sup>(25)</sup>

Los adolescentes con DG suelen tener sentimientos de culpa hacia los padres, por no cumplir con las expectativas de éstos, así

como la dificultad de sobrellevar exclusiones sociales por ser diferentes a los pares. De la misma forma, un foco de la intervención psicológica puede ser la dificultad en la autopercepción, vergüenza, culpa y en los sentimientos de poca valoración personal.

Así como la terapia individual es indicada en ciertos casos en que es necesario explorar la disforia de género, sesiones de grupo con otros adolescentes con disforia de género se ha visto altamente provechosa, pues los adolescentes son capaces de intercambiar experiencias y formas de afrontamiento a sus sentimientos disfóricos o ante el juicio social.<sup>(17,22)</sup>

La experiencia de grupos especializados en tratamiento de la DG ha demostrado que la intervención psicológica en los adolescentes con DG es siempre beneficiosa, independiente del resultado final de la terapia (sea aceptar el sexo biológico o avanzar hacia la RS), pues les permite tener una visión realista de los efectos a corto y largo plazo de sus decisiones.

Otro de los objetivos de la terapia es evitar el aislamiento social que se produce como producto de la frustración al darse cuenta que deben esperar hasta los 18 años para la realización de una RS completa (quirúrgica), lo que produce un desfase respecto de las prácticas sexuales de pares de su misma edad.

A lo largo de la psicoterapia los adolescentes ponen en práctica sus habilidades para verbalizar los sentimientos respecto a sus propios cuerpos y ponen en perspectiva realista cuáles serán las características de sus cuerpos tras la cirugía, lo que significa, en la práctica, el duelo anticipado de las fantasías corporales de sus nuevos cuerpos tras la RS.<sup>(17, 22, 25)</sup>

### **Tratamientos Médicos: Fase 2, “Experiencia de Vida real”.**

En esta fase, se utilizan métodos farmacológicos, con el fin de que el adolescente

experimente ciertos cambios físicos y anatómicos, que le permitan experimentar la realidad de “estar” en un cuerpo del género deseado. Los métodos utilizados son la detención farmacológica de la pubertad y luego, la administración de hormonas del sexo deseado.

### **Supresión de la pubertad:**

Se han utilizado los análogos de las gonadotropinas hipofisarias GnRH, que actúan como un freno al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Estos tratamientos fueron inicialmente utilizados en la pubertad precoz y, lejos de ser un tratamiento definitivo, permiten suprimir temporalmente la aparición de los caracteres sexuales.<sup>(12, 17)</sup>

En la figura 3, se muestran los criterios de Elegibilidad para que se sugiera supresión de la pubertad a un adolescente.<sup>(8,14)</sup>

Se espera la barrera de los 12 años, habitualmente en estadio de Tanner 2 a 3, por varias razones. La primera es que los primeros cambios físicos presentes en los estadios 2 y 3 son aun reversibles con una terapia de supresión de la pubertad.<sup>(15)</sup> Por otra parte, se ha observado que la experiencia de la propia pubertad es central tanto en el diagnóstico como en el pronóstico de la DG: la mayor parte de las veces es al inicio de la pubertad cuando se aclara si la disforia persistirá o desistirá en la vida del adolescente.<sup>(12,17)</sup> Uno de los fármacos utilizados es el análogo de GnRH Tritorelin en dosis de 37,5 mg cada 4 semanas.<sup>(26)</sup>

La supresión de la pubertad es un tratamiento reversible, por lo que esta fase de tratamiento es también considerada una fase de diagnóstico avanzada, donde el adolescente se ajusta a un cuerpo sin cambios no deseados o bien, puede reconsiderar su decisión. Complementariamente, la fase de supresión de la pubertad permite disminuir los sentimientos de angustia ante los cambios puberales incipientes no deseados y mejora a corto plazo la calidad de vida.<sup>(12, 17, 22)</sup>

### **Figura 3.** Criterios de Elegibilidad para Supresión Hormonal de la Pubertad

- Edad  $\geq$  12 años.
- Desarrollo Puberal > Estadio 2 ó 3 de Tanner.
- Inicio precoz de la Disforia de Género.
- Disforia que se mantiene o incrementa entrada la pubertad.
- Ausencia de Comorbilidades que dificulten el tratamiento.
- Buen Soporte parental.
- Claridad respecto de los efectos del tratamiento.

Tratamiento con hormonas del sexo opuesto:

En países como Holanda, se ha puesto la barrera de los 16 años como el criterio para comenzar el tratamiento hormonal, pues la legislación permite que los jóvenes tomen determinaciones respecto de su propia salud, sin el consentimiento de los padres. Una vez comenzado el tratamiento hormonal, los caracteres sexuales del sexo deseado se hacen rápidamente evidentes para los demás, por lo que la mayor parte de los jóvenes en esta etapa del tratamiento ya viven el rol de género deseado.

La figuras 4 y 5 muestran los tratamientos hormonales utilizados para la feminización y masculinización, respectivamente, de adolescentes con DG.<sup>(11,17)</sup>

#### **Tratamientos quirúrgicos: Fase 3 de Reasignación de Sexo.**

A las jóvenes Trans se les realiza Mastectomía (si alcanzaron a tener desarrollo mamario), Histerectomía, Ooforectomía y Colpectomía (Vaginectomía). En los jóvenes trans, se realiza Penectomía parcial con Vaginoplastía e implantes mamarios.

#### COMENTARIOS FINALES

En este artículo se hace una revisión de los

aspectos más relevantes del concepto de Disforia de Género, sus repercusiones en el desarrollo y los métodos de abordaje terapéuticos con mayor evidencia.

En ese sentido, queda de manifiesto en nuestra realidad local, la brecha de atención y tratamiento especializado a los niños y adolescentes con DG. Sin lugar a dudas, el desarrollo de unidades especializadas en el tratamiento de estos menores constituye un desafío para los prestadores de Salud Mental en Chile.

#### REFERENCIAS

1. Almonte C. Desarrollo Psicosexual Normal y Perturbado. En: Almonte C, Montt ME. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Segunda edición. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo; 2012. p.79-94.
2. Almonte C. Trastornos del Desarrollo Psicosexual. En: Almonte C, Montt ME, Correa A. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Primera Edición. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo; 2003. p.306-322.
3. Tyson P, Tyson R. El Desarrollo de Género. En: Teorías Psicoanalíticas del Desarrollo: Una Integración. Lima, Perú: Publicaciones Psicoanalíticas; 2000. p.269-278.

**Figura 4.** Esquema Farmacológico utilizado para la Feminización

- Adolescente de sexo biológico Masculino > 16 años:
  - Estradiol en dosis iniciales de 5 µg/kg por día, incrementándose las dosis cada 6 meses
- Adolescente / Adulto > 18 años:
  - Estradiol en dosis de 2 mg/día

**Figura 5.** Esquema Farmacológico utilizado para la Masculinización

- Adolescente de sexo biológico Femenino > 16 años:
  - Esteres de Testosterona a dosis iniciales de 25 mg/m<sup>2</sup> por 2 semanas
- Adolescente / Adulto > 18 años:
  - Esteres de Testosterona a dosis de 250 mg por 3 a 4 semanas

4. Gender Dysphoria. En: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2013. p 451-459.
5. Stewart L. Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2012;51(9):957-974.
6. Leibowitz S, Spack N. The development of a gender identity psychosocial clinic: treatment issues, logistical considerations, interdisciplinary cooperation, and future initiatives. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America.* 2011; 20(4):701-724.
7. Drescher J, Byne W. Gender Dysphoric/Gender Variant (GD/GV) Children and Adolescents: Summarizing What We Know and What We Have Yet to Learn, *Journal of Homosexuality.* 2012; 59(3):501-510.
8. World Health Organization International statistical classification of diseases and related health problems (ICD): 10th Revision [Internet]. 2007. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
9. De Iceta M, Soler M A. Aproximación al abordaje psicológico y psiquiátrico de las variaciones en la identidad de género a raíz de los avances legales en su despatologización. *Aperturas Psicoanalíticas.* [internet]. 2014; 46. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000844&a=Aproximacion-al-abordaje-psicologico-y-psiquiatrico-de-las-variaciones-en-la-identidad-de-genero-a-raiz-de-los-avances-legales-en-su-despatologización>.
10. Bartlett NH, Vasey PL, Bukowski WM. Is gender identity disorder in children a mental disorder? *Sex Roles.* 2000; 43:753-85.
11. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarrevan de Waal HA, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.*

## Revisión de Temas

- 2009; 94 (9):3132–3154.
12. Kreukels B P, Cohen-Kettenis P T. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2011; 7: 466–472.
  13. Drummond K D, Bradley S J, Peterson-Badali M, Zucker K J. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev. Psychol.* 2008; 44: 34–45.
  14. Wallien M S, Cohen-Kettenis P T. Psychosexual outcome of gender dysphoric children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 2008; 47: 1413–1423.
  15. Steensma T D, Biemond R, De Boer F, Cohen-Kettenis P T. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clin. Child Psychol. Psychiatry.* 2011; 16(4):499–516.
  16. Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual. En: *DSM IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4th Edition. Barcelona, España: Masson; 1995. p.505-552.
  17. Cohen-Kettenis P T, Steensma T D, de Vries A L. Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America.* 2011; 20(4): 689-700.
  18. Grossman A H, D'Augelli, A R. Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide Life Threat. Behav.* 2007;37:527–537.
  19. Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, et al. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord.* 2010; 40:930–6.
  20. The World Professional Association for Transgender Health. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, 7ª versión. WPATH. [Internet]. 2011. Disponible en: [http://www.wpath.org/publications\\_standards.cfm](http://www.wpath.org/publications_standards.cfm).
  21. Zucker K, Wood H, Singh D, Bradley S. A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality.* 2012; 59:369–397.
  22. De Vries A, Cohen-Kettenis P. Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach, *Journal of Homosexuality.* 2012; 59(3): 301-320.
  23. Almonte C. Trastorno de la Identidad Sexual. En: Valdivia M, Condeza M. *Psiquiatría del Adolescente*. Primera Edición. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo; 2006. p.255-274.
  24. De Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, et al. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med.* 2011;8:2276-83.
  25. Fernández M, Guerra P, García-Vega E. La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2014; 34 (122): 317-335.
  26. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sex Med.* 2008; 5:1892-7.