

Contribución Original

Dr. Rafael J. Salin-Pascual MD,
PhD y Dra. Andrea Guzman
Arroyo

*Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina UNAM,
México DF*

Comorbilidad psiquiátrica y percepción de la autoimagen corporal durante las ensoñaciones, en una muestra de personas transexuales

Psychiatric comorbidity and perception of body self-image for daydreams, in a sample of transgender people

Resumen

Introducción: En este estudio se exploró la validez de la actividad onírica, en la situación de la primera persona de un grupo de transexuales, con el fin de desarrollar algunas herramientas para el diagnóstico de tal condición.

Métodos: Se estudiaron un total de 43 personas transexuales, 36 de hombre a mujer (Mujer transexual, MTF) y 7 mujeres que hombres (Hombre transexual, FtM). El procedimiento completo se explicó y el consentimiento informado se obtuvo antes de ingresar en el estudio. Las personas transexuales fueron evaluados con los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno de disforia de género. Además, se les diagnosticó la entrevista clínica estructurada (versión español-SCID) para la evaluación de los trastornos psiquiátricos dentro de la clasificación diagnóstica y estadística, en la cuarta edición revisada. (DSM-IV-TR). Por último, un registro del tipo diario de sueño y ensoñaciones fueron llenados todos los días, por dos semanas. El registro de las ensoñaciones se hizo hincapié para que fuera en un tipo narrativo y descriptivo. Tratando de detectar en qué tipo de género, aparecen más a menudo en sus sueños. Las personas TS de este estudio no recibieron tratamiento hormonal previo ni durante el estudio.

Resultados: Treinta y tres personas TS tuvieron algún tipo de diagnóstico psiquiátrico. En el rango de orden de prevalencia, fueron: depresión mayor, trastornos de ansiedad, el alcoholismo, la ansiedad social, la anorexia nerviosa y la personalidad limítrofe. Los trastornos del sueño fueron insomnio crónico y la fragmentación del sueño. Los sujetos TS se dividieron en dos grupos. Los que se percataron de su condición a una edad temprana (<15 años); y los que fueron conscientes de su incongruencia genérica, que más tarde

en la vida (> 15 años). El primer grupo fue 23 personas transexuales femeninos (MtoF) y de 7 transexuales masculinos. El primer grupo informó de más sueños en los que se perciben así mismas de manera coherente como la de género que se sienten pertenecer. También tuvieron una menor eficiencia del sueño.

Conclusión: El uso del análisis de los sueños desde una perspectiva de primera persona con narrativa puede ser útil para evaluar el diagnóstico de transexualidad en las personas que aún no están seguros de su condición de incongruencia sexo-genérica.

Palabras clave.

Transexuales, sueño, comorbilidad psiquiátrica

Abstract

Introduction: In the present study it was explored the validity of dreams awareness in the situation of first person in transsexuals, in order to develop some diagnostic tools for to diagnosis of such conditions.

Methods: A total of 43 persons were studied: 36 male to female (MtF) and 7 female to male (FtM) transsexuals. The full procedure was explained and the informed consent was obtained before enter into the studio. Transsexual persons were assessed with the DSM-IV-TR criteria for gender dysphoria disorder. Also, they were diagnosed with the structured clinical interview questionnaire (SCID-

Spanish version) to assess comorbid psychiatric disorders. Lastly a sleep and dreams log were instructed to be filled out every day. The dreams log emphasizes in their report in a narrative form, addressing in what kind of gender they appear more often in their dreams. TS person in this study did not receive yet hormonal treatment for their transitions. Results: Thirty-three TS people had some type of psychiatric diagnosis. In rank of order of prevalence, were: major depression, anxiety disorders, alcoholism, social anxiety, anorexia nervosa and borderline personality. Sleep disorders were chronic insomnia and sleep fragmentation. TS subjects were divided in two groups. Those who noticed their condition at early age (<15 years old); and those who were aware of that later in life (> 15 years old). The first group had 23 people female transsexuals (MtoF), reported more dreams in which they perceived themselves coherent as the gender that they feel to belong to. Also they have less sleep efficiency.

Conclusions: The use of the analysis of dreams from a perspective of first person narrative may be useful to evaluate the diagnosis of transsexualism in people who may not be sure of their condition.

Keywords

transsexuals, dream, psychiatric comorbidity

Correspondencia:

Dr. Rafael J. Salín-Pascual
Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina UNAM
Hidalgo 187 casa 7 Barrio del Niño Jesús, Tlalpan México DF.
Correo electrónico: rafasalin@yahoo.com

Introducción

La transexualidad es una condición humana en la que hay una incoherencia entre el fenotipo (apariciencia y sexo de asignación al nacimiento) y el cómo estas personas se perciben a sí mismos. En la última clasificación de los trastornos psiquiátrico, el DSM-5,¹ se le denominó disforia de género, sin embargo, la transexualidad es una forma específica adicional para la designación de esta condición, que está aún en vigor en la literatura científica. Estas personas tienen una marcada incongruencia entre el sexo fenotípico, el que se les ha asignado al nacer y su propia percepción de identidad de género.²

La identidad de género es la percepción de uno mismo, como niña/mujer o niño/hombre (forma parte de la consciencia de primera persona, esto es subjetiva) y es un estado de coherencia ontogénica. Pero el género es también un constructo sociobiológico, que es la forma como los demás seres humanos se perciben entre si. Hay una serie de estereotipos culturales que sobre interpretan la condición masculina y la femenina, de tal forma con los estado intermedios entre estas dos condiciones no son identificados, o aceptados por la mayoría de los seres humanos.³ Esto se puede contrastar con el sexo biológico (es decir, los cromosomas XY o XX, y el fenotipo como hombre o mujer), el cual conlleva a la asignación al momento de nacer de un género, sobre la base de los caracteres sexuales primarios.⁴ En este proceso no hay dudas, porque esto se puede consensar y en la mayoría de los casos, es coherente a la percepción que se tendrá del propio cuerpo en etapas posteriores del desarrollo.

Las diferencias en la identidad de género puede ser bastante complejas para las personas que forman parte de la mayoría heterosexual, incluso para las personas que tienen una orientación sexual diversa, como es el caso de las lesbianas y los homosexuales. Esto último, porque al igual que una persona no-transexual, que puede tener diferencias en su orientación sexual, lo mismo ocurre en las personas transexuales. Sin embargo, estos conceptos han recibido una poca atención empírica y son poco

conocidos en la comunidad médica y científica en general.⁴

La orientación sexual se define como de quien se siente atraída una persona romántica o sexualmente. Esto incluye sentimientos eróticos, pensamientos y fantasías de actividad sexual.⁵ La atracción puede ser hacia el mismo género (es decir, lesbiana, gay, homosexual), el género opuesto (heterosexual), ambos géneros (bisexual), o ningún tipo de género (asexuales). La orientación sexual es vivida, sobre todo en la adolescencia como un período de cuestionamiento y experimentación.⁶

La condición de transexualidad es diferente entre niños y adolescentes. Las niñas púberes con disforia de género (DG), quieren ser niños; prefieren la ropa y las actividades relacionadas con el género masculino. Los niños varones con DG pre púberes, puede manifestar su deseo de ser niñas y crecer como mujeres, evitando participar en juegos dirigidos al género masculino, les gustan los juegos de chicas y otras actividades que se refieren al estereotipo social de ser mujer.⁷

Se ha propuesto que los niños y adolescentes con DG están en alto riesgo de desarrollar problemas de comorbilidad psiquiátrica y trastornos de la personalidad,⁸ por la dificultad para asignarles un papel genérico en sus compañeros, profesores, padres y hermanos. Además, la comorbilidad psiquiátrica y la inestabilidad se presentan como factores pronósticos adversos significativos para el ajuste psicosocial a largo plazo en las personas con DG.⁹

Informes previos sobre la comorbilidad psiquiátrica entre los transexuales han revelaron hallazgos contradictorios. Algunos estudios informaron que los transexuales muestran una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica.^{10, 11} Mientras que otros estudios muestran una baja comorbilidad en esta área, cuando se comparan con sujetos controles.¹² La medición de los trastornos psicológicos entre los transexuales con personas no-transexuales, muestran diferencias significativas, con una puntuación más alta en el primer grupo.¹³ La experiencia vital de la transexualidad, tiene un

impacto en los niños durante toda su vida, y esto tiene el potencial de afectar a su personalidad, así como la interacción social con la familia y los compañeros de clase. Las contradicciones en estos hallazgos se pueden deber a la heterogeneidad de las muestras estudiadas.

Los estudios psicológicos con metodología de clasificación de rasgos de personalidad, han mostrado resultados poco concluyentes.

En un estudio en el que se utilizó “El Inventario de Temperamento y Carácter” (ITC) en los perfiles de las personas transexuales, y en donde se estudiaron 166 personas de hombre a mujer (HaM) y 88 de mujer a hombre (MaH), 14 se encontró lo siguiente. En comparación con los hombres no-transexuales y el grupo de mujeres transexuales (HaM), puntuó significativamente más bajo que los hombres y las mujeres, en el egocentrismo y mostraron ser más independiente (RD4 y C3). Los transexuales HaM puntuaron más alto que los hombres y mujeres no transexuales, en HA4 (fatiga), ST y ST3 (aceptación espiritual), y menor en C5 (oportunistas). Por otro lado, mostraron puntuaciones más altas que los varones en RD1 (ser más sentimentales) y menos de las mujeres en C (ser menos cooperativos). Los transexuales HaM obtuvieron calificaciones más bajas que las mujeres en HA2 (más atrevidas y sentimiento de confianza), RD (menos sentimentales) y C5 (calificaciones de ser más oportunistas). Los transexuales HaM puntuaron más alto en HA2 (temor), RD, RD1 (ser más sentimental) ST, ST2 y ST3 (ser más espiritual).

Todas estas diferencias fueron menos de la mitad de una desviación estándar excepto para C3 (ser mas independientes). Los datos muestran que los transexuales y los controles tienen un perfil de personalidad similares, aunque hay alguna diferencia en los rasgos sutiles de estas. Además, el perfil de la personalidad de los transexuales estaba más cerca de los sujetos con quienes aspiran a tener la misma identidad de género. Lo anterior se ha explicado por procesos de aprendizaje cruzado, en donde los niños varones en vez de tener como paradigma de imitación al padre, se orientan a la madre y viceversa, para las niñas que se perciben

como varones. Lo anterior es de relevancia cognitiva, pues nos indica una incoherencia en la teoría de la mente y el llamado fenómeno de las neuronas en espejo.¹⁵

Los problemas de desarrollo y la relación que experimentaron con sus padres, produjeron resultados mixtos, con diferentes patrones para los transexuales de HaM y MaH. Los sujetos con DG mostraron un mayor nivel de angustia comparado a los controles³. Esto les hace tener calificaciones elevadas en el desarrollo psicosocial, con niveles elevados de sensación de aislamiento, de privación emocional y de urgencia y necesidad de estar con otras personas. Los transexuales HaM se conceptualizan a sí mismos como más vulnerable y débiles en algunas de estas áreas en comparación con los controles.

Las experiencias de la crianza de las personas transexuales en la infancia, se caracterizó por un aumento de la dominación materna, diversos abusos emocionales y de negligencia, en comparación con los sujetos controles. Con los varones expuestos a un mayor tipo de negligencia materna, y los padres de ellos con una baja reactividad emocional y descuido. No hay evidencia de niveles elevados de síntomas psiquiátricos en las personas con DG en este estudio, sin embargo, hay factores predisponentes y de vulnerabilidad más, especialmente en el grupo de transexuales HaM. Estos pueden provenir del más intenso rechazo que estas personas experimentan en una sociedad donde los hombres todavía tienen un mayor nivel jerárquico.¹⁵

Además, la alucinación de la imagen corporal, con respecto al género al que aspiran a pertenecer, estudiada en la actividad onírica, fueron diferentes según la etapa del sueño en que se exploraron.¹⁶ En particular, la auto-representación en el sueño MOR (Movimientos Oculares Rápidos), fue similar a la percepción que tiene la persona de sí mismo, cuando está en el estado de vigilia; mientras que en el sueño No-MOR (Sueño sin Movimientos Oculares Rápidos), la actividad onírica tenía un mayor polimorfismo sobre las representaciones del cuerpo. Los paralelismos entre los fenómenos de la autoscopía, y el ser visto como una alucinación

durante el sueño, tiene una mayor relevancia para la comprensión de los estados particulares de la conciencia del yo, especialmente la compleja integración de diferentes fuentes de la memoria de representación del cuerpo.

Las investigaciones recientes, en el terreno de la auto-conciencia corporal, han asumido que esta consta de tres componentes distintos: la experiencia de poseer un cuerpo (la propiedad del cuerpo); la experiencia de ser un cuerpo con un lugar determinado, dentro de un entorno (auto-ubicación); y la experiencia de hablar en primera persona, centrada en el cuerpo, en la perspectiva del medio ambiente (perspectiva personal).¹⁶

Se sugiere que al menos dos de estos componentes de la propiedad de la auto-localización corporal, están implementadas en sustratos neurales bastante distintos. Uno de estos situado en la corteza premotora y el otro en la unión temporo-parietal-occipital. Las personas transexuales pueden tener diferencias en las en esta percepción de primera persona, desde una perspectiva centrada en la percepción del propio cuerpo.^{17,18}

La necesidad de aumentar la confiabilidad diagnóstica en las personas transexuales, surge como una necesidad de justificar su condición biológica.

Hay algunas hipótesis neurobiológicas, sobre esta condición humanas, sin embargo, no se sabe en que momento ocurren a lo largo de la gestación y cuales son los factores que la condicionan. Las modificaciones en las estructuras cerebrales de la diversidad sexo-genérica están bien apoyado por la biología y genética.⁶ Hay variaciones en las estructuras cerebrales que expresan las conductas reproductivas en especial en el hipotálamo.

Veale y cols.,¹⁹ revisaron los estudios previos de esta condición. Reportaron que hay evidencia de un componente genético de la diversidad sexo-genérica, en base a los estudios con gemelos y otros hermanos dentro de la concordancia de la familia y de los estudios que han analizado específicamente cierto grupo de genes. También informaron de evidencia

en los niveles de andrógenos prenatales, que se correlacionan con la diversidad de género, a partir de estudios de relaciones de longitud de los dedos (2D: 4D) de los transexuales, y de individuos a los cuales son más propensos a tener una identidad de género variante o síndromes intersexuales, y condiciones del tipo de ovario poliquístico. Además, existe evidencia de que los transexuales tienen algunas partes de sus estructuras cerebrales, que son más similares a un género atípico, una mayor probabilidad de ser no-diestros, una mayor tendencia a reportar abuso infantil, y los transexuales de hombre a mujer, a tener un mayor número de hermanos varones de mayor edad.¹⁹

La relación entre la longitud de la segunda y la cuarta falanges de los dedos segundo y cuarto (2D: 4D) y la incapacidad de girar objetos de tres dimensiones mentalmente, se cree que son un indicador de exposición elevada a niveles de hormonas sexuales en etapas prenatales.¹⁹ Las causas de la lateralidad no-diestra (zurdos o ambidiestros) no se entienden completamente. Existe alguna evidencia de que la no-diestra se asocia con un aumento de los niveles de andrógenos prenatales y el desarrollo de una falta de dominancia hemisférica.

El elevado número de hermanos mayores que se encuentran en los transexuales de hombre a mujer (HaM), también se ha reportado en los hombres homosexuales. Se ha propuesto que cada feto del sexo masculino, crea inmunización progresiva por los antígenos de los receptores a testosterona, de tal manera que los próximos fetos masculinos, tienen menos diferenciación de su cerebro hacia la virilización.^{20,21} Este es un mecanismo de control poblacional, en donde, si bien no se puede controlar que tipo de producto, si es hembra o macho, si se puede actuar epigenéticamente, modificando las capacidades reproductivas de los futuros adultos.

Las gónadas fetales se desarrollan bajo la influencia de una cascada de genes, que en los niños varones comienza con el gen determinante del sexo en el cromosoma Y (SRY)²². La producción de testosterona y la conversión periférica de la testosterona en dihidrotestosterona, entre las semanas 6 y 12 del embarazo son esenciales para

la formación del pene de un niño, de la próstata y el escroto. Sin embargo, el desarrollo de los órganos sexuales femeninos en el útero es principalmente en base a la ausencia de estos andrógenos. Una vez que la diferenciación de estos órganos sexuales se cancela, la diferenciación sexual del cerebro ocurre, por efectos de la organización permanente, de las hormonas sexuales en el cerebro en desarrollo.²³ Durante la pubertad, los circuitos cerebrales que se han organizado desde el periodo de estancia en la matriz serán activados por las hormonas sexuales, que hacen su irrupción en esta etapa de la aparición de caracteres sexuales secundarios.

El principal mecanismo responsable de la identidad de género y orientación sexual implica un efecto directo de la testosterona en el cerebro humano en desarrollo, como se muestra en los diferentes trastornos del tipo intersexual. El síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos, es causado por diferentes mutaciones en el gen para el receptor de andrógenos (AR). Los afectados, son varones XY que se desarrollan como mujeres y tienen una apariencia fenotípica de mujer y fantasías “heterosexual”, sin los problemas de incoherencia de género. Cuando un feto varón tiene una deficiencia de 5 α -reductasa-2 o-17 β hidroxí-esteroides deshidrogenasa-3, ocurre que la testosterona periférica se transforma en dihidrotestosterona. Al nacer se presenta como una “niña” con un clítoris grande. Estos niños XY, son generalmente criados como niñas. Sin embargo, cuando aumenta la producción de testosterona durante la pubertad, el ‘clítoris’ crece al tamaño de un pene, los testículos descienden, y los niños comienzan a masculinizarse y se hacen más musculosos.²²

Los principales objetivos de este estudio fueron la detección de comorbilidad psiquiátrica, la orientación sexual, la edad de la primera detección de componentes de incoherencia entre los géneros y las ensoñaciones en donde se puedan detectar la propia imagen y si está corresponde al género que aspiran pertenecer socialmente, en una muestra de personas transexuales, que acuden a una clínica de Diversidad Sexual. La coherencia sobre la autopercepción en el sueño, puede ser de interés, siendo que la actividad onírica se ha propuesto como

un tipo de realidad virtual que permite afrontar situaciones peligrosas o retos, movilizando una serie de recursos, que no se tiene en la condición de estar despierto.^{24,25}

Métodos

Las personas transexuales fueron evaluadas en la clínica DIVERGEN-UNAM de la Universidad de la Facultad de Medicina, en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se reclutó a un total de 43 personas TS. De ellas 36 TS, fueron de hombre a mujer (HaM), y 7 de mujer a hombre (MaH). La edad promedio del grupo fue de 31.25 ± 7.5 , con un rango de 18 a 57 años de edad. Todos los sujetos que acudían a la clínica, fueron invitados a participar en varios protocolos, sin embargo, esto no fue obligatorio, para que pudieran ser atendidos a nivel clínico. Las personas TS que participaron en este estudio no habían recibido ningún tipo de tratamiento de reasignación hormonal.

En los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Que tuvieran los criterios de Disforia de Género según el DSM-IV-TR, en una entrevista clínica.
2. Que no hubieran recibido previamente tratamientos hormonales con fines de reasignación genérica.
3. Que no presentaran alteraciones médicas, que impidieran el inicio de la reasignación hormonal (motivo por el cual acuden a la clínica Divergen-UNAM).
4. Que fueran mayores de edad.

A cambio de su participación en el estudio se les facilitó el que pudieran acudir al laboratorio central del Centro Médico Universitario, para la realización de sus exámenes de laboratorio previos a la administración de hormonas (Biometría hemática, examen general de orina, química sanguínea y perfil hormonal).

El procedimiento les fue explicado en detalle, después del cual, se obtuvo la carta de consentimiento informado. Las personas TS tuvieron una primera cita, que funcionó como entrevista preclínica, si en ella completaban de manera satisfactoria los criterios clínicos “Disforia de Género” (DG) para el DSM-IV-TR (Disforia de Género Identidad Disorder-GD), se les invitó a participar en este estudio, el cual fue aprobado por los comités ético y científico de la Universidad Nacional Autónoma de México, y el Hospital General de México. Secretaría de Salud.

Después de la elaboración de la historia clínica, exploración física, y el examen psiquiátrico, se aplicaron las entrevista estructuradas para diagnóstico psiquiátrico en su versión al castellano: la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV. Se aplicó además el Índice de calidad de sueño de Pittsburg (una sola vez al inicio del estudio). El

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ISP) se ha convertido en un instrumento estándar para la medición de la calidad del sueño. Se ha estandarizado en nuestro país. No es un cuestionario diagnóstico de enfermedades del dormir, y sirve como tamizaje. Además se les adiestró en el llenado de un diario de registro de sueños y actividad onírica, que llenaron durante dos semanas, todos los días, del periodo de esta evaluación. En lo referente a la calificación de la actividad onírica, se calificó como congruente un sueño que contenía una imagen del soñante, que correspondía al género con el cual se sentía pertenecer. Se hizo un índice entre el número total de noches reportadas (N=14) con ensoñaciones y en aquellas de estas, en donde se encontraba una coherencia con el cuerpo que se aspira tener, multiplicado por cien.

Este fue un estudio observacional y se realizaron estadísticos descriptivos, según fueron necesarios.

Resultados

Se estudiaron a 43 personas transexuales. Treinta y seis HaM y siete de MaH. En la *Tabla 1* se muestra la frecuencia de los diagnósticos de los trastornos psiquiátricos detectados en esta población. Las entradas totales son por diagnóstico en el eje I, algunas personas pueden tener más de un trastorno, y se anotó en diferentes columnas en la tabla. Diez transexuales HaM no tuvieron ningún diagnóstico psiquiátrico.

Anorexia, alcoholismo, y trastorno límite de la personalidad se diagnosticaron en los transexuales HaM. Diecisiete TS personas HaM, tuvieron al menos un diagnóstico psiquiátrico (47.2% de los transexuales), mientras que sólo dos personas transexuales MaH tuvieron este tipo de comorbilidad (28.57% de los transexuales MaH: alcoholismo). En la escala de Hamilton para la depresión (HAMD), las 14 personas con depresión mayor, tuvieron un puntuación que estuvo entre 18 a 38 puntos, con un promedio 24.1 ± 11.1 , lo cual lleva a estimar que su depresión mayor está en

niveles de significancia clínica. Las 14 personas con depresión mayor recibieron tratamiento específico antes de recibir su terapia de reasignación hormonal. Las siete personas con el diagnóstico de ansiedad, cinco fueron diagnosticados como ansiedad generalizada, y cuatro de estos siete, presentaron el diagnóstico de estrés postraumático, asociados a violencia familiar, escolar, o ambas. El diagnóstico de fobia social, o ansiedad social, se separó del resto del grupo de trastornos por ansiedad, debido al grado de incapacidad que genera en estas personas. La fobia social, fue del tipo generalizada, con una calificación en la escala de Liebowitz clínicamente significativas en las escalas de miedo o ansiedad y de evitación.

Los trastornos del sueño fueron más frecuentes en las personas TS con comorbilidad psiquiátrica. Estos fueron evaluados con el ISP, y fueron de 20.4 ± 5.7 para las personas transexuales con comorbilidad psiquiátrica y de 15.5 ± 2.3 (t de Students $p < 0.001$) en el resto de las personas transexuales. Las quejas

COMOBILIDAD PSIQUIATRICA EN UNA MUESTRA DE PERSONAS TS.

	Anorexia	Depresión	Ansiedad	Alcoholismo	Ansiedad Social	P. Límite
Mujer TS (HaM)	3	14	7	2	3	2
Hombres TS (MaH)	0	0		2	0	0

Tabla 1

principales en el diario de sueño fueron insomnio y fragmentación del sueño.

Las personas TS con detección temprana de la transexualidad en la condición HaM, (<15 años) fueron 23 de las 36 personas. En la **tabla 2** se muestran las variables que se compararon entre las mujeres transexuales (HaM), dependiendo de la edad en la que se percataron de la incongruencia genérica. Hay una diferencia significativa entre la edad de los dos grupos, siendo más jóvenes en el momento de asistir a la clínica Divergen, las personas que se detectaron mas tempranamente con incongruencia genérica. Estas últimas presentaron, una mayor cantidad de reportes de ensoñaciones por día, y una detección de su imagen coherente en las ensoñaciones. Es interesante, que sin embargo su calidad de sueño y vigilia, fueron significativamente menores a las personas de detección tardía de la incongruencia genérica.

	< 15 años	> 15 años	
	Promedio + SD	Promedio + SD	Students "t" Test
Edad	29.91 + 7.8	23.69 + 4.5	p<0.01
ISP	14.69 + 3.7	14.30 + 2.5	ns
Ensoña/día	8.34 + 3.4	6.15 + 4.09	P=0.09
Autoscopia	7.02 + 2.9	3.9 + 2.9	P<0.05
índice/coher	4.82 + 2.5	3.23 + 2.3	p=0.06
Eficiencia %	87.82 + 4.3	92.23 + 3.72	p<0.004
Cal-vigilia	6.82 + 1.8	8.69 + 0.63	p<0.001

Tabla 2 variables de sueño y ensoñaciones mujeres transexuales ham

En la **tabla 3** se compararon las mujeres transexuales (HaM), y los hombres transexuales (MaH), con detección temprana de su incongruencia genérica. Hay una mejor calidad de sueño en el ISP en hombres transexuales (MaH), con mayor número de ensoñaciones y autoscopia en los sueños para las mujeres transexuales. Sin diferenciáis en el índice de congruencia de sus autopercepción, y en las calidad de sueño y la vigilia. Sólo dos mujeres transexuales reportaron tener al menos dos episodios de pesadillas en las dos semanas de recolección en su diario de sueño y ensoñaciones.

	MaH < 15 años	HaM < 15 años	
	Hombre transexual	Mujer transexual	
	Promedio + SD	Promedio + SD	Students T Test
Edad	24.85 + 2.4	29.91 + 7.8	n.s.
ISP	19.42 + 1.1	14.69 + 3.7	p< 0.002
Ensoña/día	5.14 + 1.6	8.34 + 3.4	p<0.02
Autoscopia	3.42 + 1.3	7.02 + 2.9	p<0.05
índice/cohe	3.14 + 1.3	4.86 + 2.5	n.s.
Eficiencia %	90 + 1.2	87.82 + 4.3	n.s
Cal-vigilia	8.14 + 0.6	6.82 + 1.8	n.s

Tabla 3 sueño y ensoñaciones en ham vs. Mah de detección temprana

En otras variables estudias se encontró que las mujeres transexuales de inicio temprano, la mayoría eran solteras (86.95%), mientras que el grupo de mujeres transexuales de detección tardío la mayoría estaba casada (61.5%). En cuanto a su orientación sexual, tomando como referencia su género de autopercepción, las mujeres transexuales de detección temprana, la mayoría sentía atracción hacia hombres (heterosexuales 73.91 %). Mientras que las de inicio después de los quince años de edad, fueron heterosexuales 53.84

%. En el caso de los hombres transexuales (MaH), la edad de detección de su condición fue en todos temprana y las siete personas se sentían atraídas hacia mujeres (heterosexuales).

Discusión

Los principales hallazgos del presente estudio observacional fueron que las mujeres transexuales (HaM) tuvieron una mayor comorbilidad psiquiátrica que los hombres transexuales (MaH). Los trastornos del sueño, como insomnio y el dormir fragmentado, también fueron más frecuentes en las personas con la comorbilidad psiquiátrica, y por lo tanto mujeres transexuales. La autopercepción en las ensoñaciones, coherente al género que sienten pertenecer, se observó con más frecuencias en las mujeres transexuales, que se percataron en la infancia de la incongruencia de su género.

Como se mencionó anteriormente, las mujeres transexuales, tienen un mayor riesgo de psicopatología. El funcionamiento defensivo, reportado en estudios previos, entre ambos HaM y MaH, mostró que los primeros, presentan una serie de mecanismos de defensa más primitivos, en general que la de los grupos controles (no-transexuales) mientras que los TS masculinos (MaH) muestran un perfil no muy diferente de la de los dos grupos no transexuales estudiados ²⁶. Los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de que los transexuales HaM se caracterizan por una mayor propensión a la psicopatología que las personas TS MaH. Esto ya ha sido reportado previamente. ²⁷ Esto se puede explicar en función del relativo menor grado de presiones sociales que se observa entre niños y niñas con incongruencia de género en nuestra sociedad.

La presión para ajustarse de acuerdo con la sociedad, comienza temprano en la vida. Los niños son recompensados si complacen las expectativas de sus padres. No parece haber una diferencia consistente en la literatura entre las expectativas sociales de comportamiento de niños y niñas, por parte de sus padres. Pero el comportamiento de los

niños es más controlado, que el de las niñas. Esto es, hay una intolerancia para actitudes femeninas de los varones, y una relativa laxitud para las actitudes masculinas de las niñas. En otras palabras, es más difícil aceptar a los niños que aspiran a ser niñas que lo opuesto, por la sociedad. ¹²

Por otro lado, los jóvenes transexuales se confrontan constantemente, sobre las normas esperadas para su género. El mostrar una conducta atípica al género, hace que estas personas sean más susceptibles a ser victimizadas. Especialmente por sus padres, hermanos, y compañeros de clase. Ellos se enfrentan a un grado significativo de discriminación en los ámbitos en donde se desenvuelven, en casa, escuela, y trabajo. Esto llega a ser extremo hasta en las instituciones de salud. ²⁸ Al mismo tiempo hay una diferencia de victimización entre HaM y MaH. Lo anterior, puede explicar el porque hay diferencias entre comorbilidad psiquiátrica entre un grupo y el otro. ^{29, 30}

Las diferencias que se observan entre los grupos de mujeres transexuales, de detección temprana y tardía, de su incongruencia sexo genérica, ha sido una de las incorporaciones recientes del DSM-5 al estudio de las personas transexuales. ³¹ Es posible que tengan diferentes mecanismos neurobiológicos, o grados de expresión de su transexualidad. La maduración cerebral, en cuanto a procesos de mielinización, sinaptogénesis e incluso neurogénesis, ocurren hasta etapas muy tardías en el cerebro humano. Algunas estructuras como la estría terminal y el uncus del hipocampo, terminan su maduración en la época de la pubertad. ^{32, 33}

La utilización de la actividad onírica, puede resultar de utilidad para clarificación diagnóstica. Situación que no es fácil en la persona TS y en sus familiares, ante la condición de diversidad de género que presenta un individuo. La imagen corporal que se representa en las ensoñaciones, fuera del marco de la crítica de los otros, es un fenómeno importante. Porque es una evidencia entre la incongruencia real entre la autopercepción de las personas TS, y lo que ven los demás. Ramachandras y cols. ³⁴ propusieron

que en el caso de las cirugías de reasignación sexual, la falta de desarrollo de un miembro fantasma ante el pene amputado, es una evidencia, de que no hay un claro registro corporal de este órgano en ellos.

En pacientes amputados por cáncer de piel en pene, en heridos de guerra en los que hay que retirar el órgano sexual masculina, si se puede presentar el fenómeno del miembro fantasma. Pero no en el transexual HaM. Este tipo de herramienta se puede optimizar en las personas TS, por ejemplo con técnicas de entrenamiento para mejorar su percepción onírica.³⁴ Un hallazgo interesante fue que hay una relación recíproca entre la calidad del dormir y la capacidad de evocación de las ensoñaciones. Las mujeres transexuales que se percataron en la infancia de su incongruencia, tuvieron una baja eficiencia de sueño en el ISP, pero mayor capacidad de evocación de ensoñaciones. Lo contrario se ha reportado en personas sanas que son privadas de sueño, y que en la noche de recuperación, cuando presentan una eficiencia de sueño elevada, tienen una muy baja percepción de lo que soñaron.³⁵ Al tener mayor evocación de su ensoñaciones, les da una mayor puntuación en el índice de coherencia de la autopercepción en su ensoñaciones.

La principal limitación del presente estudio es lo reducido de la muestra, en especial para los hombres transexuales (MaH), que se comportan en relación a la atención médica, con el estereotipo de los hombres no transexuales, que en términos generales, retrasan mucho su atención médica.

No se contó con un grupo control de personas no transexuales, en donde se pudiera explorar lo referente a su calidad de sueño y la autopercepción corporal, en el lapso de dos semanas. El problema del reclutamiento de este tipo de controles, es de tipo metodológico y económico, ya que en la mayoría de los estudios en donde se utilizan este tipo de controles, para tener un compromiso con el estudio se les remunera económicamente.

Es posible que con un entrenamiento en detección de sus ensoñaciones, se pueda ahondar en el como una persona con incongruencia en su género se

percibe dentro de la actividad onírica, la cual se ha propuesto como preservada evolutivamente para poder lidiar con los problemas de la vigilia en un contexto de escenarios múltiples.²⁵

Lo anterior puede tener utilidad diagnóstica, y también para el manejo de problemas de ansiedad y de estrés postraumático.

Conclusiones

El uso del análisis de los sueños desde una perspectiva de primera persona con narrativa puede ser útil para evaluar el diagnóstico de transexualidad en las personas que aún no están seguros de su condición de incongruencia sexo-genérica.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran que en este estudio no existen conflictos de interés relevantes.

Fuentes de financiamiento

No existieron fuentes de financiamiento para la realización de este estudio científico

Referencias

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: American Psychiatric Association; 2013.
2. Zucker KJ. DSM-5: call for commentaries on gender dysphoria, sexual dysfunctions, and paraphilic disorders. *Arch Sex Behav*. 2013;42(5):669-674.
3. Simon L, Zsolt U, Fogd D, Czobor P. Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42(1):38-45.
4. Smith YL, van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Transsexual subtypes: clinical and theoretical significance. *Psychiatry Res*. 2005;137(3):151-160.
5. Aramburu Alegria C. Relational and sexual fluidity in females partnered with male-to-female transsexual persons. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(2):142-149.
6. Schoning S, Engelen A, Bauer C, Kugel H, Kersting A, Roestel C, Zwitserlood P, Pyka M, Dannlowski U, Lehmann W, Heindel W, Arolt V, Konrad C. Neuroimaging differences in spatial cognition between men and male-to-female transsexuals before and during hormone therapy. *J Sex Med*. 2010;7(5):1858-1867.
7. Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2007;21(3):431-444.
8. Hepp U, Buddeberg C. [Assessment and treatment of transsexualism]. *Praxis (Bern 1994)*. 1999;88(48):1975-1979.
9. Michel A, Mormont C, Legros JJ. A psycho-endocrinological overview of transsexualism. *Eur J Endocrinol*. 2001;145(4):365-376.
10. Hepp U, Milos G, Braun-Scharm H. Gender identity disorder and anorexia nervosa in male monozygotic twins. *Int J Eat Disord*. 2004;35(2):239-243.
11. Heylens G, Elaut E, Kreukels BP, Paap MC, Cerwenka S, Richter-Appelt H, Cohen-Kettenis PT, Haraldsen IR, De Cuypere G. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry*. 2014;204(2):151-156.
12. Gomez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godas T, Valdes M. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Arch Sex Behav*. 2009;38(3):378-392.
13. Auer MK, Hohne N, Bazarra-Castro MA, Pfister H, Fuss J, Stalla GK, Sievers C, Ising M. Psychopathological profiles in transsexuals and the challenge of their special status among the sexes. *PLoS One*. 2013;8(10):e78469.
14. Gomez-Gil E, Gutierrez F, Canizares S, Zubiaurre-Elorza L, Monras M, Esteva de Antonio I, Salamero M, Guillamon A. Temperament and character in transsexuals. *Psychiatry Res*. 2013;210(3):969-974.
15. Menvielle EJ, Rodnan LA. A therapeutic group for parents of transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011;20(4):733-743.
16. Occhionero MC, PC. Autoscopy phenomena and one's own body representation in dreams. *Consciousness and Cognition* 2011;20:6.
17. Schrock DP, Boyd EM, Leaf M. Emotion work in the public performances of male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behav*. 2009;38(5):702-712.
18. Herman-Jeglinska A, Grabowska A, Dulko S. Masculinity, femininity, and transsexualism. *Arch Sex Behav*. 2002;31(6):527-534.
19. Veale JF. Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(10):887-889.
20. Blanchard R. The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *J Nerv Ment Dis*. 1989;177(10):616-623.
21. Blanchard R, Clemmensen LH, Steiner BW. Social desirability response set and systematic distortion in the self-report of adult male gender patients. *Arch Sex Behav*. 1985;14(6):505-516.
22. Lombardo F, Toselli L, Grassetti D, Paoli D, Masciandaro P, Valentini F, Lenzi A, Gandini L. Hormone and genetic study in male to female transsexual patients. *J Endocrinol Invest*. 2013;36(8):550-557.
23. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH, Doorn CD, Gooren LJ. Cognitive ability and cerebral lateralisation in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*. 1998;23(6):631-641.

24. Revonsuo A. The reinterpretation of dreams: an evolutionary hypothesis of the function of dreaming. *Behav Brain Sci.* 2000;23(6):877-901; discussion 904-1121.
25. Revonsuo A, Valli K. How to test the threat-simulation theory. *Conscious Cogn.* 2008;17(4):1292-1296; discussion 1297-1301.
26. Prunasa A, Vitellin, R., Agnellod F, Curtid E., Fazzarid, P., Gianninid, F., Harmanne, D., Binie, M. . Defensive functioning in MtF and FtM transsexuals *Comprehensive Psychiatry.* 2014.
27. Cramer P. Protecting the self. Defense mechanisms in action. . New York: The Guilford Press. ; 2006.
28. Kersting A, Reutemann M, Gast U, Ohrmann P, Suslow T, Michael N, Arolt V. Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(3):182-189.
29. Cramer RJ, McNiel DE, Holley SR, Shumway M, Boccelli A. Mental health in violent crime victims: Does sexual orientation matter? *Law Hum Behav.* 2012;36(2):87-95.
30. Mitchell KJ, Ybarra ML, Korchmaros JD. Sexual harassment among adolescents of different sexual orientations and gender identities. *Child Abuse Negl.* 2014;38(2):280-295.
31. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. : American Psychiatric Association Press. ; 2013.
32. Wittmann W, McLennan IS. The bed nucleus of the stria terminalis has developmental and adult forms in mice, with the male bias in the developmental form being dependent on testicular AMH. *Horm Behav.* 2013;64(4):605-610.
33. Rametti G, Carrillo B, Gomez-Gil E, Junque C, Zubiarre-Elorza L, Segovia S, Gomez A, Guillamon A. The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *J Psychiatr Res.* 2011;45(7):949-954.
34. Ramachandran VS, McGeoch PD. Occurrence of phantom genitalia after gender reassignment surgery. *Med Hypotheses.* 2007;69(5):1001-1003.
35. De Gennaro L, Marzano C, Moroni F, Curcio G, Ferrara M, Cipolli C. Recovery sleep after sleep deprivation almost completely abolishes dream recall. *Behav Brain Res.* 2010;206(2):293-298.