

TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO

Dr. Lázaro Néstor Hernández Coterón, Dr. C. José Aquino Cias,
Dra. C. Neida Méndez Gómez, Dra. Lilian Rojas Zuasnabar

RESUMEN:

Exponemos los resultados de un estudio multidisciplinario en niños y adolescente atendidos en la consulta de Sexología de la Clínica del Adolescente por Trastorno de Identidad de Género con un seguimiento de los mismos hasta los 18 años de edad.

De 31444 pacientes atendidos en la Clínica en un periodo de 15 años, fueron remitidos a consulta de Sexología 1382 pacientes y de estos 249 fueron diagnosticados como un Trastorno de Identidad de Género, 241 del sexo masculino y 8 femeninos. Dos casos rechazaron su sexo morfológico de forma mantenida, siete de ellos el rechazo no fue persistente, el resto nunca manifestó rechazo a su sexo morfológico En los adolescentes 56 refirieron haber tenidos relaciones sexuales, con parejas de su mismo sexo (52 del sexo masculino y 3 del sexo femenino), una fémina refirió relaciones con ambos sexos. Asociado a esto presentaremos testimonios de estos pacientes y familiares en entrevistas grabadas en consulta.

Avalados por lo observación fenomenológica en la clínica, se propone una Clasificación diferente, que permite mayor claridad desde nuestra visión en el diagnostico y manejo de estos niños y niñas con este trastorno.

INTRODUCCIÓN

Enfrentar la evidencia de la vivencia de un comportamiento social no esperado según el sexo asignado a partir de su sexo morfológico desde edades tan tempranas como los 2 años de edad, se convierte en un problema de salud desde el mismo momento en que provoca malestar en la persona que la vivencia llegando a una gran angustia.(1), acompañada no en pocas ocasiones, de violencia, tanto física como psicológica, por parte de su familia, fundamentalmente de los padres, que también presentan un gran sufrimiento, padres que no tienen la menor comprensión de lo que está sucediendo con su hijo o su hija y se hacen una pregunta clásica en nuestra consulta, ' Por qué a nosotros', 'Qué hicimos mal', 'De quién es la culpa', 'Bueno y ahora que se hace', 'Hay alguna solución', 'Alguna esperanza'. En general no saben cómo enfrentarlo y muchas veces no tienen idea a dónde dirigirse, no aceptar su problemática, negarla son conductas

de las más comunes, y de ahí el tiempo de demora en que aparecen los síntomas a que asisten a la consulta. Este sentimiento que en 1973 se denominó Disforia de Género para señalar la insatisfacción resultante del conflicto entre la Identidad de Género y el sexo asignado (2) Comportamiento que desde siempre en el tiempo ha estado presente y recogido desde lo Mitológico (3) ha sido definido de manera diferente en distintos momentos por la comunidad científica. Creando pautas diagnósticas, que consideramos que en un inicio no reflejaban la realidad fenomenológica en su totalidad y así lo planteamos en diferentes eventos.

El Trastorno de la Identidad de Género en la Infancia, el cual como norma según la evolución a través del tiempo lo lleva al planteamiento de Trastorno de Identidad de Género en la Adolescencia y en base a esa misma evolución se llega o no a la Transexualidad, término que para grupos de personas que presentan este sentir de incongruencia no es correcto, señalando que se deben denominar Síndrome de Harry Benjamín, considerándolo un Estado de Intersexualidad Cerebral y así lo presenta en su página Web <http://www.lynnconway.com/> la cual es apoyada por importantes y renombrados especialistas que tratan a estas personas. Señalando que el primer paciente tratado de forma correcta fue por el Dr. Harry Benjamín en la década del 1940 luego de haber fracasado múltiples tratamientos de psiquiatría fue tratado hormonalmente y así mejoró, señalando luego lo observado en un libro (4).

Para nosotros más importante que el Término en si es la descripción fenomenológica de lo que vemos, y nos refieren sus padres, la edad en que comienza, su posible origen con predominio a nivel prenatal, Involucrando factores Genéticos Hormonales, Cerebrales, Neuroendocrinos e Inmunológicos fundamentalmente, y post natal, donde los factores sociales alcanzan una evidencia más marcadas. Apoyándonos para hacer estos señalamientos, en el cuadro clínico que observamos, edad en que se expresa por primera vez, cómo evoluciona el mismo, su comportamiento en el tiempo, que para nada es igual en todos los casos.

Este trabajo solo busca reflejar 15 años de nuestro Trabajo realizado en La Clínica del Adolescente con estas personas específicamente estos Niños, con los que tenemos el compromiso y el deber tanto para ellos como para sus padres de aliviar la gran angustia que causa el solo hecho de ser diferente.

Lo común en este tipo de personas y aceptado por los que trabajamos con ellas es la presencia de un malestar con su cuerpo físico específicamente con su sexo morfológico, no coincidiendo su sentir ,sexo psicológico, sexo cerebral con dicho sexo morfológico o

fenotípico, que le asigna a su vez un sexo social y con este un papel social que le es totalmente discordante con lo que genéricamente se sienten “ Una psique femenina atrapada en un cuerpo masculino ” Término este último acuñado por el abogado y teólogo Kart Hein Richs Ulrich en 1846, que como vemos para nada viene de la comunidad médica, pero que refleja de manera excelente lo que sentía esa persona ante su auto vivencia.

Este cuadro clínico se expresa desde muy temprana edad, mucho antes de la pubertad, y se acompaña de un intenso malestar y un marcado deseo de cambiar su sexo social, Genérico Hormonal, y Morfológico,

Así señalaban las pautas para el diagnóstico desde 1973, que N.Fisk definió como Disforia de Género, pero para muchos profesionales que trabajamos esta temática a partir de lo observado fenomenológicamente tiempo atrás comenzamos a plantear que estas pautas no reflejaban totalmente la realidad, en nuestro caso lo hicimos por primera vez el 18 de Noviembre de 1994 en el VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual I Congreso Cubano de Educación Sexual, señalando que esta clasificación dejaba fuera a muchas personas que presentaban síntomas similares con gran malestar con sufrimiento importante para ellos y sus padres, sin presentar rechazo a su sexo morfológico, ni deseo de modificarlo. En el momento actual estas pautas han sido modificadas, flexibilizándose y aceptándose más esta realidad, creándose nuevos términos como Transgénero y Transgenerismo. El que para muchos se ha convertido en un gran saco que ha dejado de reflejar la verdad.

El Trastorno de Identidad de Género en Niños desde nuestra visión dada por la práctica del trabajo con ellos coincide con lo señalado por Meyer y citamos: “ Los TIG en niños y adolescentes son entidades muy complejas. El resultado de estos cuadros es variable e incierto pero al final solo unos pocos serán Transexuales ” Meyer et al, 2001.

Lo observado por los autores del trabajo que presentamos, se explican en los resultados.

OBJETIVOS:

Evaluar y clasificar los niños y niñas remitidos a consulta externa de Sexología por Trastorno de Identidad de Género.

MATERIAL Y METODO:

Se estudiaron los casos que fueron remitidos de las diferentes consultas de psiquiatría infanto-juvenil de la Clínica del Adolescente a la consulta de Sexología, 1382 en total se añadieron los que venían del área de salud y de centros educacionales incluyendo círculos infantiles, los mismo previo a llegar a dicha consulta especializada eran recibidos por un

clasificador que evaluaba los casos antes de enviarse a consulta especializada de sexología, en la misma a estos pacientes se le realizaba una encuesta diagnóstica preparada para este diagnóstico, la misma se anexa en este trabajo. En un periodo de 15 años aceptamos y evaluamos 249 casos que mostraron manifestaciones clínicas compatibles con Trastorno de Identidad de Género, se confeccionó un protocolo de investigación, en el que se incluyó además de la encuesta, entrevistas a niños y niñas, sus familiares, examen clínico, exámenes para clínicos como fueron estudios hormonales (Testosterona, FSH, LH, Prolactina) electroencefalograma convencional y cuantitativo (mapeo cerebral), estudios genéticos incluyendo estudio cromosómico.

La experiencia de 15 años de trabajo nos permitió proponer la siguiente clasificación clínica en niños y niñas con Trastorno de Identidad de Género, la cual aplicamos en el momento actual en la consulta especializada de sexología de la Clínica del Adolescente.

La clasificación empleada la mostramos a continuación.

Tabla I Propuesta Clasificatoria, Dr. Lázaro Hernández Coterón

Cuadros	Inicio	Criterios	Tiempo	Evolución	Expresión	Cambios
TIG TDS	<u>Infancia</u>	Con rechazo a su sexo morfológico	Mantenido	Transexualismo	Tipo I	<ul style="list-style-type: none"> • Reasignación de genero. • Reasignación Social • Reasignación Hormonal. • Reasignación Quirúrgica.
	<u>Adolescencia</u>		No Mantenido		Tipo II	<ul style="list-style-type: none"> • Reasignación de genero. • Reasignación Social • Reasignación Hormonal. • No quirúrgica
	<u>Adultos</u>					
		Sin rechazo a su sexo morfológico	Mantenido		Tipo III	Diferentes variantes de la sexualidad normal

RESULTADOS:

En nuestra práctica médica vemos que existen tres formas de presentarse a consulta estos niños, lo mostramos a continuación.

Tipo I: Desde mas menos los dos o tres años comienza a decirle a su madre en el caso del varón que es una hembra y que desea tener un pipi de hembra, pues el que tiene no le gusta y quisiera que su madre se lo quitara con la tijera o el cuchillo, que desea ser vestido como hembra, llora y sufre cuando tiene que pelarse, cortarse las uñas, entra en la tienda y solo tiene ojos para la ropa infantil de niña al igual que para los juguetes de estas, tratan de esconder su ´pipi´ señalando ´Viste ya el mío es igual al tuyo, así que cuando yo sea grande yo voy a ser una mujer igual que tu´. En los casos Tipo I observamos un rechazo al sexo morfológico mantenido todo el tiempo, pasando por la adolescencia y llegando a la adultez joven sin ningún cambio en sus expresiones, buscando la reasignación Genérica, Social, Hormonal, y Quirúrgica. Este es el comportamiento clásico que de un inicio se señalo para hacer el diagnostico por los diferentes manuales. (5).En nuestra muestra encontramos de este tipo dos varones a hembra

Tipo II: El comienzo es igual antes de los 5 años generalmente entre los dos o tres años la sintomatología es la misma, el rechazo al sexo morfológico está presente pero el mismo no se mantiene a lo largo de su evolución y solo solicita determinadas reasignaciones como la Genérica, la Social, la Hormonal, pero nunca la Quirúrgica. En este tipo 7 casos 5 niños de varón a hembra y 2 niñas de hembra a varón.

Tipo III: El comienzo aquí cambia , es generalmente antes de los 7 años, comienza más tarde su sintomatología generalmente entre los 6 o 7 años, es menos intensa, no está nunca presente el rechazo al sexo morfológico, desea solo algunos atributos estereotipados como femeninos, los cuales en el momento actual lo señalan como parte de la moda, su gestos son femeninos y su Identificación es con el mundo femenino, en la adolescencia se mantiene esta características y generalmente desarrollan un Patrón Sexual dentro de la Diversidad Sexual , elegido libremente por ellos. En nuestra muestra este tipo de niños y niñas al alcanzar la Adolescencia sus primeras experiencias sexuales son de tipo Homosexual y luego desarrollan en más del 93 % de los mismos un Patrón Sexual de tipo Homosexual (Vea comportamiento sexual en grafico I y II). Aquí se agrupan 240 niños y niñas.

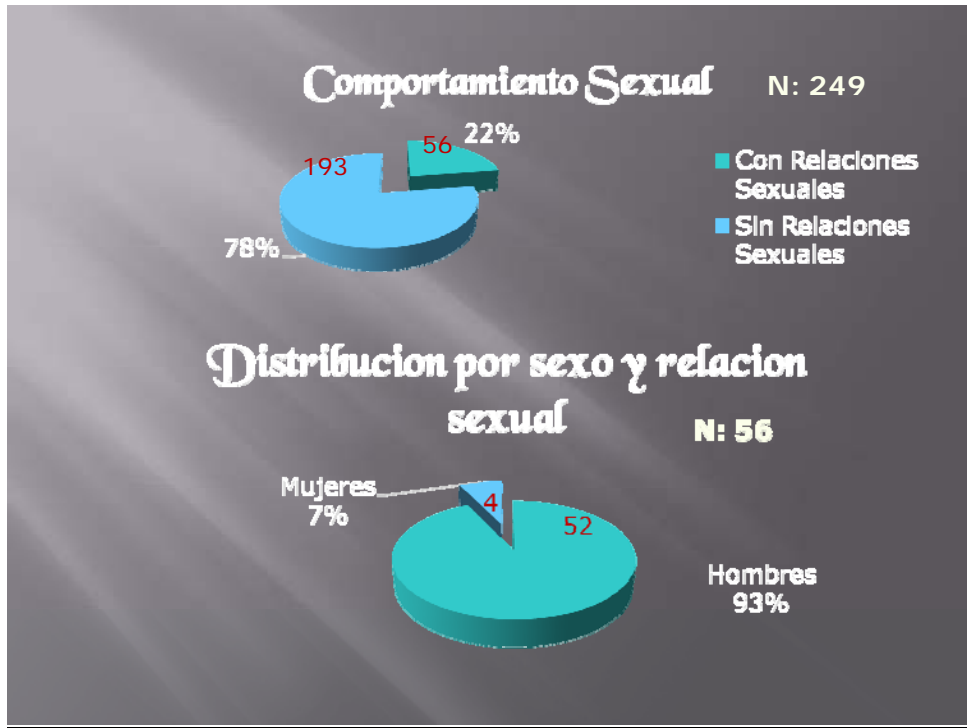


GRAFICO I

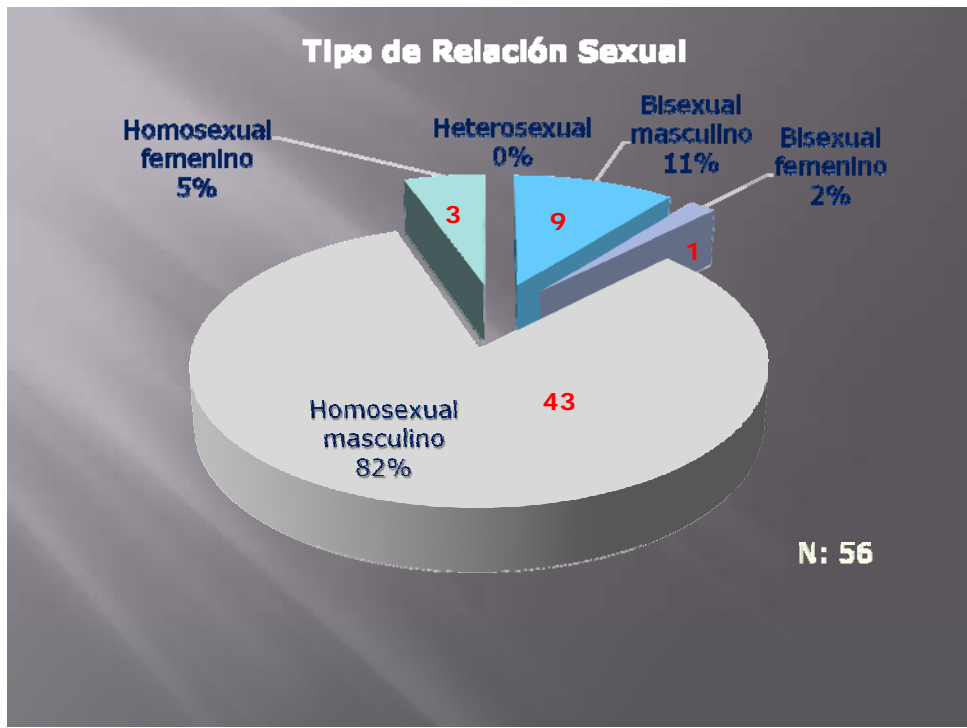


GRAFICO II

DISCUSIÓN:

En el Tipo I consideramos que el factor Genético y su accionar a través de las Hormonas en alguna parte del cerebro, es preponderante, lo cual marca al individuo para toda su vida, sin que la acción social logre modificar su sentir, a pesar del alto precio que paga por la no aceptación y violación de lo esperado en su conducta acorde a la asignada socialmente a partir de su sexo morfológico. Siendo objeto de rechazo y maltrato desde el propio hogar, objeto de violencia psicológica y no en pocas ocasiones de violencia física, además de ser un factor causal favorecedor de divorcios como resultante de este sentir en estos niños, no siendo la ruptura matrimonial el factor facilitador de este sentir y de esta conducta, por el contrario es una resultante, según nuestra experiencia. Para muchos autores no es más que una forma de Intersexualidad cerebral, esto no es totalmente apoyado por los diferentes especialistas que laboran esta área de la salud.

En el Tipo II, consideramos que el factor genético está también presente y con él la impregnación hormonal, sin embargo el factor social acá es mucho más importante, pues hace que esta persona aun en contra de su voluntad replique lo esperado de manera estereotipada por la sociedad, aunque en no pocas ocasiones se esconden en el hogar y se Travisten, para así satisfacer este intenso deseo.

En el Tipo III, el factor social es preponderante, y con ello los factores educativos, conflictos en el hogar generalmente están presentes.

Esta manera de agrupar lo observado fenomenológicamente nos hace pensar que facilitaría la creación de pautas para el manejo de estos niños y niñas, pues de todos es conocidos que existen pautas bien definidas para la atención de estas personas a partir de los 16 años y que desde la creación en 1979 la Asociación Internacional de Disforia de Genero Harry Benjamín HBGDA, por sus siglas en ingles en las que se establecieron los estándares de cuidado y asistencia, revisados periódicamente, constituyendo una guía de actuación aceptada internacionalmente para la atención de estas personas (hoy llamada Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero, WPATH por sus siglas en ingles)(6), cada año dicta las mismas, pero hasta esta edad, en estos casos quien responde a estos padres y con qué pautas contamos. Quiero señalar que existe un grupo de especialistas que consideran a esta problemática como resultado de una enfermedad psiquiátrica, planteando que forma parte de los Desordenes de la Integridad (BID Body Integrity Identity Disorders), señalando que es el deseo irresistible en el individuo de amputar partes de su cuerpo sano, siendo el deseo de la amputación imprescindible para su diagnostico(7). En el momento actual y desde el 2007 se realiza un estudio muy

profundo liderado por el Dr. First para ser recogido en la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su V edición

CONCLUSIONES:

Para nuestro grupo de trabajo el factor edad de comienzo de la expresión de este sentir, de cómo se vivencia, es el más importante, sobre todo como factor etiológico, pronóstico e indicador evolutivo, así como para un Diagnóstico futuro más objetivo.

Ratificamos dada la experiencia en la práctica con estos casos que el inicio de las manifestaciones de Trastorno de Identidad de Género se expresa en edades muy tempranas, aun antes de los cuatro años de edad.

No podemos aun señalar una sola causa como origen de este sentir, consideramos que se vinculan factores genéticos, neuroendocrinos, inmunológicos, y psicosociales en las causas de esta expresión.

RECOMENDACIONES:

Continuar en la búsqueda de un marcador biológico que contribuya un diagnóstico certero, seguro, precoz, que permita un proceder a favor de ese niño desde las edades más tempranas posibles, en que podamos comenzar un proceso de reasignación que nunca sería de ningún modo irreversible,(es decir la quirúrgica) pero si puede ser de inicio genérica y social.

Se deben crear pautas para la atención de estos niños y niñas, no esperando a la edad de 16 años para iniciar su atención.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) (Megeri D, Khoosal D. Anxiety and Depresión in Males Experiencing Gender Dysphoria. Sexual and Relationship Therapy, Vol. 22 (1) february 2007.
- 2) (Disforia de Genero sexología integral 2007, 4(2) 83' 88 J Díaz Morfa.
- 3) (Bullough V, Bullough B, Cross Dressing sex and Gender. Philadelphia University of Pennsylvania Press, 1993).
- 4) (The Transsexual Phenomenon Benjamin H. The Transsexual Phenomenon. New Cork, Julian Press, 1996).
- 5) 1980 DSMIII (Diagnostical and Statical Manual of Mental Disorders, Tercera edición, 1994. Revisión Diagnostical and Statical Manual of Mental Disorders,
- 6) Castro Espín, Mariela 2008 La Transexualidad en Cuba, Editorial CENESEX.