

A propósito de un caso de disforia de género

Paula Tagliotti

*Médica Especialista en Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil,
Jefa de Residentes, Servicio de Salud Mental HIEMI, Mar del Plata.
E-mail: barbidarling@hotmail.com*

Resumen

El concepto de disforia de género es utilizado para designar la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico). Los trastornos más frecuentemente encontrados en estos casos incluyen los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad, y presentan una tasa de intento de suicidio del 19 al 25%. Al ser un cuadro de baja prevalencia este reporte pretende describir el caso de un paciente con disforia de género y comentar su abordaje terapéutico.

Palabras clave: Disforia de género – Suicidio - Descripción de un caso - Abordaje terapéutico.

ABOUT A CASE OF GENDER DYSPHORIA

Abstract

The concept of gender dysphoria is used to designate the dissatisfaction resulting from the conflict between gender identity and gender assigned at birth (genetic, gonadal, genital and morphological). The most frequently encountered psychopathologies include depressive disorders, anxiety, substance abuse, disorders of the personality, and they present a suicide attempt rate of 19 to 25%. Being a manifestation of low prevalence, this report aims to describe the case of a patient with gender dysphoria and comment on the experience of the therapeutic approach.

Keywords: Gender dysphoria – Suicide - Description of a case - Therapeutic approach.

Introducción

La identidad de género es un término utilizado para describir la percepción de una persona de ser hombre, mujer o de sexo indeterminado. A través de los años muchas personas construyen su identidad asimilando la primera asignación que se le dio al nacimiento, mientras que otras no. El término "trans" no solo alude a aquellos individuos que viven en género diferente al asignado al nacer, sino también a aquellos que eligen el tránsito entre los géneros, o no se identifican con ninguno.

El concepto de disforia de género es utilizado para designar la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico). La disforia de género, anteriormente llamado trastorno de la identidad sexual, cambió de nombre en el DSM 5, con el objetivo de evitar la estigmatización hacia los individuos transgénero. En esta reclasificación se aclara que la disconformidad de género no constituye una enfermedad mental en sí misma, sino que su elemento crítico es la presencia de malestar clínicamente significativo asociado a la condición de género (1).

Diversos estudios demuestran que la disforia de género se asocia con una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos y un mayor índice de suicidios en comparación con la población general (2, 3).

Los trastornos más frecuentemente encontrados en esos casos incluyen los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos por abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad (4, 5). Se reportan tasas de intento de suicidio del 19 al 25 % en pacientes con disforia de género y éstos parecen ocurrir con más frecuencia entre adolescentes y adultos jóvenes (2, 3). Se ha demostrado que la presencia concomitante de trastornos psiquiátricos influye en la evolución y en el pronóstico de los pacientes con disforia de género (4).

La ley de identidad de género vigente en nuestro país garantiza el acceso a las modificaciones corporales a través de la hormonización y/o intervenciones quirúrgicas, siempre y cuando sean expresamente decididas y solicitadas por la persona, sin necesidad de someterse a diagnósticos psiquiátricos, autorización judicial o cambio registral (5). El proceso de reasignación de género debe ser abordado de manera multi e interdisciplinaria (6, 7, 8).

Al ser una manifestación de baja prevalencia este trabajo describe un caso de un paciente menor de edad con disforia de género y comenta la experiencia del abordaje terapéutico que se adoptó en su atención.

Descripción del caso

Se trata de una persona de sexo biológico femenino de 14 años de edad, que fue derivada en interconsulta al Servicio de Salud Mental desde un hospital mater-

no-infantil como consecuencia de un intento de suicidio que había realizado en su domicilio mediante la ingesta de psicofármacos.

La joven fue encontrada por su madre, en estado inconsciente, lo que motivó su traslado al hospital adonde se decidió su internación.

A partir de aquí nos referiremos al paciente de acuerdo al género con el que se identifica.

Antecedentes personales: no presentó complicaciones perinatales, desarrollo psicomotor normal, sin antecedentes médicos de relevancia. Escolarizado, buen rendimiento académico, sin repitencias, integrado socialmente. No realizaba actividades extracurriculares, pero manifestaba un gran interés por la estética, como la peluquería y la barbería. Mantenía una relación afectiva con una adolescente.

El paciente refiere haber experimentado disconformidad con su sexo biológico desde los 5 años de edad. Siempre tuvo mayor interés por actividades lúdicas masculinas. Ese malestar cedió entre las edades de 5 y 11 años y reapareció luego en la prepubertad, ante el inminente desarrollo puberal. Comenzó a sentirse atraído por las mujeres, vinculándose con ellas desde un rol masculino. No refieren seguimiento por parte del pediatra.

Como antecedentes semiológicos refiere sentimiento de tristeza de más de dos años de evolución acompañado de hipobulia, anhedonia, alteraciones del sueño, conductas autoagresivas ante frustraciones, irritabilidad y sentimientos de insatisfacción. Respecto al episodio que motivó la internación refiere que se debió a su disconformidad con su cuerpo y a tener una sensación de rechazo respecto a su elección sexual por parte de su familia.

El paciente se encontraba en tratamiento previo por psicología hacía 6 meses, desde la internación, y desde hacía 3 meses con psiquiatría. Se encontraba medicado con Quetiapina 75mg/día y Escitalopram 20mg/día con respuesta poco favorable.

Como antecedentes familiares cabe mencionar que su madre presentó en una oportunidad un episodio depresivo mayor, el padre se ha manifestado crónicamente depresivo y alcohólico, y una tía materna realizó intentos de suicidio.

En la evaluación psiquiátrica se observó que se trataba de un paciente con capacidad cognitiva acorde a la edad cronológica, con hábitos higiénicos conservados, aspecto ligeramente desprolijo, vestido con ropas holgadas y de tonalidades oscuras. Portaba varios *piercings* en su rostro y tenía el cabello corto. Lúcido, orientado auto y alopsíquicamente, con la memoria y la atención conservadas. Negó alteraciones sensorio-perceptivas y presentó una función de pensamiento de curso normal y contenido coherente, timia a predominio displacentera, irritable, acorde a su relato. Juicio preservado.

El paciente permaneció internado durante una semana en la Sala de pediatría, mostrándose colabora-

dor y participativo en las entrevistas con los profesionales tratantes del equipo del Servicio de Salud Mental. Como plan farmacológico recibió divalproato de sodio 500 mg/día. Al cabo de ese lapso alcanzó una franca mejoría de su cuadro anímico con desaparición de la ideación suicida, motivo por el cual se decidió su alta y egreso hospitalario, con posterior seguimiento por Consultorios Externos del Servicio.

El paciente continuó su tratamiento psicológico, con orientación psicoanalista, de manera privada, con frecuencia de una vez por semana. Desde el área de psiquiatría se mantuvieron entrevistas con el paciente y con ambos padres, también con sus hermanas mayores. Durante el seguimiento se registraron preocupaciones excesivas por su rendimiento académico, signo sintomatología ansiosa, dificultad en la conciliación del sueño y autolesiones no suicidas. Por lo expuesto su plan farmacológico sufrió modificaciones, llegando a Divalproato de Sodio 500mg/d y Sertralina 50mg/d. Cambió su escolaridad a una escuela estatal donde se sintió más aceptado socialmente. Ha asistido a talleres de peluquería, también ha participado de distintas actividades deportivas que no sostuvo. El tratamiento se mantuvo hasta fines de 2018 aproximadamente.

Durante el período de seguimiento ambulatorio, el paciente presentó mejoría en su cuadro psicopatológico con disminución de la sintomatología depresiva y mayor capacidad reflexiva, mejorando el vínculo con su madre y hermanas. Manifestó intensos deseos de modificar su sexo biológico a través de tratamientos hormonales y cirugías en el futuro, por lo cual realizó consultas con endocrinología para asesorarse acerca de los procedimientos disponibles. Su familia nuclear aceptó y apoyó sus decisiones.

Se evaluó entonces, conjuntamente con los profesionales de los Servicios de Endocrinología y Psicología, que el paciente se encontraba en condiciones favorables tanto psíquica como clínicamente para comenzar a afrontar el proceso de tratamiento hormonal. Se consideró que el joven se encontraba en pleno uso de sus facultades mentales, pudiendo decidir y realizar los tratamientos, comprendiendo los efectos predecibles de los mismos, sus limitaciones y sus efectos adversos. Finalmente comenzó un tratamiento hormonal y realizó el trámite de su documento de identidad cambiando su nombre y sexo.

Discusión

La Ley 26743 de identidad de género, vigente desde el año 2012, garantiza que cada persona pueda decidir, desarrollar y expresar libremente su identidad de género de acuerdo con su propia autopercepción, sin obligación de someterse a protocolos y/o diagnósticos

médicos, psicológicos y/o psiquiátricos, ni pasar por ninguna instancia judicial, y establece que los efectores de todo el sistema de salud deberán garantizar de forma permanente las prestaciones que la ley reconoce (5).

Dentro del sistema de salud, las personas deben ser respetadas en su nombre y género de elección, tanto en relación con el hospital en el que eventualmente sean internadas de ser necesario, como en los instrumentos de registro (expedientes, historia clínica, planillas, certificados, etc.).

Para niños y jóvenes que no han cumplido los 18 años de edad y desean acceder a los procedimientos de hormonización, la ley establece que se debe contar con la conformidad de sus representantes legales, además de su propio consentimiento informado. En menores de 18 años que deciden realizarse alguna cirugía de modificación corporal, la ley exige, además de la conformidad de sus representantes legales, la conformidad de la autoridad judicial competente.

La hormonización consiste en la administración de distintos fármacos con la finalidad de modificar algunos caracteres sexuales secundarios. Los distintos esquemas de hormonización deben ser individualizados en base a las metas de cada persona, su estado clínico y la relación riesgo-beneficio de las diferentes drogas. Es necesaria una adecuada evaluación clínica que posibilite conocer el estado de salud general de la persona y descartar la presencia de contraindicaciones (7, 9). La hormonización debe brindarse en el contexto de un abordaje integral de la salud y recorre varias etapas. En una primera instancia se incluyen intervenciones completamente reversibles orientadas a retrasar los cambios físicos propios de la pubertad, produciendo a través de la aplicación hormonal un bloqueo de las gonadotropinas.

Para administrar las hormonas el paciente debe haber alcanzado el estadio II de Tanner (grado II de Tanner en Niñas: presencia de botón mamario, vello púbico no rizado escaso en labios mayores; en Niños: aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil, vello púbico escaso en la base del pene) y debe tener un mínimo de 14 años de edad.

La segunda etapa del tratamiento consiste en intervenciones parcialmente reversibles, donde se incluyen la administración de hormonas feminizantes o masculinizantes. Esta última etapa no debería realizarse antes de los 16 años de edad (5). Los tratamientos quirúrgicos de reasignación sexual son intervenciones irreversibles y solo están autorizadas en mayores de 18 años.

Conflicto de Intereses

No se declaran conflicto de intereses. ■

Referencias bibliográficas

1. APA. DSM 5 (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
2. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 2013; 103(10), 1820-1829.
3. Haraldsen IR, Dahl AA. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000; 102(4), 276-281.
4. Parmelee D (1998) *Psiquiatría del Niño y Adolescente*; Madrid: Ed Harcourt Brace.
5. Ley 26743 de Identidad de género. Boletín Oficial N° 32404 (24-05-2012).
6. Ley 26150 de Educación Sexual Integral. Boletín Oficial N° 31017 (24-10-2006).
7. Ley 26130 de Contracepción Quirúrgica. Sancionada el 9 de agosto de 2006. Boletín Oficial N° 30978 (29-08-2006).
8. Decreto 1086/05: "Hacia un plan nacional contra la discriminación: la discriminación en Argentina" (07-09-2005).
9. Ley 17132/67 del Arte de curar. Boletín Oficial N° 21119 (31-01-1967).