

Trastorno de la identidad de sexual

Josep Tomàs Vilaltella

¿Qué es la Identidad Sexual?

A nivel cognitivo la identidad sexual o de género ha sido definida como el reconocimiento del propio niño en la identificación con un sexo determinado, el ser consciente de que uno pertenece al sexo masculino o femenino. A nivel afectivo, este sentido de pertenencia es valorado emocionalmente, por lo que el niño experimenta un sentimiento de comodidad o seguridad al ser niño o niña. La identidad de género de un niño o niña viene condicionada por la estimulación hormonal durante el periodo prenatal y postnatal de maduración del niño, así como a una serie de factores psicosociales, íntimamente unidos la adopción de determinados comportamientos de masculinidad o feminidad que vienen definidos culturalmente. A este conjunto de conductas es a lo que denominamos roles sexuales. El concepto de rol sexual hace referencia a la identificación y reproducción por parte del niño de ciertas conductas consideradas socialmente como prototípicas de hombres o de mujeres.

La identidad sexual se inicia en etapas tempranas de la infancia y depende, por una parte, de factores genéticos y hormonales, y por otra del sexo atribuido al niño al nacer y al rol sexual en el que se lo educa.

¿Qué se observa en niños y adolescentes con TIS?

En determinados casos se produce una disociación entre el sexo anatómico del niño/a y su identidad sexual. Esta disociación produce un profundo malestar que se manifiesta en el deseo de pertenecer al otro sexo. Entonces hablamos de un Trastorno de la Identidad Sexual (TIS).

El rasgo más común del TIS es una identificación y una preferencia hacia el rol sexual característico del otro sexo. Esto puede inferirse a partir de múltiples manifestaciones conductuales de identificación sexual, como intereses en juguetes, deseo de vestirse con ropa del otro sexo, preferencias hacia roles y actividades imaginarias, preferencias a la hora de relacionarse con sus compañeros, determinados rasgos de personalidad, etc. La identificación con el otro género también se expresa a través de afirmaciones verbales como que a uno le gustaría pertenecer –o incluso que pertenece– al otro sexo. Además, los niños con TIS frecuentemente tienen pocas cosas positivas que decir sobre su propio sexo, rechazando igualmente sus características anatómicas. Parece que experimentan un sentimiento de *disforia sexual* o de incomodidad o dificultad por pertenecer al género al cual pertenecen, alterándose profundamente el sentimiento normal de masculinidad o feminidad. En la adolescencia, cuando el cuadro clínico se parece más a lo que se observa en adultos con TIS, el sentido de *disforia de género* se hace más difícil de ignorar o disimular.

¿Cuál es la prevalencia del TIS?

No hay estudios que hayan constatado formalmente la prevalencia del TIS en niños. Se ha sugerido, sin embargo, que estimaciones conservadoras de prevalencia se pueden inferir de los datos respecto a la prevalencia del transexualismo en adultos, ya que el comienzo del TIS suele tener lugar en la infancia y adolescencia. Tales datos se basan en el número de personas que acuden a clínicas de tratamiento hormonal y quirúrgico. Atendiendo a este criterio, el número de adultos transexuales es pequeño. Algunas estimaciones sugieren una prevalencia de uno de cada 11.000 hombres y una de cada 30.000 mujeres, aproximadamente (Bakker, 1993).

Estimaciones más liberales de prevalencia pueden extraerse a partir de estudios con niños en los que se evalúan comportamientos específicos de género cruzado. Por ejemplo, el estudio estandarizado del CBCL (Achenbach, 1981), incluía información sobre el porcentaje de madres de niños y niñas clínicos y no clínicos que cumplían con los ítems: “se comporta como del sexo opuesto” y “desea ser del sexo opuesto”. A los 4-5 años el 16'3% de los niños y el 18'6% de las niñas se comportan como si pertenecieran al otro sexo, descendiendo al 3% y al 16'5% respectivamente a los 12-13 años. Los hallazgos de Achenbach sugieren que hay una diferencia de sexo en la ocurrencia de un comportamiento de género cruzado suave (1-4%), desapareciendo esta diferencia cuando el comportamiento es más extremo.

El principal problema de estos datos es que no diferencian los patrones duraderos, múltiples y persistentes de comportamiento de género cruzado del fenómeno transitorio. Los datos de este tipo probablemente sobreestiman casos de TIS, aunque los métodos de recogida de datos pueden considerarse como herramientas de evaluación general útiles para un estudio posterior más detallado.

¿Ha cambiado la incidencia del TIS en las últimas décadas?

Desafortunadamente los tipos de datos de epidemiología infantil requeridos para responder a esta cuestión no existen. Se dispone de fuentes de información indirectas, pero son difíciles de utilizar. Considérese, por ejemplo, el actual debate respecto a la incidencia de tendencia homosexual. Algunos autores mantienen que la incidencia es bastante estable, mientras otros sostienen que se ha incrementado. Si la primera visión es correcta, entonces también puede esperarse una incidencia estable de los TIS, ya que existe un porcentaje inespecífico de adultos homosexuales que probablemente experimentó TIS en su infancia (al menos de forma latente). Si la última visión es correcta, entonces uno puede esperar encontrar un mayor número de niños con síntomas de TIS.

Los cambios en los patrones educativos de los niños, respecto al comportamiento de rol sexual son otra fuente indirecta de información sobre los cambios en la incidencia del TIS. Hay autores que señalan, en base a su experiencia clínica, que las madres que han intentado “masculinizar” a sus hijas o “feminizar” a sus hijos con el fin de prepararlos para “roles sociales radicalmente nuevos” no han producido niños “andróginos”, como esperaban, sino niños que evidencian un “rol estereotípico de género cruzado que asustaba a sus padres”. No se ha estudiado en profundidad el efecto educativo de los padres para moldear el rol comportamental sexual en los niños, por lo que no podemos afirmar que un tipo de educación menos convencional esté introduciendo TIS inadvertidamente.

¿Hay diferencia de prevalencia entre niños y niñas?

Se ha observado de manera consistente que existe mayor número de referencias en niños que en niñas respecto a la identidad sexual. Esto se ha reflejado tanto en estudios de investigación como en estudio de casos clínicos, en los que se señala una ratio aproximada de 6'6 niños por cada niña (los estudios de muestras clínicas indican una prevalencia más alta de conductas sexuales atípicas comparándolas con las de la población general).

Una posible explicación es que factores sociales jueguen un rol en esta disparidad. Por ejemplo, está bien constatado que los padres, profesores y amigos son menos tolerantes con el comportamiento de género cruzado en los niños que en las niñas (los padres relacionan las conductas femeninas del niño con homosexualidad en la vida adulta), lo que podría conllevar a diferencias de sexo en los casos que llegan a la consulta clínica.

Otra posible fuente de error es el menor interés por el estudio del TIS en las niñas (Mardomingo, 1995). Todo ello, teniendo en cuenta que los estudios epidemiológicos sobre el TIS son escasos, no nos permite sacar conclusiones definitivas respecto a la prevalencia del TIS.

¿Cuándo empieza el TIS?

Los signos comportamentales iniciales del TIS suelen aparecer durante la primera infancia (edad de los primeros pasos) y años preescolares, años en los que pueden observarse los patrones más convencionales de comportamiento de sexo. En algunos casos los padres señalan que comportamientos como usar vestidos del sexo opuesto empezaron antes del tercer cumpleaños. Rara vez el TIS se inicia en la vida adulta.

¿Cómo es el comportamiento de un niño con TIS?

El asunto clínico central concierne al grado en el que se presenta un patrón de signos comportamentales, para poder inferir hasta qué punto un niño sufre TIS. En su forma leve, el niño siente malestar hacia su propio sexo, pero reconoce el sexo al que pertenece. En su forma grave, la identificación con el sexo contrario es tan intensa que se desea profundamente una apariencia externa en todo similar, recurriendo al tratamiento hormonal y a la corrección quirúrgica. En todo caso el síntoma común es el sentimiento de inadecuación respecto del propio sexo.

En los niños, el cuadro clínico, en su forma completa incluye las siguientes características:

- un deseo ocasional o frecuente de ser niña o una insistencia de que él es una niña.
- expresiones verbales o comportamentales de disforia anatómica (por ejemplo, decir que no les gusta su pene y que preferirían una vagina; orinar en posición sentada realizando la fantasía de tener genitales femeninos).
- frecuente uso de ropa u otros complementos femeninos (pintarse las uñas, usar maquillaje, etc).
- una preferencia por roles femeninos y una evitación de roles masculinos en juegos simbólicos.

- una preferencia por juguetes y actividades estereotípicamente femeninos (p.e. jugar a las casitas, a los papás y mamás) y una evitación de los masculinos (p.e. juegos violentos, peleas).
- uso recurrente de manierismos afeminados o estereotípicamente femeninos.
- una preferencia por las niñas como compañeras de juego y una evitación de los niños como compañeros de juego
- una evitación de los juegos violentos y/o participación en deportes grupales con niños.

En las niñas el cuadro es similar. Incluye: un deseo ocasional o frecuente de ser niño o una insistencia de que ella es un niño; expresiones verbales o comportamentales de disforia anatómica; intensa aversión a usar ropa estereotípicamente femenina e insistencia en llevar ropa estereotípicamente masculina; una preferencia por roles masculinos y una evitación de roles femeninos en juegos simbólicos; una preferencia por juguetes y actividades estereotípicamente masculinas y una evitación de las femeninas; uso recurrente de manierismos estereotípicamente masculinos; una preferencia por los niños como compañeros de juego y una evitación de las niñas como compañeras de juego; un fuerte interés por los juegos violentos y participación en deportes grupales con niños.

La consulta al médico suele producirse cuando el niño empieza a ir al colegio dado el rechazo que produce en los compañeros, que le conduce al aislamiento social. El niño toma conciencia, entonces, del carácter problemático de sus sentimientos y deseos. En las niñas la consulta suele producirse más tarde, dada la mayor tolerancia social.

Durante la infancia deben considerarse varios aspectos del desarrollo. Un aspecto concierne a las constataciones del niño de querer ser del otro sexo o en la insistencia de que él o ella pertenece al otro sexo. Podrían esperarse mayores dificultades con el autoetiquetado de género en los niños con TIS durante los años preescolares y cuando el cuadro clínico general es extremo y quizás, cuando hay problemas de funcionamiento psicosocial general. No obstante, lo más frecuente cuando hablamos de TIS es que el niño/a sabe cuál es su sexo, pero desea pertenecer al otro sexo.

Un segundo asunto evolutivo concierne a la variación en los marcadores evolutivos de identificación de género cruzado. Algunos comportamientos, tales como preferencia de amistades del otro sexo, parecen ser estables a lo largo de la infancia; sin embargo, otros comportamientos, como actividades e intereses de rol, pueden sufrir importantes cambios. Por ejemplo, niños que muestran una preocupación hacia las muñecas y juegan interpretando el rol de madre, es menos probable que lo hagan a medida que se acercan a la adolescencia, pero puede que continúen manifestando preocupaciones femeninas como un intenso interés en la moda femenina y una idealización de actrices y estrellas del rock. Los manierismos afeminados de estos niños pueden llegar a hacerse más prominentes. Es menos probable que los niños mayores manifiesten deseo de cambiar de sexo, pero la persistencia de disforia de género en estos niños puede expresarse de otras maneras, como el menosprecio del propio sexo y la idealización del otro sexo.

El último asunto evolutivo concierne al significado del deseo de cambio de sexo durante la infancia y la adolescencia. Ese deseo podría relacionarse con varios factores durante la temprana infancia. Por ejemplo, un niño podría razonar que debido a que prefiere actividades del otro sexo, sería lógico ser una persona del otro sexo. O un niño podría pensar que haciendo actividades del otro sexo, cambia de sexo, una manifestación del pensamiento preoperacional que tiene lugar antes de alcanzar la constancia de género. Factores familiares también podrían ser importantes para niños

pequeños que perciben que a un padre le gustaría que fuera del otro sexo. De esta manera se hace altamente improbable que los niños pequeños conceptualicen el deseo de cambiar de sexo de la misma manera que los adolescentes.

¿Por qué ocurre el TIS?

La identidad sexual de una persona es un fenómeno complejo y aún no muy bien conocido. En él intervienen factores genéticos, neuroendocrinos y ambientales.

Los niños con TIS no muestran invariablemente signos claros de alteración sexual física, lo que descartaría una marcada anomalía hormonal prenatal. De esta manera la búsqueda de influencias biológicas en el desarrollo del TIS debe focalizarse en factores que no afectan la configuración de los genitales externos.

A continuación señalaremos algunos de los factores biológicos y psicosociales que pueden ayudarnos a explicar por qué ocurre el TIS.

¿Cuáles son los mecanismos biológicos implicados en el TIS?

Existe un conjunto de factores genéticos, neuroendocrinológicos y neuropsicológicos relacionados con el TIS.

Las hormonas sexuales ejercen un papel organizador y diferenciador de la función cerebral a través de su actuación sobre los mecanismos de neurotransmisión, modulando la vida relacional del niño con el medio ambiente.

A continuación describiremos algunos factores biológicos que pueden estar implicados en la génesis del TIS.

Nivel de actividad

El Nivel de Actividad (NA) es una dimensión comúnmente aceptada de temperamento, con alguna evidencia de base genética y posiblemente influencias hormonales prenatales. Respecto a los niños con TIS, el NA como factor predisponente es una posibilidad prometedora porque muestra una fuerte diferencia de sexo, con los niños con un NA más alto que las niñas. El juego violento, otro comportamiento dismórfico sexual, tiene alguna similitud con el NA en el hecho de que a menudo se caracteriza por un alto gasto energético; sin embargo un rasgo distintivo es que se trata de un comportamiento de interacción social que engloba secuencias como “lucha” y “persecución”. A diferencia del NA, una marcada evitación del juego violento es uno de los criterios definitorios del TIS en niños en el DSM-IV.

Usando medidas a partir de la información dada por los padres sobre NA, se ha encontrado en algunos estudios que los niños con TIS tienen un NA inferior que los niños controles. También se ha visto que las niñas con TIS tienen un NA mayor que las niñas controles; de hecho, las niñas con TIS tienen un NA mayor que los niños con TIS, mientras que para los controles se observa la típica diferencia de sexo. Es posible, por ello, que un atípico NA sea un factor temperamental que predisponga al desarrollo del TIS. Por ejemplo, un niño de baja actividad con TIS puede encontrar el típico comportamiento de juego de otros niños como incompatible con su propio estilo comportamental, lo que puede dificultarle la integración exitosa en su grupo de iguales masculino.

Quizás estas variaciones del NA dentro del mismo sexo están relacionadas con variaciones en los patrones de secreción hormonal prenatal y convergen con estudios

recientes de la literatura animal experimental. Este modelo animal –que muestra una disociación entre diferenciación comportamental dismórfica sexual y diferenciación genital- tiene su más directa relevancia en la explicación del marcado comportamiento de género cruzado en niños con TIS.

Peso al nacer

De promedio los niños pesan más que las niñas al nacer. Hay, por supuesto, muchos factores que influyen en las variaciones del peso al nacer (PN). Un factor hipotético es la diferencia de sexo en exposición prenatal a los andrógenos. En un estudio las niñas con hiperplasia adrenal congénita tuvieron una media mayor de bajo PN que las niñas no afectadas. En otro estudio los niños con la forma completa del síndrome de insensibilidad andrógina fueron comparables en bajo PN a las niñas.

Hay estudios en los que se compara los PN de los niños con TIS y con muestras controles clínicas de niños y niñas. Los controles clínicos muestran la esperada diferencia sexual de PN. Los niños con TIS tienen un significativo menor PN que los niños controles clínicos, pero no muestran diferencias significativas con respecto a las niñas controles clínicas. Aunque no está claro qué factores o conjunto de factores responden a la diferencia probando-control en PN, los resultados son consistentes con el posible rol de hipoandrogeneización prenatal de los probandos con TIS.

Lateralidad

Algunos más varones que mujeres muestran una preferencia por la mano izquierda en tareas unimanuales tales como escribir. No existe un consenso establecido para entender las bases de esta diferencia sexual. Factores genéticos juegan un rol claro en determinar la preferencia manual. Otra línea de investigación implica factores prenatales y/o perinatales adversos que elevan la lateralidad zurda por encima del estándar del 10% de la población general.

Se ha encontrado que los niños con TIS tienen una tasa significativamente elevada de lateralidad zurda (19,5%) comparándola con niños normales y con niños de población clínica con diagnósticos heterogéneos. Los estudios paralelos con adultos varones con TIS, así como estudios de varones adultos homosexuales, muestran que estos individuos también parecen tener una tasa elevada de lateralidad zurda. Actualmente la explicación de dicha elevación sigue sin aclararse, pero factores candidatos se han centrado en algún tipo de alteración prenatal que, de alguna manera, afecta a la diferenciación comportamental dismórfica sexual.

Ratio de sexo en hermanos y orden de nacimiento

Los niños con TIS tienen más hermanos que hermanas y su orden de nacimiento es posterior. Alguna evidencia adicional muestra que los niños con TIS nacen posteriormente en relación al número de hermanos mayores, pero no de hermanas. En un estudio los niños controles clínicos no mostraron evidencia del ratio de sexo en hermanos ni en su orden de nacimiento. Estos hallazgos se mezclan con estudios de varones adultos con TIS y orientación homosexual, que también tienen un exceso de hermanos respecto a las hermanas y un orden de nacimiento posterior. Un estudio del orden de nacimiento en niñas con TIS mostró que tenían un orden de nacimiento anterior comparado con las controles clínicas.

Una explicación biológica de los resultados en varones tiene que ver con las reacciones inmunes maternas durante el embarazo. El feto varón es sentido por las madres como mas “extranjero” (antigénico) que el feto hembra. Basándose en estudios con animales inferiores, se ha sugerido que una consecuencia de esto es que las madres producen anticuerpos que “desmasculinizan” o “femenizan” el feto varón, pero no masculinizan o desfeminizan el feto hembra. Este modelo predeciría que los

varones que nacen más tarde podrían estar más afectados, ya que la antigenicidad de la madre aumenta con cada embarazo de varón, lo que es consistente con la evidencia empírica del ratio de sexo en hermanos y el orden al nacer de probandos TIS. En la actualidad, sin embargo, este mecanismo no ha sido formalmente probado en humanos.

Apariencia física

La influencia de la apariencia física, incluyendo el atractivo, en la percepción social e interacción ha sido ampliamente estudiado por psicólogos sociales. En un estudio clínico de niños muy femeninos severos, se realizó la siguiente afirmación: “Hemos notado que a menudo tienen caras bonitas, con pelo fino, encantadoras complejiones, movimientos graciosos, y –especialmente- grandes ojos penetrantes”.

En un estudio sistemático del atractivo físico en una muestra de niños con TIS y un grupo control masculino, se pidió a los padres que describieran la cara de sus hijos. Los padres de los niños con TIS describieron más a sus hijos –respecto a los padres controles- como “hermosos” y “femeninos”. Por otro lado, estudiantes universitarios puntuaron el atractivo de los niños con TIS y los niños controles a partir de fotografías. Los niños con TIS fueron juzgados significativamente más atractivos, hermosos, guapos y bonitos que los sujetos controles. En otro estudio, las niñas con TIS, fueron juzgadas como menos atractivas, hermosas, guapas y bonitas que las niñas controles. En un tercer estudio, los niños con TIS fueron juzgados significativamente como menos “niños totales”, masculinos y duros que los controles, mientras que las niñas con TIS fueron juzgadas como más masculinas, duras y “marimachos” en apariencia que las niñas controles (Green, 1974).

Debe señalarse que el atractivo no necesariamente debe ser conceptualizado como rasgo biofísico fijo; el moldeamiento social de la apariencia física es claramente posible. Observaciones clínicas sugieren que algunos padres alteran sutilmente la apariencia física de los niños con TIS para inducir un “look femenino” en los niños y un “look masculino” en las niñas. Además, algunos niños insisten ellos mismos en alterar su apariencia física. Por ejemplo, algunas niñas con TIS insisten en cortarse el pelo corto y llevar ropa que las permita pasar como niños. La apariencia física, entonces, puede ser un factor predisponente en el desarrollo del TIS, puede ayudar a perpetuar el trastorno, o puede simplemente ser uno de los signos clínicos del trastorno.

¿Cuáles son los mecanismos psicosociales implicados en el TIS?

Los factores ambientales y sociales modulan y modifican la predisposición sexual inducida por los factores biológicos. A continuación describimos algunos factores psicosociales relacionados con el TIS.

Asignación sexual al nacer

Ya que la mayoría de los niños con TIS no tienen un estado intersexual físico concurrente (trastorno de base biológica por el que resultan afectados aspectos parciales de la anatomía o fisiología sexual de un individuo), la asignación de sexo al nacer va invariablemente unida a los marcadores externos de sexo biológico. En algunos estados intersexuales físicos se retrasa la asignación sexual y, en ocasiones, cambiando la asignación sexual inicial. Se ha argumentado que el retraso prolongado o la incerteza sobre el “verdadero” sexo puede contribuir a un conflicto de identidad sexual en individuos afectados. Esta no parece ser la situación de los niños con TIS.

No obstante, es recomendable la asignación sexual lo antes posible, y en cualquier caso, antes de los tres años, periodo considerado crítico en este sentido.

Preferencia de género prenatal

Es común en los padres expresar una preferencia prenatal de género. Siendo otros factores iguales, los padres tendrán un hijo del sexo no preferido el 50% de las veces. ¿Es más probable que los padres de hijos con TIS, respecto a los controles, afirmen haber tenido el deseo de un hijo con el sexo contrario? La respuesta simple parece ser no, por lo menos en lo que se refiere a las madres con niños con TIS. Se ha observado, sin embargo, que el deseo maternal hacia una niña está significativamente asociado con la composición sexual y el orden al nacer. Entre los niños TIS con solamente hermanos mayores, el porcentaje de madres que desean una hija es significativamente mayor que respecto a los probandos con otras combinaciones de hermanos/as.

Refuerzo social de comportamiento de género cruzado

Debería reconocerse que algunos críticos son bastante escépticos sobre el rol de la socialización parental en la inducción de diferencias sexuales en el comportamiento en niños normales o con variaciones de sexo. En años recientes, la importancia del ambiente educativo también ha sido cuestionada en la literatura sobre los estados intersexuales físicos. En ella se ha discutido sobre la identidad de género a largo plazo del caso de un niño normal, cuyo pene fue accidentalmente seccionado durante una rutinaria circuncisión a los 7 meses, y subsecuentemente reasignado como niña a los 2 años de edad. El paciente aparentemente se diferenció y mantuvo la identidad de género femenina hasta al menos los 9 años. El seguimiento a largo plazo, sin embargo, reveló que el paciente cambió su género y empezó a vivir como varón en la temprana adolescencia, lo que se ha sido interpretado por algunos como la constatación de un papel mucho más fuerte de las influencias biológicas que de las psicosociales en la diferenciación de género. Sin embargo, los críticos han señalado interpretaciones alternativas a este caso. En otro caso de ablación de pene, en la cual la reasignación de género a niña ocurrió a los 7 meses, la identidad de género del paciente fue descrita como inequívocamente femenina a la edad de 26.

Los clínicos de diversas orientaciones teóricas han descrito consistentemente que la respuesta de los padres al comportamiento temprano de género cruzado en niños con TIS es típicamente neutral (tolerancia) o incluso de apoyo. Respecto a los niños varones con TIS podemos decir que en cuanto un comportamiento femenino empieza a emerger, no hay rechazo de ese comportamiento por parte del principal cuidador del niño. En un estudio de entrevista estructurada, se encontró que las madres de niños con TIS eran más propensas a tolerar o animar comportamientos femeninos y menos propensas a animar comportamientos masculinos que lo que lo eran las madres de niños controles clínicos y normales.

Por supuesto, deben reconocerse las limitaciones de este tipo de datos obtenidos a partir de entrevista. A pesar de todo, un aspecto de estos datos merece un especial comentario. Como ya se ha señalado, los clínicos de diversas perspectivas teóricas han observado la aparente tolerancia, o incluso apoyo del comportamiento femenino por parte de los padres de niños con TIS. Sin embargo, el hecho de que estos padres se hayan sometido a asesoramiento clínico, normalmente significa que en este momento están preocupados por el desarrollo de la identidad sexual de sus hijos. No obstante, se ha observado que una mayoría de padres no realiza esfuerzos de manera sistemática para limitar o redirigir el comportamiento de género cruzado de su hijo, particularmente durante el periodo inicial sintomatológico y durante varios periodos posteriores.

Las razones por las cuales los padres podrían tolerar, si no animar, tempranos comportamientos de género cruzado parecen ser bastante diversas, sugiriendo que los antecedentes a este “estado final” son múltiples en origen. Algunos padres dicen estar influenciados por las ideas de la educación no sexista. En otros padres, los antecedentes parecen enraizarse en conflictos vividos alrededor de asuntos de género. Por ejemplo, un pequeño grupo de madres (alrededor del 10%) de niños con TIS parecen experimentar algo que se ha venido a llamar *duelo de género patológico*. Durante el embarazo, existe un fuerte deseo de una niña (en todos los casos la madre ya había dado a luz por lo menos otro hijo, pero no hija). Tras el nacimiento del hijo “no preferido”, este deseo parece colorear fuertemente la percepción y la relación de la madre con su nuevo hijo, y hay fuertes signos de ambivalencia sobre su estatus sexual. Algunos posibles signos de duelo de género patológico podrían ser depresión postparto severa relacionada con el nacimiento de un hijo, sueños recurrentes sobre estar embarazada de una niña, retraso en poner el nombre y vestir al niño con ropa del otro género, etc.

Relaciones padres-hijo

En el caso de los niños dismórficos sexuales, se ha observado clínicamente una relación muy cercana entre madre e hijo y una relación distante, periférica, entre padre e hijo. Como ha llegado a decirse...“cuanta más madre y menos padre, más feminidad”.

Existen algún estudio sobre la de cantidad de “tiempo compartido” con los hijos de los padres de niños femeninos y niños normales durante los primeros 5 años de vida. Contrariamente a lo que podríamos prever, las madres de niños femeninos afirman pasar menos tiempo con sus hijos, comparado con la cantidad de tiempo que las madres de los niños controles recuerdan haber pasado con los suyos. Consistente con la predicción, los padres de niños femeninos afirman haber pasado menos tiempo con sus hijos comparado con la cantidad de tiempo de los padres de los niños controles. Así, este método de evaluación de relaciones padre-hijo confirmó el lado parental de la ecuación, pero dio resultados opuestos a la predicción por el lado maternal. De esta manera, al menos en lo que se refiere a la madre, la calidad de la interacción madre-hijo puede haber sido más importante que la pura cantidad de tiempo que gastan juntos.

A pesar de estos hallazgos respecto al tiempo compartido, hay pocas dudas de que los niños con TIS se sienten más cercanos a sus madres que a sus padres. En parte esto podría deberse a una percepción del niño de similitud con la madre, pero también surge de las sutilezas cotidianas de la interacción padres-hijos.

Desafortunadamente no hay estudios sistemáticos de las relaciones padres-hijas de niñas con TIS. Estudios clínicos preliminares sugieren que para estas niñas, la relación madre-hija está a menudo alterada, lo que podría denominarse como “desidentificación” de la madre. Durante los primeros años de estas niñas, una variedad de factores parecen alterar el desarrollo de una relación cercana madre-hija; como consecuencia hay una devaluación de la feminidad y una sobrevaloración de la masculinidad, situación que los padres parece que animan. Estos estudios clínicos preliminares sugieren que la calidad de las relaciones padres-hijos en niños con alteración de género difiere bastante de la de las niñas con alteración de género.

Psicopatología general

El papel de la psicopatología maternal en la génesis y perpetración del TIS ha recibido una gran atención teórica y clínica, pero desafortunadamente limitada evaluación empírica. La disponibilidad de estudios empíricos ha sido limitada a las madres de niños con TIS (no se dispone de estudios comparables de madres de niñas con TIS).

Se ha observado que las madres de niños con TIS muestran más signos de psicopatología que las madres de niños normales, incluyendo más puntuaciones psicopatológicas en entrevistas diagnósticas de borderlines y más síntomas depresivos en el Beck Depression Inventory. Los datos muestran que, de promedio, las madres de niños con TIS tienen niveles de distres emocional y alteraciones psiquiátricas comparables a las madres de controles clínicos, pero superiores a las madres de controles normales.

Utilizando la Symptom Checklist 90 Revised, las madres de niños con TIS puntúan más alto en casi todas las subescalas, respecto a las madres de niños controles normales; mientras que las puntuaciones de las madres de controles clínicos se sitúan entre los dos otros grupos. Las madres TIS tienen picos de puntuación en las subescalas obsesivo-compulsivo, depresión y hostilidad. Utilizando la Diagnostic Interview Schedule, el 30% de las madres cumplen criterios para dos diagnósticos y el 24% para tres o más diagnósticos. Los diagnósticos más comunes son Episodio Depresivo Mayor (39,6%) y Depresión Mayor Recurrente (32,1%). Sí parece a partir de los datos epidemiológicos que, de promedio, las madres de niños con TIS tienen una historia de elevadas alteraciones psiquiátricas.

Los datos emergentes de distres emocional y alteraciones psiquiátricas en las madres de niños con TIS indican que es más común que en las madres de niños controles normales y al menos comparable a las madres de niños controles clínicos. Aun nos queda el problema de la especificidad, en que estas características maternas no son únicas de las madres de niños con TIS, sino comunes a las madres de niños clínicos en general. Consecuentemente, el distres emocional maternal / funciones alteradas son tomados solamente como factores de riesgo no específico en el desarrollo del TIS. Si el estado emocional de la madre realmente afecta a la génesis del TIS, entonces debería existir evidencia de alteración psiquiátrica previa y durante la emergencia de los síntomas del niño. Los datos sugieren que así es, y que la presencia de dificultades emocionales en las madres no es simplemente una reacción por tener un niño con TIS.

Se ha argumentado que la presencia de psicopatología deja a las madres emocionalmente desvalidas, lo que conlleva ansiedad e inseguridad en el hijo, lo que es en parte responsable de la aparición sintomatológica. Una hipótesis específica podría ser que la disponibilidad emocional errática y desigual de las madres activa la ansiedad de separación de los niños, lo que a la vez activa los síntomas del TIS. De hecho, parece que los niños con TIS tienen mayores tasas de ansiedad-rasgo (tal y como se desprende a partir del Test de Ansiedad de Separación y de entrevista estructurada a las madres).

El posible papel jugado por la ansiedad de separación en la génesis del TIS incrementa las cuestiones generales sobre la calidad de la relación madre-hijo. Se ha encontrado que el tipo de apego a la madre entre niños y niñas con TIS de 3 a 6 años, se clasifica en su mayoría (73%) como apego inseguro, una tasa comparable a aquella de un grupo control clínico interno y a la de otros estudios de poblaciones clínicas.

Ya que el apego inseguro y la ansiedad de separación son probablemente factores de riesgo inespecíficos, la cuestión crucial que permanece es por qué sólo una pequeña minoría de niños desarrolla la "solución fantasiosa" de querer ser una niña. Varios factores predisponentes se ven implicados, incluyendo características temperamentales del niño, la relación premórbida con la madre, la posición del padre en el sistema familiar, que la psicopatología familiar ocurra durante el sensible periodo de la formación de la identidad de género, etc. Actualmente, sin embargo, la cuestión de la especificidad queda sin responder de manera satisfactoria.

Una posible variable mediadora podría ser la importancia que el género del niño tiene para la madre o su actitud hacia los hombres y la masculinidad en general. A este

respecto, el duelo de género patológico, como se ha dicho anteriormente, podría ser un prototipo potencial. El duelo de género patológico parece ser parte de la historia de la familia en sólo una pequeña minoría de casos; así que se requieren otros caminos para explicar el rol de la alteración maternal en la génesis del TIS.

Parece haber diversas maneras sobre cómo responden los padres al temprano comportamiento de género cruzado del niño (bien animándolo, bien tolerándolo). Desde un punto de vista clínico y terapéutico es importante identificar las motivaciones con respecto al refuerzo selectivo de comportamientos tipo sexuales.

El rol de las influencias parentales en la génesis y perpetuación del TIS también ha recibido una gran cantidad de atención clínica y teórica, pero de nuevo una muy limitada evaluación empírica, delimitada a los padres de niños con TIS.

Una versión implica al rol del padre por virtud de su ausencia de la matriz familiar. A lo largo de diez muestras de niños con TIS, la tasa de ausencia del padre (por ejemplo, separación o divorcio) era de 34'5%. Es improbable, sin embargo, que esta tasa difiera significativamente de la tasa encontrada en poblaciones clínicas en general, si no de la de la población general. Se encontró que las separaciones parentales ocurrían más tempranamente en las familias de niños con TIS respecto a los controles normales, por lo que es posible que la cuestión temporal sea una variable adicional a considerar. Se encontró también que los padres de niños con TIS (ambos padre-presente y padre-ausente) dijeron estar menos tiempo con sus hijos que lo que lo estaban los padres de niños controles, durante los primeros años de vida del niño.

Desafortunadamente hay poca investigación sistemática sobre psicopatología paternal. Se han realizado algunos estudios de padres de niños con TIS, predominantemente de clase media-alta. En uno de ellos, en la entrevista clínica estructurada DSM-III, los 12 padres entrevistados recibieron un diagnóstico en el eje I de un trastorno presente o pasado (con más frecuencia abuso de sustancia y depresión), y 8 de ellos también recibieron por lo menos un diagnóstico en el eje II. Los datos de los que disponemos indican que el abuso del alcohol ha sido el diagnóstico más común. Sea como sea el patrón exacto de funcionamiento emocional paternal, son de aplicación los mismos aspectos de interpretación respecto a las madres.

¿Qué trastornos se asocian al TIS?

Los niños y adolescentes con TIS sufren con frecuencia otros trastornos psiquiátricos asociados, como trastornos de conducta, ansiedad de separación, sintomatología depresiva y dificultades de socialización (Coates y Person, 1985; citado por Mardomingo, 1995). Los problemas de conducta se incrementan con la edad, indicando el carácter progresivo de las dificultades de adaptación.

¿Qué Tests pueden identificar niños con TIS?

No existen tests biomédicos conocidos que puedan identificar niños con TIS. Como ya se ha señalado, varios parámetros de sexo biológico, tales como los cromosomas sexuales y la apariencia de los genitales externos, son invariablemente normales.

Para la evaluación psicológica puede usarse una serie de relatos parentales y medidas comportamentales para evaluar el comportamiento sexual en los niños con TIS. Desde la perspectiva diagnóstica debería reconocerse que no hay ningún test que reemplace a una entrevista clínica que cubra los signos comportamentales del TIS. Estas medidas tienen una fuerte validez discriminante y constituyen una fuerte línea de

evidencia de que el TIS es, de hecho, un síndrome distinto. Los datos de tests psicológicos, en general, muestran un patrón consistente en que el porcentaje de falsos negativos (cuando se deja de diagnosticar un TIS cuando la persona sí lo padece) parece ser mayor que el porcentaje de falsos positivos (cuando se diagnostica un TIS sin que la persona lo padezca).

¿Cuál es el diagnóstico diferencial del TIS en la infancia?

El TIS en el niño se basa en estos dos síntomas básicos: i) intenso malestar en relación con el propio sexo; deseo de ser del otro sexo o afirmación de que se pertenece al otro sexo, y ii) rechazo de las características sexuales anatómicas propias e intenso interés en las actividades del otro sexo, adoptando los modos de vestir y participando en los juegos del sexo contrario.

Durante la infancia deberían considerarse diversos aspectos de diagnóstico diferencial en relación al TIS. El hecho de vestirse con ropa del otro sexo que ocurre en algunos niños parece ser cualitativamente diferente del hecho de vestirse con ropa del otro sexo que caracteriza al TIS. En este último caso suele tratarse de ropa externa, como vestidos, zapatos y joyas, que ayuda a realzar la fantasía de ser como del otro sexo. En el primer caso el vestido concierne al uso de ropa interior (p.e. medias y braguitas). Los datos clínicos muestran que en estos niños no están presentes otros signos de identificación con el otro sexo. De hecho, la apariencia y el comportamiento de estos niños son convencionalmente masculinos. La experiencia clínica sugiere que este tipo de “vestirse con ropa del otro sexo” tiene algún tipo de función autotranquilizante. Muchos adolescentes y adultos varones que exhiben fetichismo travestista recuerdan vestirse con ropa del otro género durante la infancia.

Cuando están presentes todos los signos del TIS, no es difícil hacer el diagnóstico. No obstante existe una zona de transición entre comportamiento de género cruzado clínicamente significativo y meras desviaciones estadísticas de la norma de género. La experiencia clínica sugiere que los niños que caen en esta zona ambigua se desenvuelven pobremente en los grupos de iguales masculinos, evitan el juego violento, no se inclinan por el atletismo ni otras actividades masculinas convencionales y se sienten de alguna manera incómodos siendo varones; sin embargo, estos niños no desean ser niñas y no muestran una preocupación intensa por la feminidad. No está claro si este patrón comportamental de hecho constituye un síndrome diferente o es simplemente una forma suave del TIS.

En las niñas, el principal aspecto en el diagnóstico diferencial concierne a la distinción entre niñas con TIS y lo que comúnmente se ha venido a llamar “marimachos”. Ambos grupos de niñas comparten una serie de rasgos comunes. En parte, los criterios DSM-III-R para el TIS en niñas se modificaron con la esperanza de una mejor diferenciación de estos dos grupos de niñas. Al menos tres características pueden resultar de gran utilidad en el diagnóstico diferencial: (a) Por definición, las niñas con TIS indican una intensa infelicidad con su estatus femenino, mientras que este no sería el caso de las “marimachos”; (b) las niñas con TIS muestran una intensa aversión a llevar ropa culturalmente definida como femenina bajo cualquier circunstancia, mientras que las marimachos no muestran esta reacción, aunque puedan preferir llevar ropa informal, como vaqueros; y (c) las niñas con TIS, a diferencia de las “marimachos”, manifiestan una incomodidad -con hechos o palabras- con su anatomía sexual.

¿Cuál es el diagnóstico diferencial del TIS en la adolescencia?

Durante la adolescencia, es probable encontrarse al menos cuatro tipos de problemas psicosexuales. Los niños con un TIS no resuelto sufren el riesgo de buscar soluciones hormonales y quirúrgicas a su problema. Los criterios DSM-IV de TIS en adolescentes o adultos enfatizan la persistencia de identificación de género cruzado y la incomodidad con el propio sexo, incluyendo el deseo de reasignación sexual hormonal o quirúrgica. A nivel diagnóstico es importante evaluar la fuerza y persistencia del deseo de cambiar de sexo, porque las decisiones clínicas se ven influenciadas por la relativa intractabilidad de la condición. En este caso suele usarse el diagnóstico *Trastorno de la Identidad Sexual no Especificado*.

Un segundo tipo de problema psicosexual ocurre entre adolescentes que han tenido una historia de TIS o una variación del mismo. Estos adolescentes continúan mostrando signos de identificación de género cruzado, pero no admiten una orientación homosexual ni profesan un deseo de cambio de sexo. A menudo son derivados por su continuo ostracismo social. El grado de distrés sentido varía con respecto a la identificación de género cruzado continuada. Es difícil aplicar cualquier diagnóstico formal DSM-IV en estos casos, aunque podría emplearse el *Trastorno de la Identidad Sexual no Especificado* para indicar que el adolescente continúa luchando con su identidad sexual.

Un tercer tipo de problema psicosexual caracteriza a los adolescentes que han sido derivados bien por ellos mismos, bien por una persona significativa, por su comportamiento u orientación homosexual. Algunos de estos jóvenes tienen una historia de TIS o una variación del mismo. La razón de la derivación varía, pero desde un punto de vista del diagnóstico diferencial es importante descartar problemas continuados centrados en la identidad sexual. Para aquellos jóvenes que están preocupados por su orientación sexual suele utilizarse el diagnóstico de *Trastorno Sexual no Especificado*.

El último tipo de problema psicosexual se refiere a los chicos adolescentes que se visten con ropa del otro sexo, en parte, con el propósito de la excitación sexual. La extensión de esta conducta varía. En su forma completa puede aplicarse el diagnóstico de fetichismo transvestista. Parece que estos chicos tienen una orientación heterosexual y se muestran notablemente masculinos en su conducta. Una historia de TIS no es parte del cuadro clínico, pero algunos de estos chicos piensan en la cirugía de cambio de sexo y están en riesgo de transexualismo. Según el DSM-IV, los adolescentes que cumplen los criterios del TIS con este tipo de historia de desarrollo suelen tener una orientación sexual heterosexual.

¿Cuál es el tratamiento del TIS?

Se han empleado varias aproximaciones terapéuticas para tratar a los niños con TIS, incluida la terapia de conducta, la psicoterapia, la terapia familiar, el asesoramiento a padres, la terapia de grupo y las combinaciones eclécticas de estas estrategias. Todas estas estrategias parecen tener utilidad clínica. Desafortunadamente no se han llevado a cabo estudios comparativos formales, por lo que sigue sin quedar claro cuál es el tipo de tratamiento más eficaz.

El tratamiento debe encaminarse a mejorar los sentimientos de malestar e inadecuación respecto de la propia identidad sexual, aminorar el sufrimiento de sentirse distinto y el aislamiento social, mejorar la imagen personal y tratar la posible psicopatología asociada.

Haremos tres comentarios generales sobre el tratamiento del TIS. En primer lugar, la experiencia clínica sugiere que la intervención puede reducir más el conflicto de identidad sexual durante la infancia que durante la adolescencia. El pronóstico para reducir la disforia sexual severa después de la pubertad es bastante pobre. De igual manera, cuanto antes se empiece el tratamiento mejor.

En segundo lugar, se ha discutido mucho sobre la importancia de trabajar con los padres de los niños con TIS. Cuando hay un nivel alto de discordia marital y psicopatología parental, el tratamiento de estos problemas facilita mucho el trabajo más específico sobre los aspectos de la identidad sexual. Dirigir el comportamiento de género del niño en su entorno diario requiere que los padres tengan los objetivos claros y un lugar en el que poder discutir las dificultades. Ya que la dinámica de los padres y la ambivalencia sobre el tratamiento puede contribuir a perpetuar el TIS, es importante para el terapeuta tener una relación apropiada con los padres, con el fin de dirigir y trabajar sobre todos estos aspectos.

En último lugar, el terapeuta necesita considerar de cerca las metas u objetivos del tratamiento. En parte esto se conceptualiza en el marco teórico terapéutico, pero también depende de la preocupación de los padres y en cierta medida de la del niño. Dos objetivos a corto plazo pueden ser: la reducción o eliminación del ostracismo y del conflicto social, y el mitigar la psicopatología asociada. Objetivos a largo plazo se han centrado en la prevención de disforia sexual postpuberal y homosexualidad. Los clínicos contemporáneos son, sin embargo, sensibles a la importancia de ayudar a la gente a integrar una orientación sexual homosexual en su sentido de identidad. No es sorprendente, sin embargo, que la mayoría de los padres de niños con TIS probablemente prefieran el desarrollo de una orientación heterosexual. Es importante señalar que actualmente no existe una clara evidencia de que el tratamiento afecte a la orientación sexual posterior.

¿Y qué pasa después?

Los estudios de seguimiento señalan problemas de identidad y orientación sexual al llegar a la adolescencia, mostrando que el resultado más común a largo plazo es la homosexualidad. Estos datos convergen netamente con los estudios retrospectivos de adultos varones homosexuales que han evaluado la presencia de comportamiento de género cruzado en la infancia.

Los adultos con TIS, particularmente los de orientación homosexual, invariablemente reportan una historia de género cruzado en la infancia. Estudios prospectivos de niños con TIS, principalmente varones, han encontrado que sólo una pequeña proporción persiste en la idea de cambiar de sexo después de la pubertad, aunque el porcentaje aparece considerablemente superior a lo que uno esperaría basándose en tasas de población general para transexualismo.

Claramente, la identificación de género cruzado en la infancia es un marcador comportamental para la posterior homosexualidad o para un TIS adulto no resuelto. ¿Pueden hacerse predicciones más finas (p.e. predecir posterior homosexualidad frente a TIS; homosexualidad frente a heterosexualidad)? La experiencia clínica ha sugerido que los niños que no salen de la identificación de género cruzado grave al entrar en la adolescencia pueden encontrarse en mayor riesgo de una posterior disforia sexual. La situación clínica en o cerca de la transición de la infancia a la adolescencia puede ser crucial para diferenciar una disforia sexual de otras alteraciones.

Existen estudios en los que se compara un número de variables en la infancia en niños femeninos clasificados como bisexuales u homosexuales con niños femeninos

clasificados como heterosexuales. Estos estudios sugieren que la continuación de ciertos comportamientos femeninos a lo largo de la infancia está asociada con posterior homosexualidad. Por lo que podría ser que la persistencia de los comportamientos femeninos sea más importante que su extensión durante los años de la temprana infancia. En los mismos estudios se observa que menos tiempo compartido padre-hijo en los primeros dos años de vida también está asociado con una posterior homosexualidad, pero no lo está la cantidad de tiempo compartido madre-hijo.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. Behavioural problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through six-teen. *Monography Soc. Res. Child Development*, 46, 1-82. 1981.
- American Psychiatric Association *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona 1995.
- Bakker et al. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 87, 237-238. 1993.
- Eguíluz, J. *Introducción a la Psicopatología*. IM&C Eds. Madrid 2001.
- Green, R. *Sexual Identity conflict in Children and Adults*. Basic Books. New York 1974.
- Mardomingo MJ. Trastornos de la Identidad Sexual, en Rodríguez Sacristán, J. *Psicopatología del niño y del adolescente*: Ed. Universidad de Sevilla. Sevilla 1995.
- Stoller, R.J. *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*. Aronson. New York 1968.