

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INFANCIA Y DINÁMICA FAMILIAR EN SUJETOS CON TRASTORNO DE
IDENTIDAD DE GÉNERO: UN ESTUDIO CUALITATIVO

PROTOCOLO DE TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

PRESENTA:

ESTHER ELIZABETH VALDÉS ULLOA

TUTOR METODOLOGICO

TUTOR TEORICO

DRA. MARÍA DEL CARMEN LARA MUÑOZ

DR. RAFAEL SALIN PASCUAL

MEXICO D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Agradezco a mi familia (mis padres Alberto J. y María Esther, mis hermanas Aída Marysol y María Eugenia) por sembrar en mí la curiosidad en el autoconocimiento, la perseverancia y el cariño.

También quiero reconocer a la Lic. Blanca V., al Dr. Padilla R. y al Dr. Villarreal B., que me impulsaron para continuar con mi enseñanza y en esta ocasión conocer más acerca de la salud mental infantil.

A mis asesores de tesis la Dra. Carmen Lara al Dr. Salín Pascual y a la Dra. Leyla Guadarrama, así como a todos los integrantes del grupo de Transgénero del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM por permitirme realizar esta investigación.

A mis compañeros y amigos de la residencia : Aracely, Octavio, Claudia, Rolando, Gaby, Marce, Marco, Manuel, Líz, Roberto y en especial a Isabel.

Por último a Arturo Gerez por acompañarme en estos últimos meses apoyándome en todo momento con su amor.

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”.

Sigmund Freud (1856-1939) Médico austriaco.

INDICE

I. INTRODUCCION.....	03
II. MARCO TEÒRICO.....	05
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
IV. JUSTIFICACION.....	14
V. OBJETIVO GENERAL.....	15
VI. METODOLOGIA.....	16
VII. RESULTADOS.....	20
VIII. DISCUSION.....	25
IX. CONCLUSIONES.....	26
X. RECOMENDACIONES.....	28
XI. REFERENCIAS.....	30
XII. ANEXOS.....	32

I. INTRODUCCIÓN

En la década de los 50's dos desarrollos clínicos aumentaron el interés en el estudio de niños con problemas potenciales en el desarrollo de su identidad de género (TIG). Primero, las investigaciones de Money y colaboradores en niños con varios tipos de problemas de intersexo mostraron que el establecimiento de la identidad de género se desarrollaba entre los 18 y 36 meses de edad, si no es que a mas temprana edad. En los años 80's la homosexualidad influyó en que se volviera a enfocar el trastorno de identidad de género. Las series de estudios sobre homosexualidad en adultos indicaron que cierto patrón de niños con TIG desarrollaban posteriormente una homosexualidad (1).

Harry Benjamin, endocrinólogo estadounidense, recopila en su libro *The phenomenon* (1966) observaciones sobre la transexualidad y los resultados de las intervenciones médicas (18). En 1973 se propone el término de síndrome de disforia de género, que incluye al transexualismo pero también a otros trastornos de identidad de género. Disforia de género es el término utilizado para designar a la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado. En 1980 aparece el transexualismo como diagnóstico en el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición). El Trastorno de identidad de género se describió inicialmente en el DSM-III. El ICD-10 (Internacional Classification of Diseases, décima edición) señala cinco formas diferentes de TIG, y el término transexualismo [categoría F64.0] vuelve a usarse para designar a una de ellas. En 1979 se constituye la Harry Benjamin Internacional Gender Dysphoria Association (HBIGDA), aprobando unas Directrices Asistenciales (DA) que se

revisan periódicamente y sirven de guía asistencial para los TIG (Levine et al, 1998). La última revisión es de 2001 (Meyer et al, 2001) (2, 11). El término de identidad de género se refiere a la sensación de un individuo de ser hombre o mujer, el cual se consolida típicamente para la edad de 3 años. El rol de género se refiere a los aspectos de conducta del individuo la cual coincide con las definiciones culturales de femineidad y masculinidad. El término identidad sexual se refiere a la identificación del individuo como heterosexual, homosexual o bisexual, ésta típicamente se consolida durante la adolescencia. La orientación sexual describe la atracción erótica hacia un individuo, la cual usualmente coincide con la identidad de género (3, 6, 7).

II. MARCO TEÓRICO

Trastorno de la identidad de género [302.xx]

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

(1) deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo

(2) en los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina

(3) preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo

(4) deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo

(5) preferencia marcada por compañeros del otro sexo

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en

las niñas: rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificar según la edad actual:

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en niños [302.6]

F64.0 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos [302.85]

Codificar si (para individuos sexualmente maduros)

Con atracción sexual por los varones

Con atracción sexual por las mujeres

Con atracción sexual por ambos sexos

Sin atracción sexual por ninguno

Se requieren ciertas consideraciones en relación al TIG en escolares y preescolares. En cuanto al uso de ropas femeninas se engloba varias conductas relacionadas como son uso de joyas, zapatos, todo lo que involucra el deseo de ser como el sexo opuesto. Dichas conductas representan

tranquilidad para los niños. Estudios clínicos sugieren que el TIG a lo largo de la niñez y la adolescencia es un factor de riesgo para continuarlo hacia la vida adulta. En la adolescencia existe en ocasiones un subtipo el cual permanece “oculto” debido a que continúan con el conflicto de encajar en la sociedad.

Es difícil estimar la prevalencia del TIG debido a que no acuden suficientes pacientes para estimar un número aproximado, sin embargo en Nueva Zelanda se calcula una prevalencia de 1 en 11,000 hombres y 1 en 30,400 mujeres. Los datos de población de España se han obtenido de una consulta al Instituto Nacional de Estadística, con datos al 1 de Enero de 1998, que arrojan una población total de 39.852.651 habitantes (19.488.465 hombres y 20.364.186 mujeres). Del total de la población el 90,62% tiene ≥ 15 años (INE, 2000), lo que representa un total de 36.114.472 habitantes (17.659.977 hombres y 18.454.495 mujeres). Según esto, las estimaciones de prevalencia de TIG en España representan un total de 2.087 transexuales (1.480 de hombre a mujer y 607 de mujer a hombre). Del total, tras el adecuado proceso diagnóstico, serían candidatos a cirugía un máximo de 400 personas (2 de cada 10) (4). En cuanto a los datos de incidencia, los estudios realizados en Suecia entre 1972 y 1992, han recogido una incidencia de transexualismo, en población mayor de 15 años que demanda reasignación de sexo, de 0,17 / 100.000, siendo la razón hombre / mujer de 1,4 / 1 (11).

Se han realizado estudios acerca de la psicopatología asociada por medio de reportes de padres y maestros, así como técnicas proyectivas, por medio de la aplicación de la Escala de Comportamiento de Niños y

Adolescentes (CBCL), encontrando un predominio de psicopatología internalizada. En otro estudio por Zucker (1996) los niños con TIG presentaron mayores rasgos de ansiedad de separación (3). Además se han reportado mayores síntomas depresivos así como de los trastornos limítrofes de la personalidad, en las madres de los niños con TIG comparados con controles. En un estudio realizado con padres estos mostraron altos niveles de abuso de sustancias y depresión en entrevistas clínicas estructuradas (3, 9).

En los estudios de seguimiento no se encontró una relación significativa entre la orientación sexual y la identidad de género (3).

Los niños con un TIG invariablemente no muestran una condición física de intersexo con lo cual queda descartada una anomalía hormonal prenatal. Las hormonas prenatales pueden jugar un rol pero debe de haber una especie de disociación cerebro – genitales. Debido a que no existen estudios post mortem de la neuroanatomía del cerebro en estudios de niños o jóvenes, los investigadores se enfocan en marcadores hormonales u otros factores biológicos como los genéticos (1, 2, 5, 7). Existen reportes de estudios postmortem en adultos donde se ha visto que los pacientes transexuales (hombre-mujer) presentan una disposición y tamaño neuronal similar al de las mujeres. Se han descrito los hallazgos encontrados en el cerebro de un paciente (transexual mujer-a-hombre) el cual reporta patrones de desarrollo similares los cerebros de los adultos varones. Sin embargo, se ha visto que los cambios estructurales encontrados postmortem sólo se han visto en pacientes

transgénero adultos no así en los de menor edad, permaneciendo la incógnita ya que los síntomas se presentan desde una corta edad (5).

Estudios previos han reportado que los últimos nacimientos de una familia muestran más predisposición de transexualismo con orientación homosexual en Occidente. Se tiene la hipótesis que entre mas embarazos de varones tenga la madre existirán alteraciones en los niveles de andrógenos, modificando el desarrollo psicosexual del hijo mas pequeño. En los estudios de mujeres se ha visto que los primeros embarazos se encuentran relacionados con un TIG en mujeres (1, 5, 8, 10).

Entre los factores psicosociales se encuentran el deseo de las madres por una niña en transexuales masculino-a-femenino. Sin embargo lo único encontrado en los estudios es que se relacionan sólo con una menor retroalimentación hacia el determinado sexo siendo razonable presuponer que existe un periodo sensible donde se consolidan las conductas de la identidad de género. Los estudios realizados en la relación que existe con los padres se describen padres distantes, negativos y conflictivos (1, 2, 3, 10).

No existen evaluaciones controladas acerca de los avances terapéuticos. Algunos autores mencionan que el tratamiento para niños, antes de la adolescencia, sea mediante reforzamiento de las conductas sexuales tipo propias de su sexo, así como socialización con compañeros del mismo sexo (3). Entre las edades de 16 a 18 años se propone el uso inicial de hormonales, en unos inicios reversibles, seguidos de aplicación de entrevistas, sesiones de

psicoterapia individual y de familia. Posteriormente deberán de tener un rol completo hacia el sexo deseado así como estabilidad emocional y buen funcionamiento social. Posteriormente se lleva a cabo el uso de hormonales no reversibles. El tiempo medio entre el inicio de hormonales reversibles a irreversibles debe de ser de mínimo 1 año a año y medio. Después se lleva a cabo la cirugía de cambio de sexo con posterior manejo psicoterapéutico de seguimiento (11, 12). En algunos países europeos se les ofrece el cambio de genérico legal.

Aunque en muchos países desarrollados está regulado el cambio de nombre y de sexo en los registros administrativos, la cobertura asistencial en el sistema público para la reasignación de sexo es muy variable. Así, en Alemania fue aprobado en 1980 un Código de Transexuales, que permite el cambio de nombre y de sexo administrativos pero la prestación sanitaria pública aún no está cubierta. Se ha publicado una guía clínica para el diagnóstico y tratamiento (Becker et al, 1998). Otros países europeos tienen cobertura pública de estas intervenciones, como Holanda, Finlandia, Suecia y Reino Unido, con distintos matices; y Alemania y Suiza por sentencia judicial. Aparte de la financiación de los procedimientos, en la mayoría de estos países existen centros públicos y privados, con larga tradición en la asistencia a estos pacientes, donde se ha realizado buena parte de la investigación clínica y psicosocial (Briones, 2000). En general suelen seguir los EC de la HBGDA. (Estándares de Cuidado de la Asociación Internacional Harry Benjamín para la Disforia de Género). El diagnóstico lo realiza el psiquiatra, quien aconseja y apoya, y deriva para tratamiento hormonal y quirúrgico. Para la cirugía los

candidatos deben tener 18 años y haber seguido la experiencia de la vida real al menos 12 meses. Este proceso produce autoselección de casi un tercio; y del total que solicita asistencia sólo la décima parte llega a operarse (Best & Stein, 1998). La duración de todo el proceso oscila entre 2 y 3 años. La imposibilidad de completar la reasignación de sexo puede motivar importantes trastornos psiquiátricos, automutilaciones e incluso el suicidio (11).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Suecia y EUA son países donde arrojan datos acerca del cálculo de la prevalencia del TIG. Sin embargo es problemático extrapolar los resultados de los instrumentos de detección gruesa como el CBCL para conocer la prevalencia de este trastorno. Se han hecho cálculos por medio del conocimiento de las cifras de homosexualidad en adultos ya que se sabe que de un 50-65% de los varones homosexuales presentan un TIG, mientras que un 50% de las mujeres homosexuales presentan un TIG, encontrando así cifras de 1 % en varones y de 0.5 % en mujeres.

Con todas estas limitaciones, para una aproximación epidemiológica en España, se ha seleccionado como referencia los últimos datos del equipo de Ámsterdam (Bakker et al, 1993), que durante 25 años ha tratado a más de 2.200 transexuales. Estos autores hablan de una prevalencia de 1 / 11.900 para transexuales de hombre a mujer (H-a-M) y de 1 / 30.400 para transexuales de mujer a hombre (M-a-H), con una ratio H-a-M / M-a-H de 2,5/ 1, y definiendo como caso a aquellas personas que ya habían iniciado tratamiento hormonal; y en el denominador consideran sólo la población de \geq 15 años.

Los datos de población de España se han obtenido de una consulta al Instituto Nacional de Estadística, con datos al 1 de Enero de 1998, que arrojan una población total de 39.852.651 habitantes (19.488.465 hombres y 20.364.186 mujeres). Del total de la población el 90,62% tiene \geq 15 años (INE,

2000), lo que representa un total de 36.114.472 habitantes (17.659.977 hombres y 18.454.495 mujeres). Según esto, las estimaciones de prevalencia de TIG en España representan un total de 2.087 transexuales (1.480 de hombre a mujer y 607 de mujer a hombre). Del total, tras el adecuado proceso diagnóstico, serían candidatos a cirugía un máximo de 400 personas (2 de cada 10) (4).

En México no se han realizado estudios acerca del TIG o investigaciones utilizando instrumentos de medición específicos para este trastorno, por lo tanto no se tienen cifras en las encuestas epidemiológicas nacionales. Lo cual ocasiona que no sea diagnosticado este trastorno el cual provoca disfunción en los individuos que la padecen, además de encontrarse con un diagnóstico tardío el cual originaría psicopatología agregada. Así mismo se daría a conocer la necesidad de estudiar la regulación legal de cambio de género en ausencia de un diagnóstico de intersexo, disminuyendo las cirugías clandestinas, así como un cambio de género como derecho constitucional, el cual se limita actualmente solo al Distrito Federal (16).

IV. JUSTIFICACIÓN

El Trastorno de Identidad de Género se ha asociado con pobre funcionalidad, aumento de psicopatología, dificultades en el tratamiento así como en la evolución. La identificación y el tratamiento de este trastorno podrían mejorar la calidad de vida de estos pacientes, además de dar pauta a inicio de protocolos de tratamiento en pacientes sin el diagnóstico de intersexo. Por tal motivo al iniciar estudios para conocer acerca de este trastorno ayudaría, mas adelante, a la realización de instrumentos más específicos de medición, dar tratamientos específicos ayudando a disminuir la morbilidad, costos de la población así como potenciales intentos suicidas posterior a realización de cirugías para cambio de género sin autorización sanitaria.

V. OBJETIVO GENERAL

Describir la infancia y dinámica familiar por medio de un historial clínico de los pacientes de la Clínica de Transgénero del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

VI. METODOLOGÍA

VI. I. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio cualitativo basado en la descripción fenomenológica médica-psiquiátrica, basado en las investigaciones clínicas.

VI. II. POBLACIÓN

Se trata de sujetos los cuales se encuentran en la clínica de Transgénero del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM. Es importante recalcar que se entrevistaron solo a los sujetos que presentaron un TIG de hombre a mujer, ya que la clínica presenta en su mayoría sujetos con dichas características, los cuales estuvieron de acuerdo en participar en las entrevistas.

VI. III. MUESTRA

Adultos inscritos en la Clínica de Transgénero del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, que den su consentimiento informado para la realización de este estudio, que sepan leer y escribir y no presenten los criterios de exclusión.

Se establecen como criterios de exclusión:

1. No pertenecer a la Clínica de Transgénero

VI. IV. DIMENSION DE ANALISIS

Antecedentes personales patológicos, esto con el fin de investigar si existen alteraciones desde el nacimiento como lo es los genitales ambiguos, debido a que esto pudiera influir en la asignación de género al nacimiento (1).

Antecedentes heredofamiliares, aquí se explora el número de hijos en la familia, con el fin de averiguar si, como en las investigaciones previas existe alguna semejanza en cuanto al lugar de nacimiento que se ha visto en los sujetos con TIG (1, 10, 17)

Relaciones parentales. Aquí se explora la relación entre las figuras parentales, madre y padre con el fin de compararla con investigaciones donde se describe en su mayoría una madre sobreinvolucrada y un padre periférico.

Control de esfínteres. Se explora la forma en la cual se realiza el entrenamiento por los padres debido a que se tiene descrito que existen diferencias entre los diferentes géneros que comparten los sujetos con TIG (10).

Desarrollo psicosexual. Se explora el desarrollo psicosexual desde su inicio (sujeto al recuerdo), como identidad de género, sensación acerca de sus genitales, afecto con el sexo femenino y masculino desde la niñez hasta la adolescencia tardía, así como relaciones sexuales en la adolescencia. **Orientación sexual y conductas sexuales tipo**, las cuales son las conductas que se relacionan con ya sea un hombre o una mujer (manierismos). Así como la **orientación sexual** la cual se define como el patrón de respuesta erótica hacia un determinado sexo (1, 2, 3, 17)

Juego. Este se describe como una actividad voluntaria, placentera, aliviadora de tensión que contiene elementos necesarios de cuasirrealidad “como si” o pura fantasía, cambia cualitativa y cuantitativamente a medida que el

organismo madura y que puede ser funcional donde solo se utiliza simples movimientos musculares repetitivos, constructivos como la manipulación de objetos para construir y crear, dramático en la que el niño asume las funciones de otro y los juegos con reglas en las que las reglas preconcebidas rigen el desarrollo y fin de la actividad. Aquí se explora la identificación hacia algún tipo de juego de acuerdo a ya sea el juego prototipo del sexo masculino o femenino, del cual existen variaciones (1, 2, 17).

Trastorno de ansiedad de separación. Se explora un desarrollo inapropiado o excesivo de ansiedad a la separación de un individuo del que el niño presenta mas apego, debido a que en investigaciones se ha visto que los sujetos con un TIG presentan ansiedad de separación, siendo asociado principalmente en los transexuales hombre- mujer con respecto a la madre (1, 17)

VI. V. PROCEDIMIENTO

1. Se incluirán a todos los pacientes inscritos a la Clínica de Transgénero durante el periodo de septiembre – octubre y los cuales cumplan los criterios de inclusión y exclusión.
2. Se les informará a los pacientes el objetivo del estudio.
3. A los pacientes que estén de acuerdo en ingresar, firmarán la carta de consentimiento informado.
4. Se realizará historial clínico donde se incluirán datos demográficos, antecedentes familiares, antecedentes en su desarrollo psicosexual y dinámica familiar (1,2,13,14,15). Dichas entrevistas se harán por la

autora principal, médico residente del 2do año de la especialidad en paidopsiquiatría.

5. Descripción de datos obtenidos.

VI. VI. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente proyecto de investigación no viola la declaración de Helsinki de 1964, ni en sus modificaciones de 1983 y 1989 para la investigación en seres humanos. Así mismo este proyecto no sale de los estatutos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (Título Quinto, Artículo 100 en sus siete fracciones y Artículo 101).

Se solicitó consentimiento informado por parte del paciente.

VI. VII. PLAN DE ANALISIS

Se realizaron entrevistas clínicas las cuales se transcribieron en formatos preestablecidos siguiendo las dimensiones de análisis comentadas anteriormente esto a cargo del investigador principal en un consultorio donde solo se encontraba el sujeto a entrevistar. Además se contó con un rubro de comentarios donde se pudieron agregar notas que fueran relevantes y que surgieron durante las entrevistas con una posterior discusión.

VII. RESULTADOS

Características básicas

Se entrevistó a 5 sujetos, en una entrevista pactada, con un tiempo de duración en promedio de 3 horas. Entre las características básicas las edades fueron de 21, 30, 34, 40 y 61 años de edad. 4 (80%) con escolaridad de licenciatura trunca, el 4 (80%) con un trabajo actual, uno jubilado. En cuanto a su estado civil uno (20%) divorciado y el resto solteros.

Antecedentes personales patológicos

No se encontraron antecedentes de genitales ambiguos al nacimiento.

Orden de nacimiento en la familia

El 50% ocupaba el último lugar número del total de hermanos. 4 (80%) tuvieron hermanos (varones) mayores.

Relación con sus padres

El 100% de los sujetos presentaba una buena relación con su madre desde la infancia hasta la actualidad. En las entrevistas los sujetos las describen como madres afectivas, supervisoras, las cuales establecían en su mayoría límites y reglas, empáticas hacia su identificación con determinado género. Mientras que la relación con el padre, desde los primeros años se describe como distante donde el 100% de los sujetos tenían un padre periférico. En algunos casos se describen padres agresivos con poca tolerancia hacia su

identidad de género y/o orientación sexual llegando hasta las agresiones físicas al conocer dichas características.

Juego

Todos los sujetos comentaron que desde los 5 años jugaban mas con sus hermanas debido a que no les agradaban los juegos bruscos, inicialmente no tomaban roles femeninos en el juego pero conforme avanzaban en la edad llegaban a tomar roles femeninos, gustaban de jugar con muñecas, a la familia, se negaban a jugar con muñecos varones y escogían muecas como personajes de identificación. Inicialmente las hermanas llegaban a criticar dichas conductas, sin embargo rápidamente se adaptaban a los juegos en conjunto con ellos. Los sujetos en su totalidad comentan que los juegos realizados eran a escondidas de las madres, sin embargo al pasar del tiempo las madres afirmaban haber tenido conocimiento de esto sin llegar a reprender o intentar suprimirlas. Comentan que los padres ignoraban dichas conductas, muy probablemente por su parcial ausencia. En la edad escolar presentaban juego con pares no deportivos, donde preferían juegos de mesa o cantar y bailar siempre en compañía principalmente de pares del sexo femenino. En la secundaria continuaban dichos juegos ahora a base de pláticas con amigas, con las cuales también bailaban y cantaban. Entre las razones que se daban del porque de dichos juegos femeninos, mencionan que por que no les agradaban los juegos “bruscos” o no ser muy atléticos para juegos deportivos, además de mencionar que les atraía mas vestir las muñecas o jugar a ser la madre de estas.

Socialización

En el preescolar y primaria llegaban a socializar tanto con varones como con mujeres, sin embargo agregan que preferían rodearse de mujeres con las cuales se identificaban, comentan que les gustaba observarlas y convivir con ellas porque presentaban los mismos gustos en ropa y juegos. En la adolescencia llegan a socializar con varones por atracción sexual y con fines de tener una relación de noviazgo o una relación sexual con estos, además de continuar la socialización con mujeres como amistades o incluso primeras experiencias sexuales.

Desarrollo psicosexual

Se describe la identidad de género, de los sujetos, oscilando entre los 4 a 6 años de edad, donde se describen así mismo como mujeres, identificándose por las conductas sexuales tipo femeninas de las hermanas, madre u otros familiares del sexo femenino. La mayoría de los sujetos comentan no poder identificarse con el sexo masculino incluso, cuando se percataban de las diferencias genitales, en su mayoría a los 6 años de edad, llegando a presentar sentimientos de disgusto por sus genitales externos.

En la primaria comentan que debido al inicio de la presión de sus compañeros por tener una relación de noviazgo con niñas aceptaban relacionarse con ellas, sin embargo aseguran que solo llegaban a ser “buenas amigas” y les gustaba identificarse con ellas. Inician con gusto por los varones. Uno de los entrevistados llegó a tener una relación de noviazgo

a los 13 años de edad con un varón homosexual, al estar en un internado de varones.

Al expresarse los caracteres sexuales secundarios presentaban en su mayoría tristeza o enojo y constantemente depilaban sus cejas, se rasuraban la barba con el fin de no mostrar vello facial o bajaban el tono de su voz.

En la secundaria es cuando 4 de los sujetos (80%) presentaron su primera relación sexual siendo inicialmente homosexual y posteriormente heterosexual. Comentan que la primera relación sexual homosexual llegó a ser insatisfactoria y que por tal motivo buscaron posteriormente relaciones heterosexuales a pesar de que en la mayoría de los casos las parejas eran homosexuales, lo cual también describen como no totalmente satisfactorio ya que buscaban varones heterosexuales estos mencionan que en las relaciones con varones homosexuales no podían expresar su identidad femenina puesto que dichos sujetos exigían conductas sexuales tipo masculinas de su parte. Uno de los sujetos continúa con relaciones bisexuales.

Se describe que a partir de la adolescencia tardía presentan mas constancia en cuanto a características femeninas como su arreglo personal, portar largo el cabello, uñas largas, lustrosas y pintadas, asi como depilación del vello facial.

Familia

Las familias de los sujetos presentaban diferentes estratos socioeconómicos y religiosos, teniendo familias en su mayoría católicas (80%) y una judía. La relación entre los padres de los sujetos en su mayoría eran distantes, llegando incluso hasta presentar separaciones momentáneas o permanentes.

Los padres de la mayoría de los entrevistados presentaron enojo e incluso llegó a ser agresivo verbal y físicamente cuando llegaban a presentar conductas tales como juegos femeninos, al sorprenderlos con el uso de vestimentas propias del género femenino así como cuando verbalmente se nombraban así mismos como “niñas”.

Antecedente de ansiedad de separación

Todos los pacientes negaron haber presentado dicho antecedente, sin embargo se logró encontrar síntomas aislados de ansiedad.

VIII. DISCUSIÓN

Cuando se compara con estudios anteriores acerca del orden del nacimiento del hijo que ocupan en la familia coinciden con los pacientes entrevistados debido a que se ha visto más el TIG (de varón a mujer) entre los menores de los hermanos, así mismo se ha visto que presentan hermanas mayores como algunos de los entrevistados. Pudiendo explicar la presencia de dicho trastorno la hipótesis de una reacción inmunológica contra los andrógenos durante el embarazo. Así como la hipótesis psicosocial la cual describe que la exposición en los primeros años de conductas y actividades del sexo femenino pudieran llegar a presentar un TIG particularmente de hombre a mujer (1,2,3,10,17)

Existió una mayor influencia materna que paterna en todos los sujetos, además de ser más positiva dicha relación. Lo cual concuerda con resultados de estudios anteriores (10).

Cuando se les preguntó directamente el porque del tipo de juegos y conductas sexuales tipo femeninas todos mencionaron porque “tenían dicha motivación”, además de que en su mayoría presentaban insatisfacción llegando incluso al repudio de sus genitales externos, uno de los pacientes describe como llegó a colocar un hilo alrededor de su pene con la fantasía de que se caería como le había sucedido cuando presentó la caída de sus dientes a la edad de 6 años. Así como presentar sentimientos de tristeza, llegando incluso a episodios depresivos en la adolescencia e

intentos suicidas en uno de los sujetos posterior a presentar relaciones sexuales homosexuales.

Como diferencia a los resultados de otras investigaciones no se encontraron suficientes datos que sugirieran un trastorno de ansiedad de separación, sin embargo si se encontraron síntomas ansiosos en la mayoría de los sujetos (17).

Nos encontramos con cierta suspicacia por parte de los sujetos de la clínica en aceptar las entrevistas muy probablemente debido a las constantes estigmatizaciones de dichos sujetos a lo largo de su vida.

IX. CONCLUSIONES

A pesar de encontrar múltiples semejanzas con resultados de investigaciones previas es necesario poder realizar estudios cuantitativos que estudien las características encontradas en este y otros estudios relacionados. Durante la realización de esta investigación nos encontramos con cierta suspicacia por parte de los sujetos de la clínica en aceptar las entrevistas, disminuyendo el número de sujetos para la investigación, muy probablemente debido a las constantes estigmatizaciones de dichos sujetos a todo lo largo de su vida.

La psicobiología del trastorno de identidad de género, el rol de género así como la orientación sexual continua como un área de intenso estudio. Los efectos de las hormonas prenatales continuará como una gran área de investigación, con el fin de poder continuar dichas investigaciones se deben incluir estudios de genética molecular, funciones neuropsicológicas así como cognitivas y el estudio de los datos demográficos acerca del orden de nacimiento comparado con la población en general sin dicho trastorno.

Así mismo sería importante poder implementar una descripción de los rubros estudiados aquí con el fin de poder realizar diagnósticos y manejos más específicos a los niños y adolescentes evitando la presencia de psicopatología la cual generalmente se presenta como consecuencia de este trastorno.

X. RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DE SUJETOS CON TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO

Inicialmente se debe realizar un diagnóstico adecuado con los criterios clínicos del DSM-IV-TR a través de una entrevista clínica donde se encuentren los rubros antes mencionados en la investigación, posteriormente iniciar con la psicoeducación hacia los padres de los niños, tener en cuenta la meta principal que es evitar la presencia de psicopatología por el trastorno *per se*, independientemente de su orientación sexual posterior. Debe tenerse en cuenta que conforme se avanza a la adolescencia y edad adulta la maleabilidad y plasticidad de la identidad de género disminuye.

En el tratamiento de niños se sugiere el inicio de cualquier tipo de psicoterapia con el fin de disminuir la disforia de género, teniendo en cuenta que la acción sobre el desarrollo psicosexual será solo contemplativa, psicoeducación a los padres manejo psicológico o psiquiátrico en caso de psicopatología en ellos con el fin de que exista un adecuado rol parental. En los niños que presentan confusión se sugiere exponer a estímulos de su mismo sexo así como propiciar amistades del mismo sexo, así como explorar a la familia en búsqueda de factores que hayan podido facilitar dicha confusión.

En los adolescentes se sugiere inicialmente explorar la orientación sexual ya que en dicha etapa existe una gran confusión. Uso de terapia de grupo con adolescentes homosexuales y con un TID con el fin de que conozcan las características de cada grupo.

Posterior a estas intervenciones y si se continua con dicha disforia se sugiere sea enviado a los 18 años a una clínica especializada con adultos con un TID o inicio en la adolescencia tardía de hormonales supresores de caracteres sexuales secundarios (17).

XI. REFERENCIAS

1. Zucker, K. (2007). Gender Identity Disorder. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. (4ta. Ediciòn). (1037, 671-680). New Heaven , Connecticut: Lippincot Williams & Wilkins.
2. Green, R. (2005). Gender Identity Disorder. *Kaplan's & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (8va. Ediciòn) (4064, 1979-1991). Philadelphia, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
3. Bradley, S. & Zucker, K. (1997). Gender Identity Disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 36 (7), 872-880.
4. Narring, S., Stronski, H., & Michaud, P. (2003). Prevalence and dimensions of sexual orientation in Swiss adolescents: a cross-sectional survey of 16 to 20-year-old students. *Actas Pediatricas*, 92: 233-239.
5. Gooren, L. (2006). The Biology of human psychosexual differentiation. *Hormones and Behavior*, 4:589-601.
6. Ahmed, S., Morrison, S., & Hughes, A. (2004). Intersex and gender assignment; the third way? *Arch. Dis. Child*, 89:847-850.
7. Sein, M. (2001). Sammy; Gender Identity Concerns in a 6-year-old boy. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 43-47.
8. Poasa, K., Blanchard, R., & Zucker, K. (2004). Birth order in transgendered males from Polynesia: A quantitative study of Samoan *Fa'afāfine*. *Journal of sex and marital therapy*, 30; 13-23.
9. Campo, J., Nijman, H., Merckelbach, H., & Evers, C. (2003). Psychiatric comorbidity of gender identity disorders. A survey among Dutch Psychiatrists. *Am. J. Psychiatry*, 160, 1332-1336.

10. Scott, R. (1995). The childhood and family dynamics of transvestites. *Archives of sexual behavior*, 24: 309-327.
11. Cohen-Kettenis, P. & Von Goozen, S. (1996). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36:263-271.
12. Cohen-Kattenis, P. & Von Goozen, S. (2000). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery; A prospective follow-up study. *J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40, 472-481.
13. Greenspan, S. (1981). *The Clinical Interview of the Child*. McGraw Hill, Nueva York.
14. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. *Manual del Taller: "Historia clínica Psiquiátrica"*, Facultad de Medicina, UNAM, 2002.
15. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. *Manual del curso de Introducción a la clínica Psiquiátrica del menor*, Facultad de Medicina, UNAM, 2006.
16. Berenguer, M. (2008). *La Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) aprobó modificaciones al Código Civil que beneficia al colectivo "Trans" en México D.F.* Recuperado el (20) de (septiembre) del (2008) en (<http://www.cogam.org/en/secciones/transexuales/i/449923/73/item>).
17. Zucker, K. (2004). Gender Identity Disorder. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. American Psychiatry Publishing. London, England.
18. Benjamin, H. (1996). *The transsexual phenomenon*. New York, Julian Press.

XII. ANEXOS

CUESTIONARIO PARA INFANCIA Y DINAMICA FAMILIAR EN SUJETOS CON TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO

Nombre
Sexo de asignación
Edad
Ocupación
Estado civil
Lugar de nacimiento
Lugar de residencia
Fecha de nacimiento

Antecedentes Personales Patológicos.

Entrenamiento de esfínteres

Cuando comenzó para cada esfínter
Cuando fue completado para cada esfínter
Métodos utilizados
Actitudes de la madre y el padre
Respuestas, relapsos, complicaciones, regresión en otras áreas, incontinencia,
Encopresis, enuresis

Juego

Inicio de juego simbólico
Tipo de juegos de lactante
Preescolar
Adolescente
Juegos con que tipo de género de acuerdo a
Preescolares
Escolares
Adolescentes
Edad de Juegos donde existe intercambio de ropa, actitud de los padres acerca
de estas conductas, reacciones por parte de usted acerca de estas conductas,
razones que da usted por dichos juegos

Orientación sexual

Fantasías de los padres acerca del género de usted
Actitudes de los padres acerca del sexo
Edad de identidad de género, con que género se identifica (mismo de
asignación u opuesto)
Conductas sexuales tipo
Sensación acerca de genitales
Como fue obtenida su información sexual
Afecto personal hacia el sexo masculino
Afecto personal hacia el sexo femenino
Patrones tempranos de relación con el sexo opuesto

Edad de inicio de pubertad
Cambios de voz, crecimiento de vello público o axilar.
SENSACION DE ESTOS CAMBIOS.
MASTURBACION: edad de inicio, fantasías y ansiedades, fantasías
homosexuales o heterosexuales

SATISFACCIONES

INSATISFACCIONES

ANSIEDADES SEXUALES

Familia

Identificación de usted por sus padres (nombre, sobrenombres)
Identificación con que figura
Acontecimientos más sobresalientes con padres o algún otro familiar en los
primeros años de vida
Tipo de relaciones que lleva con la familia
Padre
Madre
Lugar de nacimiento
Posición de la familia y número de hermanos
Relación con los padres y con los hermanos
Medios religioso, social y económico

Intereses, pasatiempos
Amigos
Que tipo de personas le gustaban y con las que establecía relaciones
duraderas
Logros y problemas durante la edad escolar
Eventos significativos durante la edad escolar

Antecedentes escolares

Funcionamiento social y académico escolar

Comentarios

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN CLINICA**

LUGAR Y FECHA _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: “ INFANCIA Y DINAMICA FAMILIAR EN SUJETOS CON TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GENERO. UN ESTUDIO CUALITATIVO”. REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA CON EL NÚMERO _____ .

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO ES: DESCRIBIR EL HISTORIAL CLÍNICO DE LOS SUJETOS DE LA CLÍNICA DE TRANSGÉNERO DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN: CONTESTAR UN HISTORIAL CLINICO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL (DRA ESTHER ELIZABETH VALDES ULLOA) SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE SE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON A CABO.

ANTE CUALQUIER DUDA ME PODRE COMUNICAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL A LOS TELS: 04455 13 76 93 82 Y 56 23 21 30.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBO EN EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DE LA UNAM.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERA MANEJADA EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIEN SE HA COMROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACERCA DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR
PRINCIPAL

TESTIGO 1

TESTIGO 2