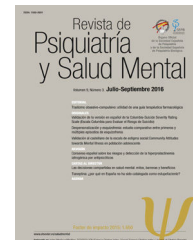




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia



Isabel Sánchez Lorenzo^{a,*}, Juan José Mora Mesa^b y Olga Oviedo de Lúcas^a

^a Unidad de Salud Mental de Navalmoral de la Mata, Navalmoral de la Mata, Cáceres, España

^b Unidad de Salud Mental de Coria, Coria, Cáceres, España

Recibido el 5 de marzo de 2015; aceptado el 23 de abril de 2015

Disponible en Internet el 6 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Disforia de género;
Transexualidad;
Guía práctica;
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V

Resumen

Introducción: En la literatura científica, el término disforia de género se utiliza para definir la percepción de rechazo que tiene una persona respecto al hecho de ser hombre o mujer. En niños y adolescentes la disforia de identidad de género es una entidad clínica compleja, que requiere una correcta respuesta a la demanda que expone el paciente, y cuyo resultado es variable e incierto, pues solo unos pocos casos serán transexuales en la vida adulta.

Objetivos:

- Revisar el estado actual de la etiología y prevalencia, los Protocolos Españoles de Atención Sanitaria, los criterios DSM-v y CIE-10, y los estándares internacionales.
- Intervención psicomédica en menores de 18 años.

Metodología:

- Revisión bibliográfica: bases de datos PubMed y UpToDate.
- Exposición de un caso clínico en la adolescencia mujer > hombre.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isasanchezlorenzo@gmail.com (I. Sánchez Lorenzo).

Resultados y conclusiones:

- Se ha comprobado el impacto hormonal sobre la etiología de la disforia de identidad de género y la infraestimación de su prevalencia.
- Relevancia de los criterios diagnósticos del DSM-V, que incluyen la sustitución del término «trastorno de identidad de género» por «disforia de identidad de género», y con ello, la eliminación parcial de la anterior patologización.
- La séptima edición de los estándares internacionales de la World Professional Association for Transgender Health resalta el papel del psicoterapeuta en el asesoramiento durante el camino hacia la transición.
- La Guía Española 2012 se distingue por su riqueza en los detalles y explicaciones, con lenguaje dirigido a los diferentes profesionales.
- La disforia de identidad de género debe ser atendida por un equipo multidisciplinar en el que el psicoterapeuta debe ser experto en psicopatología del desarrollo y evaluar problemas emocionales y de comportamiento.

© 2015 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Gender dysphoria;
Transsexuality;
Practical guide;
Diagnostic and
Statistical Manual of
Mental Disorders V;
Treatment

Psychomedical care in gender identity dysphoria during adolescence**Abstract**

Introduction: In the clinical literature, the term gender dysphoria is used to define the perception of rejection that a person has to the fact of being male or female. In children and adolescents, gender identity dysphoria is a complex clinical entity. The result of entity is variable and uncertain, but in the end only a few will be transsexuals in adulthood.

Objectives:

- To review the current status of the etiology and prevalence, Spanish health care protocols, DSM-V, ICD-10 and international standards.
- Psychomedical intervention in under 18 year-olds.

Methodology:

- A review of PubMed and UpToDate databases.
- Presentation of a clinical case in adolescence woman > man.

Results and conclusions:

- There is evidence of a hormonal impact on the etiology of gender identity dysphoria and an underestimation of its prevalence.
- Relevance to DSM-V, including the replacement of the term «gender identity disorder» by «dysphoria gender identity», and thus the partial removal of the previous disease connotation.
- The seventh edition of the international standards World Professional Association for Transgender Health highlight the role of the therapist for advice on the way to the transition.
- The Spanish 2012 guide stands out for its wealth of details and explanations, with a language targeted at different professionals.
- Dysphoria gender identity must be studied by a multidisciplinary team, in which the psychotherapist must be expert in developmental psychopathology and evaluate emotional and behavioral problems.

© 2015 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La transexualidad no es un fenómeno actual, existe desde muy antiguo y en diferentes culturas. El término transexual empieza a utilizarse en 1940 para denominar a los individuos que desean vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto, existiendo, pues, una incongruencia entre el

sexo con el que nacieron y el sexo al que sienten pertenecer. El sentimiento de pertenecer a un determinado sexo, biológica y psicológicamente, se llama identidad de género o de sexo.

En 1973 se propone el término de síndrome de disforia de género, que incluye el transexualismo, pero también otros trastornos de identidad de género. Disforia de género es

el término utilizado para designar la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado¹.

En 1980 aparece el transexualismo como diagnóstico en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-III. En la siguiente revisión de este manual (DSM-IV), en 1994, el término transexualismo es abandonado, y en su lugar se usa el término trastorno de identidad de género². La International Classification of Diseases (CIE)-10 señala 5 formas de trastorno de identidad de género, y el término transexualismo (F64.0) vuelve a usarse para designar a una de ellas³.

En el DSM-V este término es sustituido por el de disforia de identidad de género (DIG), contribuyendo así a la despatologización en general de esta entidad⁴.

La atención a personas con DIG implica asegurar una correcta respuesta a la demanda que expone el paciente. La atención a menores bajo esta condición añade características diferenciales que influirán en la exploración y el abordaje posterior. Según diversos estudios la identidad sexual aparece entre los 2 y los 3 años de edad. En niños y adolescentes, la DIG es una entidad muy compleja. Se pueden presuponer dificultades en cuanto a la habilidad para expresar su estado, en muchas ocasiones con base en el discurso subjetivo de los padres o tutores responsables de su cuidado. El resultado de estos cuadros es variable e incierto, pero al final solo unos pocos serán transexuales. Al ser el menor un sujeto en desarrollo, se presupone que todo en lo que está inmerso es inmaduro, inestable o cambiante⁵. El profesional que recibe un caso de este tipo debe, por un lado, ofrecer un diagnóstico seguro que confirme la situación en la que se encuentra el menor, y por otro, dar seguridad a la familia, de manera que ese diagnóstico sea veraz y se mantenga en el tiempo.

Objetivos

Los manuales de clasificación diagnóstica son uno de los instrumentos utilizados como guías para realizar el proceso de diagnóstico previo a la intervención terapéutica. El objetivo del presente artículo es describir, analizar y reflexionar sobre el diagnóstico de la DIG a través de las distintas versiones de estos manuales, prestando especial atención al abordaje en la infancia y adolescencia.

Metodología

- Revisión bibliográfica utilizando la bases de datos de PubMed y UpToDate.
- Presentación de un caso en la adolescencia (mujer > hombre).

Resultados

Etiología

El origen de la DIG ha sido objeto de diversas teorías. Aún no se ha descrito ninguna alteración del sexo genético, y el cariotipo es el que corresponde al sexo biológico. Sabemos que existe un gen responsable de que la gónada

indiferenciada se convierta en testículo (si está presente) o en ovario (si está ausente). Se han demostrado diferencias en ciertas estructuras cerebrales entre personas de diferente orientación sexual. La transexualidad podría originarse durante la etapa fetal: una alteración hace que el cerebro se impregne hormonalmente con una sexualidad distinta a la genital. Pero, además, diversas influencias ambientales en periodos críticos del desarrollo, como el embarazo, la infancia o la pubertad, pueden influir en la conducta y la orientación sexual. El estrés prenatal, la relación materno-filial de las primeras etapas de la vida, influencias familiares o abusos sexuales durante la infancia o la pubertad pueden determinar la conducta sexual adulta. Por tanto, bastantes datos apoyan que la orientación y la identidad sexual pueden tener un sustrato biológico (genético, cerebral, hormonal) sobre el que inciden determinadas influencias ambientales, sociales y familiares durante los llamados «periodos sensibles» de la vida para conformar la orientación y la identidad sexual definitivas del adulto¹. Así, la DIG podría desarrollarse como resultado de una interacción alterada entre factores genéticos, el desarrollo cerebral y la acción de hormonas sexuales. Esto se ha puesto de manifiesto en varios estudios científicos⁶, aunque aún se requiere una confirmación estadística, dado que el número de estudios realizados es insuficiente (hipótesis de que la etiología de la DIG se basa en una diferenciación sexual neurobiológica)⁷.

Epidemiología

Se carece de estudios epidemiológicos formales sobre la no conformidad de género. La estimación precisa de la prevalencia se ve obstaculizada por el estigma social de no conformidad de género y la falta de una definición estandarizada. Las estimaciones varían ampliamente dependiendo de la definición y de la población estudiada^{1,8}.

En la revisión de las investigaciones disponibles se destacan 2 puntos clave: 1) el número de niños y adolescentes que acuden a las clínicas multidisciplinarias para la evaluación y gestión de los problemas de identidad de género es cada vez mayor, y 2) mientras que muchos niños y adolescentes a veces se comportan como el sexo opuesto, un número significativamente menor de ellos pasarán a desear la transición física o social para el sexo opuesto en la adolescencia o la edad adulta.

Atención sanitaria en España: protocolos, guías y criterios diagnósticos

El 28 de septiembre de 2011 el Parlamento Europeo aprobó un texto sobre la orientación sexual y la identidad de género que obliga a todos los estados miembros, declarando en el punto 13 que la UE: «Condena con la máxima firmeza el hecho de que en algunos países, incluso en el seno de la UE, todavía se perciba la homosexualidad, la bisexualidad o la transexualidad como una enfermedad mental, y pide a los diferentes Estados que luchen contra este fenómeno: pide, en particular, la despsiquiatrización de la vivencia transexual y transgénero, la libre elección del equipo encargado del tratamiento, la simplificación del cambio de identidad y la cobertura por parte de la seguridad social»⁹.

Nos encaminamos hacia un progreso sustancial que requiere la reformulación de los estándares o protocolos españoles de atención a personas con DIG bajo numerosos aspectos, incluyendo la despatologización en general de la DIG, que ya ha sido aprobada por diferentes parlamentos europeos, como el de España (15/03/2010) y los de algunas de sus comunidades autónomas.

Son relevantes los criterios diagnósticos de la quinta edición del DSM, que incluyen la sustitución del término «trastorno de identidad de género» por disforia de identidad de género», y con ello admiten la eliminación parcial de la anterior patologización mental^{4,10}.

En la sección F64 de la CIE-10 se aplica casi lo mismo, aunque no queda claro en qué nuevo contexto se encontrará la DIG tras su descatalogación como trastorno mental¹⁰.

En septiembre de 2011 fue presentada la séptima edición de los Estándares de Cuidado de la World Professional Association for Transgender Health. Se trata de unos estándares asistenciales para la atención en la salud de las personas transexuales, transgénero y con disconformidad de género, e incluyen un capítulo específico dedicado a la atención y al tratamiento de niños y adolescentes con DIG. Aunque la psicoterapia desaparece como un criterio de elegibilidad, resaltan el hecho de que el psiquiatra o psicólogo clínico, aparte del diagnóstico, se dedique al asesoramiento de su paciente para facilitarle lo más posible su camino durante la transición. Los estándares internacionales recomiendan:

- Una evaluación positiva de la DIG que permita confirmar la elegibilidad para la terapia con hormonas, junto con el consentimiento del paciente, todo en una carta dirigida al especialista en endocrinología, solicitándose, asimismo, confirmación telefónica del especialista mental si este no formara parte de un equipo multidisciplinar del mismo hospital.
- No se requiere un periodo de experiencia de vida real, término completamente eliminado de los Estándares de Cuidado en su séptima versión (la sexta requería haber vivido 3 meses en el rol opuesto deseado [experiencia de vida real] o haber experimentado 3 meses de psicoterapia antes de la administración de hormonas, además del diagnóstico y reconocimiento del especialista clínico); el tratamiento hormonal es solamente un criterio recomendable, pero no de obligado cumplimiento. Para la cirugía de reasignación de sexo se requería haber vivido un año en el rol del sexo deseado, aparte de la recomendación del especialista mental¹¹.
- La elegibilidad para el acceso a las cirugías relativamente menores (mastectomía o mamoplastia) requiere: documentación que acredite DIG persistente, capacidad del paciente para tomar decisiones informadas, edad mínima y, si existieran psicopatologías concomitantes, que estén bien controladas. En el caso de la mamoplastia se requiere al menos 12 meses de terapia hormonal para que se puedan desarrollar suficientemente las mamas.
- Para las cirugías de reasignación de sexo hay diferentes requisitos dependiendo de la cirugía:
 - Ovariecto-histerectomía y orquidectomía: requiere 2 informes psicomédicos independientes y una terapia hormonal ininterrumpida al menos 12 meses (excepto que

Tabla 1 Las 10 funciones del profesional en Salud Mental

1. Diagnosticar con precisión la DIG del individuo
2. Diagnosticar cualquier enfermedad psiquiátrica acompañante y considerar su tratamiento
3. Clarificar deseos, corregir falsas expectativas y aconsejar opciones de tratamiento y consecuencias
4. Ocuparse de la psicoterapia
5. Decidir sobre la elegibilidad y disposición para la terapia hormonal y la cirugía
6. Hacer recomendaciones oficiales a colegas médicos y cirujanos
7. Documentar el historial relevante del paciente en un informe de recomendación
8. Pertenecer a un equipo de profesionales con interés en la DIG
9. Educar a familiares e instituciones acerca de la DIG
10. Estar disponible para el seguimiento de los pacientes

Fuente: Meyer et al.⁵.

existan contraindicaciones, el paciente muestre reacción o no disponga de medios).

- Cirugía de reasignación de sexo genital (faloplastia o vaginoplastia): se exige, aparte de la evaluación de la DIG y una hormonación continuada de 12 meses, haber vivido un año ininterrumpido en el rol de género congruente con la identidad de género del paciente. Todo el proceso (evaluación de la DIG, fase de hormonación y vivir en el rol deseado) puede completarse en el plazo de un año, con la colaboración multidisciplinar de los diferentes facultativos^{10,11}.

La nueva versión de la guía española para la atención a personas con DIG de 2012, que supone la actualización de la primera versión de la guía, publicada en 2003, se distingue por su riqueza en detalles y sus numerosas explicaciones y por haber sido redactada en un lenguaje dirigido a los diferentes facultativos implicados (psiquiatras, psicólogos, cirujanos plásticos, etc.)¹. En ella se resaltan las 10 funciones del profesional en Salud Mental (Meyer et al., 2001) (tabla 1)^{1,5}. La psicoterapia no intenta curar la DIG, sino ayudar a la persona a sentirse mejor con su identidad y a enfrentar otros problemas distintos, aclarando y aliviando conflictos¹.

El DSM-v (APA, 2013) recoge dentro de la categoría «disforia de género» los diagnósticos de disforia de género en niños, disforia de género en adolescentes o adultos, disforia de género no especificada y otra disforia de género especificada⁴. Además de cambiar el nombre del diagnóstico eliminando el término «trastorno», la disforia en los niños cuenta con criterios propios (tabla 2). Establece un criterio temporal de 6 meses y se requieren 6 de los 8 indicadores del criterio A. Es condición necesaria, aunque no suficiente, la presencia del primer indicador (A1) para la realización del diagnóstico. De este modo se hacen innecesarios los 2 criterios que se refieren a la anatomía física o a las características sexuales. A diferencia de los manuales anteriores, en el DSM-v no quedan excluidas las personas con trastornos de la diferenciación sexual¹².

Tabla 2 Disforia de género en niños, 302.6 DSM-V (F64.2 CIE-10)

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 (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

Especificar si:

Con un trastorno de desarrollo sexual (por ejemplo, un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 DSM-V [E25.0 CIE-10] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 DSM-V [E34.50 CIE-10] síndrome de insensibilidad androgénica). Nota de codificación: codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género

Intervención psicomédica en menores de 18 años

No está claro exactamente cómo los niños aprenden sobre el género. Sin embargo, son conscientes de las diferencias de género en la infancia. A los 2,5 años de edad tienen la capacidad de etiquetar rostros como hombre o mujer. Los niños de entre 2 y 4 años de edad empiezan a entender las diferencias de género, utilizan los pronombres de género tales como «él» y «ella», y pueden identificar su propio género. A esta edad, la mayoría de los niños también juegan con los juguetes y los juegos que se correlacionan con su sexo anatómico. Inicialmente, los niños pueden ver el género como sujeto a la variación y el cambio; a los 5 o 6 años de edad, su visión de género se hace más constante.

Los niños pequeños asumen los estereotipos de género para sí mismos y los demás; los niños preescolares empiezan con la segregación sexual, jugando más con compañeros del mismo sexo, y la promoción de construcciones sociales generalizables y roles y reglas conformes con el género. En la edad escolar, los niños pueden flexibilizar las normas de género y considerar las actividades de género con más flexibilidad y elección. Sin embargo, los grupos de pares en general siguen siendo del mismo sexo; seguir las reglas, encajar y la aceptación del grupo de pares es importante en los niños en edad escolar.

La exploración de la sexualidad, incluyendo el género y las conductas sexuales, es una parte normal del desarrollo infantil. En algún momento de la infancia, muchos niños experimentan la expresión de género y los roles (por ejemplo, el interés en los juguetes y los juegos en el género cruz, travestismo). Sin embargo, probablemente por razones biológicas desconocidas y psicosociales o multifactoriales, en algunos niños, el comportamiento y la expresión de género cruzado es más consistente, persistente e insistente que

entre sus pares. Estas no son decisiones per se, sino que reflejan una preferencia innata del niño¹³.

Para realizar un diagnóstico fiable de DIG, la evaluación se basa en la entrevista clínica, a través de la cual se realiza una anamnesis pormenorizada que abarca todas las áreas del paciente y su historia vital. Además, se recurre a otras técnicas, como los diarios de actividades cotidianas, el registro de ítems descriptivos del estado de ánimo del menor, así como el nivel de malestar que experimenta en su día a día. Esta información proviene del propio paciente y de la familia¹².

El psicoterapeuta debe ser experto en psicopatología del desarrollo en niños y adolescentes, y reconocer y aceptar el problema de identidad de género. Problemas emocionales y de comportamiento pueden relacionarse con conflictos familiares, que deben evaluarse. En estos casos la fase diagnóstica puede alargarse y el tratamiento debe orientarse a resolver otros cuadros que puedan producir malestar. El niño y su familia necesitarán apoyo para afrontar decisiones sociales difíciles^{14,15}. Por la gran variabilidad de resultados y la rapidez con que puede cambiar la identidad de género en adolescentes, se recomienda retrasar al máximo cualquier intervención física, que pueden ser:

1. Intervenciones totalmente reversibles: uso de análogos de LHRH o de medroxiprogesterona para suprimir la producción de estrógenos o testosterona y, por tanto, frenar los cambios físicos de la pubertad.
2. Intervenciones parcialmente reversibles: uso de hormonas para masculinizar o feminizar. Algunos cambios sufridos precisarían de tratamiento quirúrgico para ser revertidos.
3. Intervenciones reversibles: procedimientos quirúrgicos.

Es recomendable que los niños con problemas de identidad de género no sean tratados con intervenciones físicas hasta que tengan al menos 16 años. El paso de un escalón a otro se hará de forma gradual, y solo cuando la familia y el paciente hayan tenido tiempo para asimilar los efectos de estas intervenciones. No se debe empezar el tratamiento con análogos de la LHRH antes del estadio II de Tanner para que el adolescente experimente el comienzo de la pubertad en su sexo biológico. Con esta actitud se ganará tiempo para seguir explorando la identidad de género del sujeto y otros aspectos del desarrollo en la psicoterapia, y resultará más fácil luego el paso al sexo opuesto si todo sigue adelante¹. Si bien es cierto que según las recomendaciones de la World Professional Association for Transgender Health, la intervención puede repercutir positivamente en el bienestar psicológico y el funcionamiento social del paciente, ya que retrasar o contener las intervenciones médicas en los adolescentes con DIG puede prolongar la disforia de género y contribuir al desarrollo de una apariencia física que favorezca el abuso y la estigmatización (World Professional Association for Transgender Health, 2011)¹¹. Antes de administrar análogos de LHRH debe cumplirse lo siguiente:

- Durante la infancia el adolescente ha demostrado un intenso patrón de identidad en el sexo opuesto y una aversión al rol social esperado para su género.
- Al iniciar la pubertad aumenta mucho el malestar con su género y sexo.
- La familia acepta y participa en la terapia.

Se podrá pasar al segundo escalón a partir de los 16 años y con el consentimiento de los padres. No se deberá realizar ninguna intervención quirúrgica antes de la edad adulta (18 años)^{1,16}. En la evaluación clínica de todo paciente menor de 18 años con criterios de DIG debemos tener en cuenta:

- Historia clínica orientada al desarrollo de la identidad de género, desarrollo psicosexual (incluyendo orientación sexual) y aspectos de la vida cotidiana.
- Exploración física: desde el punto de vista ginecológico, andrológico/urológico y endocrinológico.
- Evaluación clínica desde el punto de vista psiquiátrico/psicológico que detecte problemas psicopatológicos^{17,18}.

Caso clínico

Motivo de consulta

Mujer de 16 años remitida por «ansiedad en relación a su imagen corporal».

Antecedentes personales

- Somáticos: no AMC, sin enfermedades de interés. Menarquia a los 11 años. Menstruaciones irregulares. No consumo de tóxicos.
- Psicológicos: consulta a los 13 años en nuestra Unidad de Salud Mental con diagnóstico inicial de trastorno de identidad de género (DSM-IV).

- Sociolaborales: primero de bachillerato, buenos resultados académicos hasta este año. Reciente abandono de centro escolar.

Antecedentes familiares

Madre de 55 años, sana, de profesión administrativa. Padre de 55 años, sano, de profesión abogado. Es hija única.

Enfermedad actual

Desde los 5 años muestra preferencia marcada por jugar con niños a juegos de niños («le regalaban muñecas y las rompía»), negativa a llevar vestidos y pelo largo. A los 6-7 años le gustaba jugar al fútbol, el kárate y el baloncesto. A los 11 años empezó a rechazar el crecimiento del pecho; comienza a utilizar prendas de compresión para ocultarlo, ropa ancha, y en verano no quiere ir a la piscina. A los 13 años sus amigos empiezan a llamarle por un nombre masculino que elige, pero sus padres siguen utilizando el femenino, aunque existe apoyo por parte de ellos. Ha tenido varias relaciones con chicas heterosexuales; actualmente tiene novia. Refiere rechazo y aislamiento social tanto en el colegio como en el instituto, motivo por el cual ha decidido abandonar el centro y, con ello, los estudios.

Exploración psicopatológica

En la primera entrevista se muestra consciente, orientado auto y alopsíquicamente, abordable y colaborador. Pide que se haga referencia a él en masculino y se le llame por el nombre masculino que ha elegido. Discurso fluido y coherente, adecuado a su nivel de desarrollo. Apariencia masculina, ropa de chico, pelo corto, marcha masculina. Clara identificación con el sexo masculino y rechazo de su propio sexo. No presenta sintomatología depresiva. Ligero estado de ansiedad, sentimientos de impotencia y malestar emocional relacionados con el rechazo sentido. No muestra trastornos en la esfera psicótica ni rasgos patológicos de personalidad. Sin ideación autolítica.

Exploraciones complementarias

Psicometría: WISC-R: PV 141; PM 123; PT137. ESPQ: inteligencia alta, pensamiento abstracto. «Brillante», rápido en su comprensión y aprendizaje de ideas. STAI: puntuaciones significativas en estado-ansiedad. Test de la Figura Humana (fig. 1).

Interconsulta a Endocrinología: bioquímica, hemograma y valores hormonales, normales. Cariotipo 46 xx. Se decide, junto con sus padres, iniciar tratamiento hormonal con testosterona im/14 semanas.

Diagnóstico

Disforia de género (F64.1, transexualidad f > m).

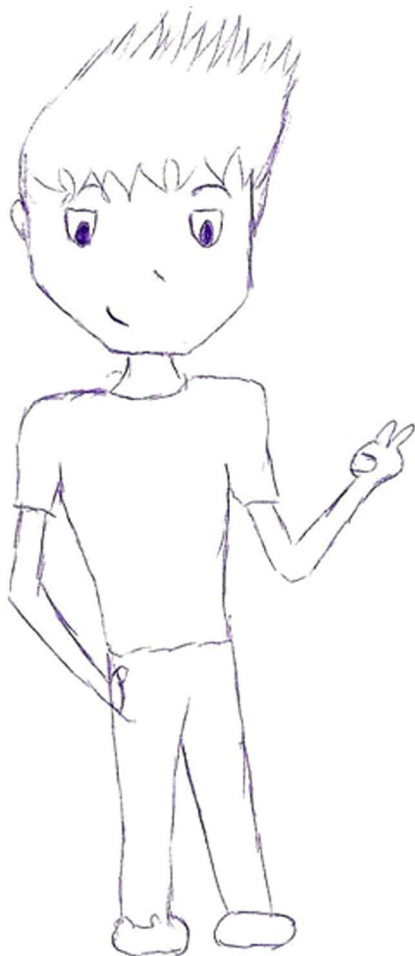


Figura 1 Test de la Figura Humana.

Evolución y tratamiento

Durante 2 años ha seguido revisiones periódicas en nuestra Unidad de Salud Mental, tanto en Psicología como en Psiquiatría, y está en seguimiento por el Servicio de Endocrinología, continuando con el tratamiento de terapia hormonal cruzada. Presenta una mejoría anímica significativa. Ha retomado sus estudios en la Escuela de Adultos donde, tras realizar las gestiones pertinentes con el centro, se utiliza el nombre masculino. Durante este tiempo también se han realizado intervenciones con la familia; los padres, en la actualidad, ya utilizan el nombre masculino. Tras cumplir los 18 años, recientemente, ha sido intervenido por mamoplastia, mostrando satisfacción con los resultados obtenidos.

Conclusiones

Los pacientes con DIG deben ser atendidos por un equipo multidisciplinar (psicología, psiquiatría, endocrinología y cirugía). El psiquiatra o psicólogo es quien primero suele atenderle; si el paciente consulta con el endocrinólogo, este lo derivará al psiquiatra/psicólogo, quien pondrá en práctica su cometido. Comparten responsabilidad en la decisión de comenzar un tratamiento hormonal y quirúrgico junto con el

facultativo que lo prescriba. El tratamiento hormonal suele aliviar la ansiedad y depresión de los pacientes sin necesidad de recurrir a medicación adicional. La existencia de otra psicopatología no excluye la cirugía, pero puede retrasarla.

La psicoterapia pretende ayudar a la persona a sentirse mejor con su identidad y a enfrentar otros problemas distintos, aclarando y aliviando conflictos. En la atención a menores es indispensable un seguimiento longitudinal para realizar un diagnóstico fiable, y no su evaluación en un único punto en el tiempo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género. Trastornos de identidad de Género. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento, compilado y editado por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. *Endocrinol Nutr.* 2003;50:19-33.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
3. Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I. *Ser transexual*. Barcelona: Editorial Glosa; 2006.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5). Arlington: Ed. Médica Panamericana; 2013.
5. Meyer W III, Bockting W, Cohen-Kettenis P, Coleman E, DiGeglie D, Devor H, et al. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's. The standards of care for gender identity disorders. Sixth Version. *IJT.* 2001;5.
6. Peper JS, van den Heuvel MP, Mandl RC, Hulshoff Pol HE, van Honk J. Sex steroids and connectivity in the human brain: A review of neuroimaging studies. *Psychoneuroendocrinology.* 2011;36:1101-13.
7. Asenjo-Araque N, Rodríguez-Molina JM, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid). *Semergen.* 2011;37:87-92.
8. Best L, Stein K. Surgical gender reassignment for male to female transsexual people. Southampton, UK: The Wessex Institute for Health Research & Development; 1998. DEC Report No. 88.
9. Parlamento Europeo. Orientación sexual e identidad de género en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Texto aprobado el 28 de septiembre de 2011 en Estrasburgo

- [actualizado 3 Oct 2011; consultado 6 Jul 2012]. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do/pubRef//>
10. Wittich RM. Atención psicomédica a personas transexuales en España en la era de la despatologización de la transexualidad como trastorno mental. Una revisión global. *Endocrinol Nutr.* 2013;60:599–603.
 11. The World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transexual, transgender, and gender nonconforming people. 7 th Version. 2011;5 [consultado 1 Oct 2011]. Disponible en: www.wpath.org
 12. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Díaz Méndez M; Grupo GIDSEEN. La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. *C Med Psicosom.* 2014;25-35.
 13. Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia. Capítulo 44. Barcelona: Masson; 2006. p. 821-84.
 14. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47:1413–23.
 15. Forcier M, Olson J. Overview of gender development and clinical presentation of gender nonconformity in children and adolescents. UpToDate. 2014.
 16. Gooren LJG, Tangpricha V. Treatment of transsexualism. UpToDate. 2014.
 17. Bergero T, Cano G, Esteva I, Gómez Gil E, Almaraz MC. Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cir Plast Iberlatinam.* 2001;27:263–72.
 18. Cano G, Gergero T. Intervención psicológica en una unidad de trastornos de identidad de género: un desafío sanitario. En: Remor E, Arranz P, Ulla S, editores. *El psicólogo en el ámbito hospitalario.* Madrid: Desclée de Brouwer; 2003.