

## Unidad Navarra de Transexuales e Intersexos: atención a la disforia de género en población infantil y adolescente

### *Transexualen eta sexu artekoen nafarroako unitatea: genero disforiaren arreta haur eta nerabeen artean*

V. Basterra-Gortari

Unidad Navarra de Transexuales e Intersexos del Complejo Hospitalario de Navarra

La transexualidad (actualmente denominada *disforia de género* en el DSM-5) es aquella condición, que presentan algunas personas, en la que existe una identificación acusada y mantenida con el otro sexo, que se acompaña de un malestar persistente con el propio sexo y un sentimiento de inadecuación con el rol de género. Esta situación suele generar malestar psicológico y puede ocasionar alteraciones en diversas áreas de funcionamiento (social, familiar, educativo, personal). El deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto puede acompañarse del deseo de modificar, con hormonoterapia y/o cirugía, el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con la identidad de género<sup>(1,2)</sup>. Para llevar a cabo dicho cambio físico es necesario un abordaje médico multidisciplinar que incluye el tratamiento hormonal y/o quirúrgico.

No obstante, a pesar del reconocimiento de la transexualidad como entidad clínica que debe ser atendida de forma interdisciplinar, la implementación de la atención sanitaria institucional, en igualdad con otras realidades clínicas, dista mucho de haberse generalizado en España<sup>(3)</sup>. Tanto en Navarra como en País Vasco se han creado unidades específicas de atención a la transexualidad y se han aprobado leyes de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento a los derechos de las personas transexuales<sup>(4,5)</sup>. Ambas leyes reconocen el derecho de las personas transexuales a recibir de la Administración una atención integral y adecuada a sus necesidades médicas, psicológicas, jurídicas, sociales, laborales y educativas conforme a su identidad de género.

La etiología de la disforia de género en la actualidad es desconocida; se considera que pueden influir factores neurobiológicos, genéticos y psicosociales. La disforia de género puede darse en personas en edad adulta, en edad adolescente y en edad infantil. En la actualidad se observa, a nivel mundial, un incremento en la demanda de atención en las unidades de disforia de género.

La persistencia de la disforia de género en niños es variable e incierta, y actualmente los estudios señalan que en una minoría de ellos persistirá la disforia en la vida adulta.

En este sentido, conviene discernir entre los niños en etapa prepuberal y postpuberal. En la etapa prepuberal, los estudios de seguimiento prospectivos y retrospectivos reportan una persistencia de la disforia de género en la edad adulta entre el 12-27% de los casos<sup>(6,7)</sup>. Este dato contrasta con el hecho de que la disforia de género raramente cambia o desaparece en aquellos adolescentes cuya disforia de género comenzó en la infancia y se ha mantenido estable tras la pubertad<sup>(8,9)</sup>.

En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, la atención clínica a las personas con disforia de género se está llevando a cabo en la UNATI (Unidad Navarra de Transexuales e Intersexos) desde abril de 2011. Esta Unidad pertenece al Servicio de Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario de Navarra y da atención diferenciada a población adulta de población infanto-juvenil. La atención sanitaria se lleva a cabo en el centro de consultas especializadas "Príncipe de Viana". En el caso de población menor de 16 años la derivación a este recurso se hace a través del pediatra de referencia del menor, si bien algunos casos están siendo derivados desde otros servicios (Centro de atención a la mujer, Endocrinología o Salud Mental).

El abordaje del tratamiento que se aplica en la UNATI se basa en las recomendaciones sobre los estándares de cuidados de las personas transexuales establecidos por la *World Professional Association Transgender Health*<sup>(10)</sup>. Se trata de un abordaje multidisciplinar tanto de la identidad de género como del funcionamiento general del menor. A lo largo de todo el proceso, es fundamental establecer el funcionamiento emocional y cognitivo del menor. La primera entrevista se realiza únicamente con los progenitores o tutores legales para realizar una acogida individualizada del caso y se informa del sistema de funcionamiento de la UNATI. Posteriormente, y ya con el menor presente, se comienza la evaluación por parte del equipo de salud mental (psicóloga clínica y psiquiatra de manera conjunta), quienes realizan un proceso diagnóstico para confirmar la presencia de criterios diagnósticos DSM-5<sup>(1)</sup> (ver tabla I) y CIE-10<sup>(2)</sup> de Disforia de Género. Durante

TABLA I. CRITERIOS DSM-5 DE DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA (COLUMNA IZQUIERDA) Y EN LA ADOLESCENCIA (COLUMNA DERECHA).

CRITERIOS DSM-5 DE DISFORIA DE GÉNERO EN LA	
INFANCIA	ADOLESCENCIA
<p>A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de 6 meses, manifestada por un mínimo de 6 de las características siguientes (debe incluir el criterio A1):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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).</li> <li>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.</li> <li>3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.</li> <li>4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.</li> <li>5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.</li> <li>6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos o actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos o actividades típicamente femeninos.</li> <li>7. Un marcado disgusto por la propia anatomía sexual.</li> <li>8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto 1<sup>arios</sup> como 2<sup>rios</sup>, correspondientes al sexo que se siente.</li> </ol> <p>B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p><i>Especificar si:</i> con un trastorno de desarrollo sexual.</p>	<p>A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de 6 meses, manifestada por un mínimo de 2 de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales 1<sup>arios</sup> o 2<sup>rios</sup> (en adolescentes jóvenes, los caracteres 2<sup>rios</sup> previstos).</li> <li>2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres propios 1<sup>arios</sup> o 2<sup>rios</sup>, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o expresa (en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres 2<sup>rios</sup> previstos).</li> <li>3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto 1<sup>arios</sup> como 2<sup>rios</sup> correspondientes al sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).</li> <li>4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).</li> <li>5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).</li> <li>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).</li> </ol> <p>B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p><i>Especificar si:</i> con un trastorno de desarrollo sexual postransición.</p>

este abordaje desde la salud mental los objetivos de la intervención son: ayudar a alcanzar el máximo confort personal, maximizar el estado de salud, el bienestar psicológico y la máxima auto-plenitud. En algunos casos, puede existir comorbilidad psiquiátrica; aunque esto no tiene por qué suponer un criterio de exclusión del programa de reasignación sexual. Asimismo, la población infanto-juvenil con disforia de género es evaluada por el Servicio de Endocrinología para estudiar la situación física, los beneficios y riesgos que el tratamiento hormonal puede conllevar en su caso, y el cumplimiento de criterios de elegibilidad e idoneidad para iniciar el tratamiento.

Una vez que la persona ha sido aceptada para iniciar el proceso de reasignación de sexo, el abordaje terapéutico se basa en la terapia triádica: 1) la experiencia en vida real en el rol deseado: es una fase que suele ser prolongada en el caso de población infanto-juvenil en la que la persona transexual va adoptando, en

la vida cotidiana y de forma plena, el rol del nuevo género; 2) la hormonoterapia: puede haber 2 fases de tratamiento según la edad y desarrollo puberal del menor. La fase inicial (generalmente a partir de los 11 años de edad) de bloqueo hormonal una vez el usuario alcanza el estadio de desarrollo sexual de Tanner II; y una segunda fase (habitualmente hacia los 15-16 años de edad) en la que se realiza la terapia hormonal cruzada; y 3) el tratamiento quirúrgico enfocado a cambiar los genitales así como otras características sexuales: este tratamiento suele realizarse habitualmente una vez que el menor haya alcanzado la mayoría de edad; si bien algunos autores señalan que la mastectomía se podría realizar antes de los 18 años siempre y cuando se haya estado 1 año con tratamiento hormonal cruzado.

El abordaje terapéutico anteriormente descrito difiere de si el usuario es un transexual masculino (persona biológicamente mujer que tiene una identidad sexual masculina y socialmente adopta el rol masculino) o una

transexual femenina (persona biológicamente varón que tiene una identidad sexual femenina y socialmente adopta el rol femenino). En lo referente al tratamiento de hormonación para el sexo deseado, se suelen administrar análogos de la GnRH para el bloqueo hormonal y posteriormente los transexuales masculinos realizarán un tratamiento hormonal masculinizante (principalmente testosterona) mientras que las transexuales femeninas realizarán un tratamiento hormonal feminizante (antiandrogenización y estrogenización). En cuanto al tratamiento quirúrgico enfocado a cambiar los genitales así como otras características sexuales, los transexuales masculinos se podrán someter a diversas cirugías extirpativas (mastectomía, histerectomía y doble aneختomía) y/o de reasignación (metaidioplastia y/o faloplastia) y las transexuales femeninas se someterán a diferentes operaciones extirpativas (penectomía y orquiectomía) y/o de reasignación (mamoplastia, vaginoplastia, cliteroplastia, labioplastia).

En población infanto-juvenil resulta fundamental para el apoyo en el entorno social y familiar del menor. Se sabe que un buen soporte sociofamiliar mejora a corto, medio y largo plazo, el funcionamiento psicoemocional de la persona con disforia de género. Por ello, durante el abordaje de la disforia de género tratamos de coordinarnos con el centro académico para asegurar la integración del menor y manejar situaciones de transfobia (conducta discriminatoria o intolerante hacia las personas transgénero) en caso de que se produzcan. Un pilar fundamente en el abordaje de la disforia de género es la familia del menor. Se ha descrito que tener un hijo con disforia de género puede suponer inicialmente un impacto en el ámbito familiar y es importante dar soporte e información para ayudar a comprender la situación de disforia del menor y así conseguir la implicación de las familias en el proceso de cambio<sup>(11)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
2. World Health Organization multiaxial version of ICD-10. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Esteva I, Gómez-Gil E, Almaraz MC, Martínez-Tudela J, Bergero T, Oliveira G, et al. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(3): 203-9.
4. LEY FORAL 12/2009, de 19 de noviembre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales. Navarra, BON N.º 147 de 30 de noviembre de 2009.
5. LEY 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales. País Vasco, BOPV N°132 de 6 de julio de 2012.
6. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child*. 2008; 47: 1413-23.
7. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol*. 2008; 44: 34-45.
8. De Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex*. 2012; 59: 301-20.
9. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel FH, Diamond DA. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*. 2012; 129: 418-25.
10. The World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People Version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2011; 13: 165-232.
11. Dierckx M, Motmans J, Mortelmans D, T'sjoen G. Families in transition: A literature review. *Int Rev Psychiatry*. 2016; 28: 36-43.