

Protocolo de atención para pacientes con disforia de género

José Luis Jiménez López¹, María Elena Maldonado Guzmán¹, Nancy Jiménez Miranda²

¹Departamento de Psiquiatría y Psicología. Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México; México.

²Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos. Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México; México.

*Correspondencia: Dr. José Luis Jiménez López; email: edgar-robledo2002@hotmail.com

Resumen

La disforia de género (DG) es un padecimiento caracterizado por el malestar que produce el sentimiento persistente de incongruencia con el género asignado al nacer. No hay datos epidemiológicos concluyentes y se considera una condición rara. Presentamos el caso de un hombre de 49 años de edad, casado, profesionista, que desde la infancia empezó a manifestar que "era niña", prefería los juegos del género opuesto y, eventualmente, se vestía con ropas de mujer. En la adolescencia se hizo persistente la idea de cambiar de sexo y, varios años después, inició tratamiento hormonal por su cuenta. En el Instituto Mexicano del Seguro Social fue incluido en un protocolo multidisciplinario de terapia triádica de atención, consistente en: hormonación para el género deseado, experiencia en la vida real en el papel deseado y cirugía de reasignación de sexo. Ahora, se encuentra en espera de reasignación quirúrgica de sexo, con buena adaptación al género femenino y con mayor aceptación de su padecimiento por parte de su esposa e hijos. El acceso de las personas con DG a los sistemas de salud pública resulta difícil debido a los prejuicios y discriminación de que son objeto y por el desarrollo insuficiente de programas para su atención. Proponemos un modelo de atención multidisciplinaria para adultos con DG.

Palabras claves: disforia de género, trastorno de identidad de género, transexualismo, terapia triádica de atención.

Aceptado: 26 agosto 2016

Protocol Care for Patients with Gender Dysphoria : a case report

Abstract

Gender Dysphoria(GD) is a condition characterized by discomfort about the persistent feeling of incongruity with the gender assigned at birth. Although there are no conclusive epidemiological data, it is considered a rare condition. Clinical case: a 49year-old married man, college graduate, who began to say that "she was a girl" since childhood, preferred the opposite gender games and, eventually, dressed in female clothes. In adolescence the idea of sex change became persistent and, several years later, he started hormone treatment on his own. He was included in a multidisciplinary protocol at the Instituto Mexicano del Seguro Social, following a triadic care therapy: hormonal therapy,real life experience in the desired role, and sex reassignment surgery to the desired gender. Access to public health systems of persons with GD is difficult due to prejudice and discrimination against them, and to the insufficient development of programs for their care. We propose a multidisciplinary attention model for adults with GD.

Key words: *gender dysphoria, gender identity disorder, transsexualism,triadic care therapy*

Introducción

Disforia de género, es el término que sustituye al de trastorno de identidad de género en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) de la *American Psychiatric Association* (APA)¹. En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se mantiene como transexualismo². La característica esencial de este padecimiento es el malestar producido por el sentimiento persistente de incongruencia con el género asignado al nacer.

Los reportes epidemiológicos de DG son escasos y no concluyentes. En el DSM IV se menciona que cerca de 1:30,000 niños y 1:100,000 niñas terminarán buscando la reasignación quirúrgica de sexo³. Otro estudio sugiere que 0.3 % de la población estadounidense es transgénero⁴. Y se han descrito cifras tan altas como 1:180 a 1:3000 en otros países⁵. La atención médica de DG mediante protocolos multidisciplinarios ha sido motivo de preocupación, principalmente en países desarrollados, por lo que existen varias publicaciones al respecto.

Presentación del caso

Hombre de 49 años de edad, casado, arquitecto e ingeniero en computación, con diagnóstico de transexualismo, derivado a la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Especialidades del CMN La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por “falta de recursos” en su Hospital General de adscripción. En su historia clínica sólo destaca hipertensión arterial de 4 años de evolución, en control médico, y el apartado referente a la psicobiografía que se relata a continuación.

Fue producto de la tercera gesta de un total de seis, en apariencia sin complicaciones perinatales. Desde la primera infancia manifestó disgusto por su género: expresaba que “era niña”, prefería los juegos con muñecas y trataba de vestirse con ropa de mujer, lo que le ocasionaba conflictos con su padre y tías que desembocaban en violencia verbal. En la adolescencia se volvió persistente la idea de cambiar de sexo y el rechazo a sus genitales externos: ((no son míos, soy mujer))[sic]. La intolerancia de sus familiares hizo que reprimiera esos pensamientos y buscara relaciones de noviazgo “para aparentar que era hombre”; después de dos relaciones contrajo matrimonio a los 23 años, con una mujer 12 años mayor. Aunque procreó dos hijos, expresaba disgusto por las relaciones sexuales. El rechazo de que fue objeto en la infancia le generó sentimientos de culpa por “pensar que no pertenecía al sexo asignado”; no obstante, que eventualmente se vestía con ropa de mujer a escondidas: ((me sentía bien, me veía como realmente soy, pero después pensaba que era sucio))[sic]. Poco después de los 30 años buscó información por cualquier medio disponible relacionada con su malestar y descubrió que “existían más personas como él”, lo que lo llevó a auto administrarse medicamentos hormonales. En un momento de merma económica recurrió al IMSS para mantener el tratamiento hormonal, pero encontró dificultades en su Hospital General de Zona, por lo que fue enviado a la UMAE con diagnóstico de transexualismo y tratamiento por

manifestaciones depresivas e intento de suicidio en la adolescencia (ingesta de benzodiacepinas) detectados por el departamento de psiquiatría.

En el Departamento de Psiquiatría y Psicología de la UMAE ingresó a un protocolo de atención para personas transexuales que se elaboró con base en otros dos construidos en España: uno sobre atención médica en general y otro de intervención psicológica^{6, 7}. En una primera etapa se elaboró el diagnóstico de trastorno de identidad de género sin atracción sexual por hombres o mujeres más episodio depresivo de leve a moderado, de acuerdo con el DSM IV e inició psicoterapia y manejo conjunto con el departamento de endocrinología, donde se adecuó el tratamiento hormonal. La exploración física no evidenció anormalidad en los genitales externos. Llama la atención que durante la evaluación el paciente permitió la exploración de sus genitales, contrario a la recomendación de algunos autores, sobre evitar la exploración genital por el malestar que les ocasiona el disgusto por su cuerpo⁸. Los exámenes paraclínicos de laboratorio y gabinete, que incluyeron TAC de cráneo y cariotipo (46 XY), tampoco mostraron alteraciones. Al cabo de 8 meses pasó a la segunda etapa del protocolo, consistente en prueba de vida en el papel femenino y seguimiento psiquiátrico y psicoterapéutico. Los resultados de las pruebas psicológicas reportaron: coeficiente intelectual superior, insatisfacción por la vivencia en un papel psicosexual asignado socialmente y suspicacia en sus relaciones interpersonales por la posibilidad de rechazo. En las primeras sesiones psicoterapéuticas se evidenciaron las relaciones familiares conflictivas, que fueron disminuyendo por el esfuerzo que su esposa e hijos hacían por mostrar tolerancia, aunque manifestaban que “no terminaban de aceptarlo”. A 3 años de su ingreso al protocolo, continúa su atención multidisciplinaria siguiendo el principio de terapéutica (hormonación para el género deseado, experiencia de vida real en el papel deseado y cirugía de reasignación de sexo); se encuentra iniciando la tercera etapa del protocolo propuesto (figura 1).

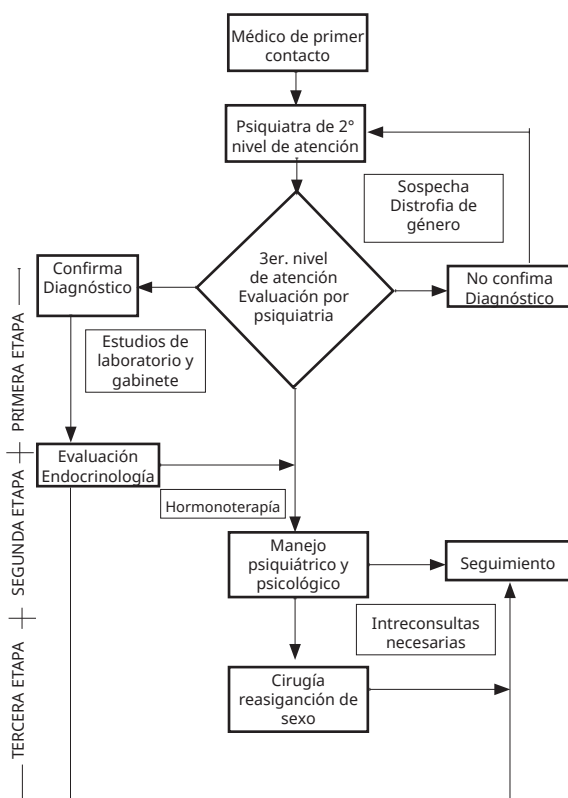


Figura 1. Flujograma para la atención de adultos con disforia de género.

El manejo hormonal ha producido cambios físicos: atrofia de órganos sexuales, disminución de vello y ginecomastia. Se han suspendido los psicofármacos por remisión del trastorno depresivo; mantiene sesiones quincenales de psicoterapia que, eventualmente, incluyen a su esposa e hijos y ha sido valorado por los departamentos de urología y angiología. Durante todo el proceso ha persistió su deseo de reasignación quirúrgica de sexo sin indicios de cambio de opinión como sucede en algunos caos⁷. Ahora cursa la fase preoperatoria. Por otra parte, ha conseguido cambio de nombre en el registro civil y en el Instituto Nacional Electoral y se encuentra en trámite el cambio de nombre en su acta de matrimonio.

Discusión

Las manifestaciones de diversidad sexual han sido más evidentes en décadas recientes, debido a la expansión de los medios de comunicación, como el internet y redes sociales. Sin embargo, los datos epidemiológicos son escasos por la dificultad metodológica para identificar los casos. De la misma manera, en lo que a la salud respecta, no existe uniformidad en el tipo de atención que deben recibir las personas que se consideran “diferentes” a lo socialmente aceptado. Por otra parte, también existe controversia entre clasificar estas preferencias o características psicosexuales como patológicas o no. Dentro de este particular entorno se encuentran quienes piensan que su género no corresponde con su sexo, es decir “una mujer atrapada en el cuerpo de un hombre” y viceversa. Al inicio se clasificó como *transsexualismo*, tanto por DSM como por CIE, después cambió a trastorno de identidad de género (DSM IV) y a disforia de género en la edición más reciente de DSM¹. En CIE sigue clasificado como *transsexualismo*². Aunque los datos epidemiológicos son variados para los diferentes tipos de manifestación de diversidad sexual, en el caso particular del *transsexualismo* o DG parece mantenerse constante y como padecimiento poco frecuente desde hace aproximadamente 30 años. En 1980, Lothstein reportó que en todo el mundo existían alrededor de 30 000 casos³; la APA reportó en 2013 una prevalencia de 0.005 % a 0.014 % para hombres de nacimiento y 0.002 % a 0.003 % para mujeres de nacimiento⁴. Las barreras estructurales como el malestar o la inexperiencia para trabajar con esta población, han impedido, hasta cierto punto, la elaboración de guías de práctica clínica, y han sido causa de diferencias en los programas que se han desarrollado para su atención. En Europa se han hecho mayores esfuerzos para la atención de DG. Investigadores de los países bajos encontraron diferencias en la atención de cuatro clínicas de identidad de género¹⁰. El Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido publicó en 2013

sus Guías de buena práctica para la evaluación y tratamiento de adultos con disforia de género¹¹, en España existen diversos protocolos de atención¹². Algunos protocolos de DG están orientados sólo a la atención psicológica y otros a la atención médica multidisciplinaria^{11,12}. En nuestro caso, utilizamos parcialmente datos de dos protocolos españoles, porque creímos que se podían aplicar mejor a nuestra cultura.

En México, los pacientes con DG se incluyen en la llamada comunidad LGBTTTI (lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transexuales, transgénero e intersexuales) y los avances en su atención, han sido casi exclusivamente legales, relacionado con aspectos discriminatorios en su trato en general¹³. Los reportes sobre la atención médica de personas con DG son anecdóticos y, en especial, en la medicina privada^{5,14}. Es probable que en los hospitales públicos de México se atiendan personas con esta condición, pero se desconoce cuántos son, y si son atendidos mediante un protocolo, por la falta de publicaciones.

Un aspecto interesante de la DG, es la evolución de su conceptualización, y los factores que afectan su atención en los sistemas de salud. Aún se debate si debe considerarse o no enfermedad, y si es un trastorno mental o físico¹⁵. La taxonomía más reciente de la APA apunta a dejar de considerarla una enfermedad, al excluirla del grupo de los *trastornos sexuales y de la identidad sexual*, creando un apartado con el nombre de disforia de género, que enfatiza el malestar por la incongruencia con el género asignado más que por la identificación con el género opuesto¹⁶. Las implicaciones de esta controversia trascienden el campo privilegiado médico hacia áreas como la ética y la estética, porque según el concepto utilizado, puede proporcionarse tratamiento en ausencia de enfermedad, puede negarse tratamiento a una persona enferma o puede proporcionarse un manejo con fines estéticos. La mayoría de las personas con DG, en particular

aquellas con un adecuado funcionamiento en otras áreas de su vida, no se consideran portadoras de un trastorno psiquiátrico porque se conceptualizan con una condición somática más que psiquiátrica.

La DG ha sido motivo de preocupación para la OMS en la última década, sin que hasta ahora se emitan recomendaciones sobre su atención, sólo se identifica como un problema de salud sexual para el que se deben elaborar programas¹⁷.

Aún cuando se trata de un problema de salud poco frecuente, el impacto personal y social de la DG es importante. Reconocemos los esfuerzos internacionales para regularizar los aspectos legales y de atención médica protocolizada de DG, pero aún son insuficientes.

Conclusiones

Las personas con DG han encontrado obstáculos para su atención en todo el mundo. En los países desarrollados se ofrece atención protocolizada de distinta índole pero con resultados inconsistentes. Aunque se considera una condición poco frecuente, la discriminación de que son objeto, aunado a los prejuicios y malestar que ocasiona la modificación del concepto de sexualidad socialmente aceptado, dificulta su acceso a los sistemas de salud pública.

En México, es poco lo que se conoce sobre la atención de pacientes con DG; el protocolo de atención que diseñamos parece ser el primero estructurado y sistematizado en el sector de salud pública. Proponemos un abordaje que integre lineamientos de atención sanitaria e intervención psicológica, como con secuencia de la experiencia derivada del caso que se presentó.

Agradecimientos

Al doctor Martín Becerril Angeles, Jefe del Departamento de Alergia e Inmunología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, por la revisión del manuscrito y sus valiosas recomendaciones.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – *Text Revision*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
2. Organización mundial de la salud. Décima revisión de la *Clasificación internacional de las enfermedades* (CIE 10). Meditor, España, 1993.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – *Text Revision*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
4. Gates GJ. *How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender*. The Williams Institute. 2011. Disponible en : <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Gates-How-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf>. Consultado el 20 de mayo 2014
5. Salin-Pascual RJ. Aportaciones para la comprensión de las personas transexuales. *Rev Mex Neuroci* 2007; 8(6): 575-85.
6. Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias, España. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs>. Consultado el 4 de agosto de 2012.
7. Bordón R, García LM. Protocolo de intervención psicológica en la transexualidad. Comisión de Psicología clínica y de la Salud. Colegio Oficial de Psicólogos de la Palmas, España. Disponible en: http://www.ucm.es/info/rqtr/biblioteca/Transexualidad/protocolo_de_intervencion_psicologica_transexual.pdf. Consultado el 4 de agosto de 2012
8. Feldman F, Spencer K. Gender dysphoria in a 39-year-old man. *CMAJ* 2014; 186(1): 49-50.
9. Lothstein L. The postsurgical transexual: empirical and theoretical considerations. *Arch sex behave* 1980; 9 (6): 547-64.
10. Kreukels BP, Haraldsen IR, De Cuypere G, Richter-Appelt , Gijs L, Cohen-Kettenis PT. A European network for the investigation of gender incongruence: the ENIGI initiative. *Eur Psychiatry* 2012; 27(6): 445-50.
11. Royal College of Psychiatrists. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. 2013. Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR181x.pdf>. Consultado el 26 mayo 2014
12. Esteva de Antonio I, Gómez-Gilb E, Cruz M, Martínez J, Bergeroc T, Oliveira G, et al. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gac Sanit* 2012; 26 (3): 203-9. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/organizacion-asistencia-transexualidad-el-sistema/articulo/S0213911112000581>. Consultado el 23 mayo 2014
13. Acuerdo A/023/2010 del C. Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se crea la Unidad Especializada para la Atención a Usuarios de la Comunidad LGBTTTI (MP LGBTTTI). Disponible en: <http://www.cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r379601.doc>.
14. Berriel AA. Duelo en procesos de reasignación de sexo de varón a mujer en personas transgénero. Tesina para obtener el diplomado en tanatología. Disponible en: www.tanatologia-amtac.com/.../74%20Duelo%20en%20procesos.pdf. Consultado el 14 de mayo 2014.
15. Polo C, Olivares D. Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2011; 31(2): 285-302. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/08.pdf>. Consultado el 20 de mayo 2014
16. American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Disponible en: [http://www.psychiatry.org/Practice/DSM/DSM-5/Changes from DSM IV TR to DSM 5.pdf](http://www.psychiatry.org/Practice/DSM/DSM-5/Changes%20from%20DSM%20IV%20TR%20to%20DSM%205.pdf). Consultado el 16 de mayo 2014
17. World Health Organization. (Sitio web). Developing sexual health programmes: A framework for action. Consultado 20 mayo de 2014. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf

Artículo sin conflicto de interés

© Archivos de Neurociencias