

Trastorno de la identidad de género

Josep Tomàs Vilaltella

Algunas definiciones...

¿Qué es la identidad de género?

Los sexos se dividen en dos: macho y hebra y varón y mujer. El término género se refiere a la lingüística y se aprecian tres géneros: masculino, femenino y neutro. Mientras que el primer término es biológico, el segundo es una construcción cultural correspondiente a los roles o estereotipos que en cada sociedad se asignan a los sexos.

La *identidad de género* se refiere al sentido individual de ser macho o hembra, que se suele consolidar hacia los 3 a 4 años de edad.

¿A que nos referimos con conducta del rol de género?

La *conducta del rol de género* se refiere a aspectos de la conducta individual que son consistentes con definiciones culturales de masculinidad o feminidad. La aparición de las conductas del rol de género es posterior al correcto desarrollo del autoetiquetaje de macho o hembra. En la mayoría de niños, existe un incremento en la conducta del rol de género, acompañado por ideas sobre valoradas sobre el estereotipo del rol de género, hacia la edad de 4 a 5 años. En los últimos años, se está logrando un mayor entendimiento la conducta del rol de género, pero la mayoría de niños continúan mostrando preferencias por las actividades típicas de su género y continúan excluyendo o rechazando a los niños que se desvían significativamente de las normas.

¿Qué se entiende por identidad sexual?

La *identidad sexual* se refiere al propio etiquetaje del individuo como un ser heterosexual, homosexual o bisexual. Este etiquetaje, que normalmente esta relacionado con aquello que ha sido experimentado como eróticamente atractivo, normalmente no se consolida hasta la adolescencia.

¿Qué significa el término orientación sexual?

La *orientación sexual* describe lo que es eróticamente atractivo para un individuo que, normalmente, es consistente con la identidad sexual, pero puede diferir para aquellos que experimentan sentimientos eróticos inaceptables.

¿Cómo se diagnostica el Trastorno de la Identidad de Género (TIG)?

El DSM-IV ha introducido varios cambios en la clasificación de diagnósticos del TIG y de sus criterios. Existen dos criterios importantes.

El criterio A especifica conductas que significan la identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo con el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales). En los niños el trastorno se manifiesta por el deseo repetido de pertenecer al otro sexo, de vestir como el sexo contrario, marcada preferencia por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo, juguetes y preferencia de actividades del otro sexo, y preferencia marcada por compañeros de otro sexo. En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como el 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.

El criterio B especifica conductas de malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol. En los niños la alteración se manifiesta por 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, no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina. En adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias o creer que ha nacido con el sexo equivocado.

El diagnóstico de TIG no coexiste una enfermedad intersexual. A dichos individuos con dificultades en la identidad del género se les puede asignar el diagnóstico residual de TIG no especificado.

Finalmente, como con otros diagnósticos DSM-IV, el individuo debe manifestar evidencia de malestar clínicamente significativo o deterioro en cualquier área su actividad como resultado del trastorno. Aunque el sufrimiento puede ser más difícil de determinar en los niños más pequeños, la investigación muestra evidencia de déficits en las habilidades del mismo sexo y las interacciones con sus coetáneos.

¿Cómo se evalúa el trastorno?

En la entrevista con los padres se debe incluir la pregunta sistemática sobre las conductas clave propias del trastorno (ej.: listado de síntomas del DSM-IV-TR). La entrevista del niño se debe utilizar para confirmar la información de los padres acerca de la disforia y la conducta del otro sexo que está manifestando el niño, pero resulta más útil proporcionar una comprensión dinámica de los sentimientos del niño sobre sí mismo y sobre sus cuidadores.

La evaluación de los adolescentes con TIG ha sido menos estudiada debido, en parte, al menor número de demanda en consulta. En el DSM-IV, el fetichismo travestido se define como un trastorno que ocurre en varones heterosexuales donde el individuo está afectado o sufriendo necesidades sexuales intensas o recurrentes y promueve

fantasías sexuales que conllevan una inversión en la forma de vestir. Los adolescentes con fetichismo travestido difieren de los adolescentes con TIG en que ellos no muestran una infancia con historia de conducta de género cruzada, aunque sus intereses fetichistas de invertir la forma de vestir pueden haber comenzado en la niñez.

¿Existen datos epidemiológicos?

No existen estudios epidemiológicos formales sobre la prevalencia o incidencia del TIG. La prevalencia estimada del TIG (transexualismo) en adultos probablemente infravalore la prevalencia en niños.

A partir de la información proporcionada por las madres, se ha descubierto una baja prevalencia de conducta de género atípica en niños de primaria así como que presentar puntualmente conductas del otro sexo no es extraño. De manera similar, el informe de los padres sobre los síntomas conductuales del Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach and Edelbrock, 1983) puede proporcionar una estimación mayor de la prevalencia.

A partir del modelo estandarizado del CBCL y en población normal, un 6% de niños y un 11,8 de niñas de entre 4-5 años en ocasiones tienen comportamientos del sexo opuesto; el 1.3% de estos niños y el 5% de las niñas a veces o con frecuencia desean ser del sexo opuesto. Entre los 6-13 años, hay un descenso en la frecuencia en ambos factores para los chicos y, por lo que respecta a las chicas tanto la persistencia del comportamiento como el deseo de pertenecer al sexo opuesto sufren un descenso más gradual.

¿Puede la investigación constatar diferencias entre niños y niñas?

Por el contrario, una investigación realizada con niños que acuden a visita, las madres informan que el 16,3% de niños de entre 4-5 años tienen comportamientos del sexo opuesto y el 15,5% desea ser del sexo opuesto. Para las niñas, la frecuencia es mayor en ambos factores. Sin embargo, la diferencia entre los que acuden a consulta y los que no, no es tan grande para las niñas como lo es para los niños.

A pesar de que en los ejemplos con población normal las chicas muestran niveles más altos de deseo de pertenencia al sexo opuesto, los ejemplos clínicos muestran que la ratio para el motivo de consulta es de 7 chicos por cada chica. Los estudios concluyen que las chicas tienen un umbral mayor que los chicos para acudir a consulta, que está relacionado con la diferencia en la tolerancia social de los pares o adultos por lo que respecta a conductas de cruce de género en chicos frente a chicas.

¿Cuál es la psicopatología asociada?

Los datos más sistemáticos surgen del análisis del CBCL. En el CBCL, los chicos con TIG están significativamente más perturbados que sus hermanos. Los niños entre 6-11 años muestran mayor perturbación que los 4-5 años, donde no aparece una diferencia

significativa al compararlos con sus hermanos. Existe predominancia de psicopatología internalizada en oposición a la externalizada tanto en el informe de los padres como de los profesores. Las chicas con TIG muestran niveles similares de comportamiento perturbado, pero similares respecto a la psicopatología internalizada y externalizada.

En el caso de los adolescentes que acuden a consulta preocupados por su identidad sexual, la información facilitada por las madres muestra dificultades de conducta significativas. Ello implica aumentos tanto en las escalas internalizadas como externalizadas del CBCL.

Los resultados de las diferentes investigaciones hallan que un 60% de niños que cumplen criterios de TIG tienen rasgos de ansiedad de separación, lo que resulta consistente con la predominancia de la psicopatología internalizada en el CBCL.

¿Qué papel juega la patología de los padres en los niños con TIG?

Aunque la psicopatología paterna específica no es diagnóstica, las madres de niños con TIG tienen niveles más altos de depresión y trastorno límite de personalidad, tienden a informar de mayor psicopatología en listados de síntomas y encuentran criterios para más diagnósticos psiquiátricos en una entrevista diagnóstica estructurada. Los índices de adaptación social y hostilidad son similares a los controles clínicos. Aunque los padres han sido menos estudiados, algunos padres de hijos con TIG presentan mayores niveles de abuso de sustancias y depresión.

¿Es el trastorno por identidad de género predictivo de homosexualidad?

La relación observada entre la conducta de género cruzada y más tarde la homosexualidad se ha observado en estudios prospectivos de niños con TIG así como en varios estudios retrospectivos de hombres y mujeres homosexuales. En un estudio, el 75% de chicos femeninos seguidos hasta la adolescencia (edad media, 19 años), han declarado tener fantasías predominantemente homosexuales/ bisexuales, mientras que el 80% de los que han tenido experiencias sexuales son catalogados de bisexuales/ homosexuales.

En un meta-análisis reciente sobre publicaciones retrospectivas, se muestra una fuerte relación entre la extensión de la conducta de cruce de géneros durante la infancia y una posterior orientación homosexual, tanto en hombres como mujeres. A pesar de los datos, un porcentaje de la muestra ha sido identificado como heterosexual. De manera similar, no todos los individuos que más tarde se identifican como homosexuales han tenido una historia de conducta de género cruzado. Esto sugiere que la relación entre el TIG y la homosexualidad no es perfecta, y que la TIG no es simplemente la manifestación temprana de la homosexualidad.

En un estudio con niños con TIG, sólo 1 de los 44 sujetos pidió una reasignación sexual durante la adolescencia o la época adulta; de los niños evaluados inicialmente por temas de identidad de género, el 20% continuó mostrando disforia de género. Al evaluar a adolescentes con TIG, sus padres presentan mayor tolerancia hacia las conductas de género cruzado que aquellos padres que acuden a la consulta cuando

sus niños son más jóvenes, lo en parte explica la persistencia de estas conductas en la adolescencia. No ha habido estudios de seguimiento sistemáticos de adolescentes con TIG.

¿Cuál es la causa de este trastorno?

¿Qué datos se pueden extraer de la investigación biológica?

En los últimos años, las diferentes teorías sostienen que las hormonas sexuales prenatales tienen efecto en la definición de la conducta sexual típica consecuente y en la posible orientación sexual. Aunque esta teoría no ha sido confirmada en niños con TIG, la extrapolación puede hacerse desde los estudios de adultos con TIG, de hombres y mujeres homosexuales, y de individuos con anomalías hormonales.

El efecto positivo de la retroalimentación de estrógeno ha sido la principal estrategia para intentar examinar la teoría hormonal en los adultos: las mujeres heterosexuales muestran un aumento de hormonas luteinizantes tras una inyección de estrógeno, lo cual no sucede en hombres heterosexuales. Los resultados en hombres homosexuales y hombres y mujeres transexuales no son concluyentes.

¿Se ha encontrado un núcleo sexualmente dimórfico?

Actualmente los estudios sobre anatomía cerebral tienden a buscar un núcleo sexualmente dimórfico, como se predice desde la teoría hormonal prenatal y como se establece en animales, y exploran si los hombres homosexuales difieren de los heterosexuales pero se parecen a mujeres heterosexuales. La mayoría de estudios no han podido ser replicados. A pesar de ello, los estudios de chicas y mujeres con Hiperplasia Adrenal Congénita (HAC) han proporcionado ayuda para esta teoría. Las mujeres con HAC están expuestas a niveles incrementados de andrógenos en el útero. Durante la infancia, estas niñas muestran algunas conductas de rol que son más propias del género masculino; cuando son adultas, tienen menos implicación heterosexual y más fantasías homosexuales. Todos los estudios realizados hasta la fecha, aunque no son concluyentes, ayudan a la comprensión del desarrollo del TIG y apuntan a que probablemente existen efectos hormonales prenatales en la conducta dimórfica sexual.

¿Qué variables influyen en el desarrollo del TIG?

Dos variables demográficas familiares que han sido estudiadas en hombres homosexuales y que han resultado robustas son la ratio de sexo entre los hermanos y el orden de nacimiento. Tanto los hombres homosexuales con género disfórico como los chicos con TIG tienen un mayor número de hermanos que de hermanas. Además, en consistencia con los descubrimientos en hombres homosexuales con género disfórico o no, los niños con TIG tienen un nacimiento más tardío en el orden familiar.

Basándose en los altos niveles de psicopatología internalizada observada en niños con TIG, algunos estudios han propuesto la inhibición y la reacción al estrés como factores constitucionales que hacen a estos niños más vulnerables.

¿Qué datos se extraen de los estudios psicosociales?

El sexo engendrado y asignado sigue siendo la variable más importante a la hora de determinar la identidad de género de un individuo a pesar de los descubrimientos anómalos de individuos con déficit de 5- α -reductasa que giran su presunta identidad de género hacia la masculinización de sus hábitos durante la pubertad.

¿Hasta dónde afecta la preferencia paterna en el desarrollo del TIG?

La preferencia paterna por una hija o un hijo puede afectar la evolución del niño y su valoración dentro de la familia. Existen pruebas de que el deseo materno por una hija crece cuando los hermanos mayores son chicos. Aunque el deseo en sí mismo no es suficiente para influenciar el desarrollo del TIG, la evidencia clínica sugiere que, para algunas madres de hijos con TIG, su incapacidad para elaborar el desacuerdo que les produce el no tener una hija, deriva en una en dificultades a la hora de relacionarse con su hijo.

Sobre la actitud educativa de los padres...

La capacidad de los padres para moldear la conducta de sus hijos con relación a su género no tiene todavía unas bases claras, aunque los estudios más recientes apuntan al hecho de que los padres tienden a responder de manera más positiva a las conductas del mismo sexo de sus hijos que a las conductas del sexo contrario. En los estudios realizados con niños con TIG, uno de los descubrimientos más importantes ha sido la falta de desaprobación paterna a la conducta de sexo contrario, mayor refuerzo de la conducta femenina y menor de la conducta masculina por parte de las madres.

La respuesta paterna temprana a las conductas de cruce de sexos es bastante positiva. Aunque solo podemos especular en cómo los niños con TIG perciben la respuesta de sus padres a su conducta de sexo cruzado, sería razonable suponer que permitir mantener estas conductas durante el periodo donde se consolida el propio género, podría interferir con la consolidación de la identidad de género de su mismo sexo.

¿Qué factores consolidan las conductas del sexo opuesto?

Sobre los factores que pueden promover el aumento de la consolidación hacia géneros cruzados, se incluyen los factores dinámicos respecto a los padres y factores temperamentales y constitucionales respecto al niño. A pesar de que no existe un respaldo por parte de la investigación, desde la observación clínica, se ha propuesto la existencia de factores dinámicos que promueven la respuesta más positiva de la madre hacia la conducta femenina de su hijo.

En cuanto a los factores del propio sujeto se incluyen el nivel de actividad y la apariencia física. Los chicos con TIG suelen ser atractivos y la descripción de sus

madres cuando son bebés difiere significativamente de las madres control, ya que estas primeras los presentan como más hermosos y femeninos. A modo de ejemplo, algunos investigadores han usado parámetros más objetivos, mostrando fotografías de niños con TIG, las cuales son valoradas como más atractivas que las fotografías de chicos control. Por el contrario, a las chicas con TIG se las valoró como menos atractivas que las chicas de controles normales.

Respecto a la relación íntima madre-hijo:

- Pasan menos tiempo con sus hijos,
- Tienen un mayor número de separaciones y hospitalizaciones.
- Presentan niveles significativos de psicopatología, especialmente depresión y trastornos de la personalidad
- Muestran dificultad para conectar con sus hijos creando apegos inseguros.
- Se confirma la relación distante padre-hijo como variable etiológica significativa en el caso de chicos extremadamente femeninos y en hombres homosexuales. Así, los hijos perciben las relaciones con sus padres como algo distante, negativo y conflictivo, lo que contribuye a la ansiedad del niño y deterioro de la relación con éste al intentar, atenuar los déficits de la relación madre-hijo.
- Los padres de niñas con TIG son percibidos como agresivos y amenazadores hacia sus mujeres, y la mayoría de estas niñas describen sueños y fantasías de protección hacia sus madres frente a las figuras agresoras. Estos datos son consistentes con una historia de abuso físico o sexual de mujeres a hombres transexuales y con más conductas masculinas en chicas que han sufrido abusos sexuales.

¿Existe un modelo teórico para la comprensión del TIG?

Desde la investigación se ha propuesto un *modelo dinámico* para la comprensión del desarrollo del TIG. Se establecen factores generales que aumentan la inseguridad del niño o la ansiedad sobre sí mismo y que hacen que el niño sea vulnerable y busque soluciones para reducir la ansiedad. Incluyen:

- Reactividad constitucional al estrés,
- Dificultades tempranas en el establecimiento del apego que aumentan la inseguridad del niño y
- Factores familiares o situacionales que aumentan su ansiedad.

Los factores específicos que hacen que un niño tenga una mayor probabilidad de desarrollar patología de identidad de género, en contraposición a otras formas de trastorno, son: factores dinámicos respecto a la actitud de los padres, los cuales permiten y toleran la conducta del sexo opuesto y, por lo que respecta al propio niño, el nivel de actividad o sensibilidad hacen el cruce de género más probable.

Una vez el niño ha comenzado a acomodarse en las conductas del sexo opuesto, especialmente si esto ocurre cuando la identidad de género del niño aun no esta consolidada, el niño puede involucrarse en una identificación con el género cruzado que sirve como mecanismo defensivo y que puede ser difícil de declinar, especialmente si los factores que contribuyen a su desarrollo no se han modificado.

¿Cuál es el tratamiento para este tipo de trastorno?

Aunque existe una variedad de aproximaciones terapéuticas, y debido a la rareza relativa del TIG, no existen evaluaciones controladas de las intervenciones que se llevan a cabo con este tipo de trastorno. Las intervenciones con el niño y sus padres pueden reducir la identificación con el género opuesto y, además, se ha demostrado que cuanto más se involucran las figuras paternas en el tratamiento mayor es la pérdida de conductas del sexo opuesto.

Se parte del consenso de una aproximación ecléctica que combine la desaprobación de las conductas del género opuesto junto con la promoción de oportunidades para desarrollar tanto habilidades del mismo sexo y como amistades. Esto puede requerir más tiempo con el padre, concretar los días para jugar con amigos del mismo sexo o favorecer la participación en grupos estructurados de coetáneos del mismo sexo. En niños pequeños, el trabajo debe estar dirigido principalmente a que los padres les ayuden a entender su sensibilidad para afrontar y comprender el valor como chico o chica, y hasta qué punto la familia está reforzando la preocupación del niño sobre su propia identidad de género. Para algunas familias, es necesario un trabajo más intensivo al nivel de pareja, el entorno familiar o individual.

En el caso de niños más mayores con TIG, la terapia individual está indicada para tratar con el uso inflexible de las conductas y fantasías propias del sexo opuesto, el evitar o negar el malestar, y la rabia, así como la baja autoestima que puede reflejar el rechazo familiar o social. También puede ser útil la intervención en grupos de padres, ya que parece reducir el estigma y el aislamiento social que muchos padres sienten.

La investigación sobre el tratamiento de adolescentes con TIG es muy escasa y no se ha encontrado que las terapias individuales con éstos adolescentes sean efectivas para modificar de manera significativa sus sentimientos de cruce de género. Si es cierto que éstos adolescentes necesitan ayuda relacionada con la depresión, otros trastornos psiquiátricos y las dificultades sociales. La mayoría continúan sintiéndose aislados socialmente a causa de su identificación con el género opuesto lo que interfiere en su participación en las actividades sociosexuales normales durante la adolescencia.