

Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica

Transexualidad: Evaluation and Psychological Intervention

Nuria Asenjo Araque, Laura Portabales Barreiro, José Miguel Rodríguez Molina, María Jesús Lucio Pérez y Antonio Becerra Fernández
Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Resumen. A raíz de la propuesta de la atención sanitaria a personas con Disforia de Género, estamos siendo testigos del incremento de esta demanda por parte de pacientes que acuden a sus centros de salud, con la expectativa de que su problema sea tratado y poder llevar una calidad de vida aceptable en el futuro. En el pasado estos casos ya existían, pero sin la posibilidad de lograr un apoyo y mejora de su disforia, que les permitiese poder vivir plenamente su identidad de género. Se desprende de ello una necesidad de mejorar la evaluación y detección de estos casos, así como la intervención. Como se trata de un fenómeno multicausal, un equipo multiprofesional es el indicado para su abordaje. En el presente artículo pretendemos dar un toque de luz dentro de los puntos descritos, con el fin de promover su difusión e incitar interés profesional que complete el estudio y mejora de su tratamiento de modo global. Finalmente, se presenta de modo ilustrativo para el lector, un caso clínico atendido en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) de Madrid, con el fin de contextualizar el abordaje psicoterapéutico realizado, y de acercar la realidad cotidiana de este tipo de pacientes al profesional interesado en profundizar y desarrollar su formación especializada.

Palabras clave: disforia de género, identidad de género, transexualidad, evaluación psicológica, tratamiento psicológico.

Abstract. Following the proposal on healthcare assessment for people with gender dysphoria, we are witnessing the increase of cases with this demand by patients who visit their health centers. They are expecting to receive adequate treatment that will enable them to attain an acceptable quality of life in the future. Although, in the past, these cases already existed, they could not count on the possibility of receiving professional support in order to deal with, and improve, their dysphoria which, consequently, would allow them to live out their gender identity. Therefore, we are challenged by the need to improve the assessment, case detection and intervention with these patients. Taking into consideration that this is a multi-causal phenomenon, a multidisciplinary team should be considered in order to get the right approach. In this article we give a touch of light within the points described, in the hope that it will allow its dissemination as well as encourage professional interest that will help complete the

Los autores forman parte de los profesionales de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal de Madrid, excepto la autora Laura Portabales que es PIR 3 del mismo. Además Antonio Becerra es docente en la Universidad de Alcalá.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Nuria Asenjo Araque al e-mail: nasenjo@gmail.com

study and the improvement of their overall treatment. Finally, and in order to help the reader to illustrate this issue, we present a clinical case at the Unit for Gender Identity Disorders (UTIG), Madrid, in which we analyze the psychotherapeutic intervention carried out with a patient. We hope this will allow professionals interested in a deeper knowledge of the daily reality of this kind of patients have a closer look and develop a specialized training.

Keywords: gender dysphoria, gender identity, transexuality, psychological assessment, psychological treatment.

Introducción

¿Qué significa ser una persona transexual? Concepto y definición

Transexualidad es la condición según la cual una persona nace con un sexo (genético, gonadal, genital y morfológico) pero se siente y percibe del sexo opuesto. Así, toda la apariencia física evidencia un sexo que no se corresponde a la identidad sexual sentida por la persona (Becerra-Fernández, 2003).

La *transexualidad* es técnicamente un Trastorno de Identidad de Género (TIG), según los sistemas de clasificación DSM IV y CIE 10. También es conocido como *Síndrome de Harry Benjamin*, en honor al autor que usó por primera vez el término transexualismo en 1948 (Gojar, Sannier y Toulet, 2005). Recientemente parece que se va a cambiar su denominación al término “Disforia de Género” en sustitución de “Trastorno de Identidad de Género”, de cara a la publicación de la nueva edición del sistema de clasificación DSM V (American Psychiatric Association, 2013).

Además de lo reseñado anteriormente, una persona transexual expresa un profundo rechazo de las características sexuales primarias y secundarias propias. Como consecuencia de esta actitud psicológica, la persona transexual busca adecuar su cuerpo, corrigiendo su apariencia, a través de métodos farmacológicos y quirúrgicos. De este modo se acerca al género sentido; y una vez conseguido, persigue la rectificación de su identidad registral de género, para cambiar legalmente de nombre y sexo en sus documentos. El sentimiento de pertenecer a un determinado sexo, biológica y psicológicamente se llama identidad de sexo o de género, definido así por Money en 1955 (Money y Ehrhardt, 1972; Colapinto, 2000).

Justificación de una adecuada evaluación psicológica y posterior abordaje de la Transexualidad

La transexualidad se trata, pues, de un problema de origen biológico (geneticoneuroendocrinológico) y contenido biopsicosocial, y no de una enfermedad mental, y en el que los trastornos psicológicos, serían subsecuentes o asociados al problema y no su causa (Swaab, 2007).

A pesar de no tratarse por lo tanto de una enfermedad mental, las definiciones aportadas por los sistemas de clasificación serían igualmente válidas para este enfoque, aunque se tratarían, como apuntamos, como consecuencias del trastorno y no como el trastorno mismo.

Aunque estos datos sugieren un peso biológico en el origen de la Disforia de Género, aún no sabemos qué dispara la percepción de disforia en sí, por parte del paciente. No parece que la presencia de ciertos núcleos del hipotálamo correspondientes a un cerebro del sexo contrario, sea por sí misma suficiente como para que el sujeto se sienta pertenecer de forma automática a ese sexo, incluso sin ser consciente de este hecho. Money pretendió haber demostrado el mayor peso de la educación, comparado con el peso de los factores biológicos en el desarrollo de la identidad de género, si bien sus estudios con gemelos homocigóticos son controvertidos aún hoy en día. La hipótesis etiológica más seguida actualmente sería la combinación de una base psicobiológica determinada a nivel hormonal y algunos factores del desarrollo psicosocial e historia de aprendizaje, producida a través de su experiencia con el medio ambiente familiar o social (Castillo-Robles, Priego-Cuadra y

Fernández-Tresguerres, 2002). La evaluación psicológica de la Disforia se centraría por tanto en el análisis y recogida de datos correspondientes a estos factores psicosociales, así como de la historia biográfica para diagnosticar correctamente este desorden, más que en un tiempo acotado al momento de evaluación.

Objetivo

Por el momento es imposible realizar el diagnóstico de Transexualidad o Disforia de Género, basándose sólo en criterios objetivos. Este diagnóstico depende de la información suministrada por los pacientes y/o familia, que a menudo es modificada, de forma consciente o no.

Para atajar parcialmente este problema hemos planteado una Guía de Evaluación, que contiene material propio y ya estandarizado, con el fin de facilitar una evaluación cuasiobjetiva. Una vez expuesta dicha Guía de Evaluación, procederemos a expresar el modo y metodología de intervención que empleamos con nuestros pacientes.

Material y Método

Población Diana

Como población diana, tenemos los pacientes atendidos en la UTIG de Madrid, una media actualmente de 850 pacientes, con un ratio 2:1 de Hombre a Mujer (Male to Female) con respecto a de Mujer a Hombre (Female to Male), principalmente derivados o bien por el MAP (Médico de Atención Primaria), o bien por el facultativo especialista Psiquiatra y/o Psicólogo Clínico de los Servicios de Salud Mental. Describiremos a continuación una serie de cuestionarios y escalas, algunas en proceso de validación y otras publicadas. Por tanto, nuestro modelo guía para el diagnóstico de transexualidad se realiza apoyándose en el siguiente proceso y material:

- Una **valoración inicial** para poder incluir a la persona demandante de tratamiento o bien derivarla para evaluaciones de otra índole (psiquiátrica, estudio de enfermedades somáticas,...). Se decide en equipo multidisciplinar si la persona cumple las normas de idoneidad para ser tratada dentro del Protocolo que marca el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Para este fin hemos desarrollado una Entrevista de Valoración Inicial, EVI (Becerra-Fernández, Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, y Lucio-Pérez, 2009).
- Una valoración del cumplimiento de los criterios DSM-IV y CIE-10 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2005; Organización Mundial de la Salud, 2000).
- Una entrevista clínica pormenorizada, dirigida a recabar la historia de desarrollo de la identidad de género, el desarrollo psicosexual y aspectos de la vida cotidiana, especialmente por lo que se refiere al previsible impacto del cambio en su vida familiar, social y laboral: EEPPT, Entrevista de Evaluación Psicológica a Personas Transexuales (Asenjo-Araque y Rodríguez-Molina, 2009a) (Ver Tabla 1).
- El Cuestionario de Personalidad MCMI-III, de Millon, que establece un perfil de personalidad muy clarificador a la hora de complementar la información recogida en la EEPPT y que tendría la funcionalidad de consensuar objetivos de intervención, en caso de establecerse (Millon, 2007).
- Signos y Síntomas asociados al diagnóstico de Disforia de Género, como depresión y ansiedad: ESANTRA, Escala de Ansiedad para personas Transexuales, y ESDETRA, Escala de Depresión para personas Transexuales (Asenjo-Araque y Rodríguez-Molina, 2009b, 2009c) (Ver Tablas 2 y 3).

Otras áreas de conveniente evaluación son la estructura de personalidad y los rasgos psicopatológicos de personalidad, el estrés, la competencia emocional y el bienestar psicológico (Díaz et al., 2006), incluido tanto como desarrollo personal, cuanto como felicidad subjetiva, y la calidad de vida (Goldberg, 1996; Fordyce, 1986; Cabañero-Martínez et al., 2004).

Tabla 1. Entrevista de evaluación psicológica para personas transexuales (EEPPT)

1. DEMANDA DEL PACIENTE
2. GENOGRAMA (Composición familiar, lugar en la fratria, relaciones familiares, convivencia...)
3. ANTECEDENTES FAMILIARES: Abortos anteriores, dificultades en el embarazo, parto, Puerperio...)
4. ANTECEDENTES DE HOMOSEXUALIDAD O TRANSEXUALIDAD EN LA FAMILIA
5. SUCESOS TRAUMÁTICOS O ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES
6. HISTORIA DE ESTUDIOS, FORMACION Y SITUACIÓN ACTUAL
7. HISTORIA LABORAL Y SITUACION ACTUAL
8. HISTORIA DE RELACIONES SOCIALES
9. HISTORIA DE SU IDENTIDAD DE GÉNERO
10. SENTIMIENTOS Y REFLEXIONES ACERCA DE SU IDENTIDAD DE GÉNERO
11. ORIENTACIÓN SEXUAL. DIFERENCIA ENTRE SU ORIENTACION Y SU TRANSEXUALIDAD.
12. HISTORIA DE RELACIONES DE PAREJA
13. ASPECTOS SEXUALES (Consideración de sus genitales, uso...)
14. IMPACTO ACTUAL DE SU CONDICI3N EN SU VIDA COTIDIANA: 3rea personal, laboral, social, familiar...
15. IMPACTO PREVISIBLE DEL CAMBIO EN SU VIDA COTIDIANA: 3rea personal, laboral, social, familiar...
16. OTROS DATOS DE INTERÉS

Tabla 2. Esantra (Escala de Ansiedad para Personas Transexuales)

ITEMS	Puntuaci3n				
1. Me siento nervioso/a	1	2	3	4	5
2. Estoy tenso/a	1	2	3	4	5
3. Estoy alterado/a	1	2	3	4	5
4. Me siento angustiado/a	1	2	3	4	5
5. Estoy preocupada/a	1	2	3	4	5
6. Estoy tan excitado/a que me cuesta dormir	1	2	3	4	5
7. Me siento inseguro/a	1	2	3	5	5
8. Estoy a disgusto	1	2	3	4	5
9. Hablar de mi transexualidad me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
10. Pensar en ligar me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
11. Cuando me critican me enfado demasiado	1	2	3	4	5
12. Cuando pienso en el tratamiento hormonal me angustio	1	2	3	4	5
13. Discuto mucho con mi pareja, amigos o mi familia	1	2	3	4	5
14. Mi futuro me preocupa mucho	1	2	3	4	5
15. Pierdo los papeles f3cilmente	1	2	3	4	5
16. Soy muy inquieto/a	1	2	3	4	5
17. Pensar en tener relaciones sexuales me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
18. Cuando discuto me altero mucho	1	2	3	4	5
19. Me da miedo contar mi situaci3n	1	2	3	4	5
20. Esperar me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
21. Pensar en mi futuro me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
22. Cuando estoy nervioso/a sudo, tengo sensaciones en el pecho, el est3mago...	1	2	3	4	5
23. Cuando tengo que tomar una decisi3n importante lo paso muy mal	1	2	3	4	5
24. Cuando quiero hacer una cr3tica me pongo demasiado nervioso/a	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento observado/a me molesta m3s que a la mayor3a de la gente	1	2	3	4	5
26. Si no estoy de acuerdo con algo del tratamiento me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
27. Me pongo agresivo/a con cierta facilidad	1	2	3	4	5
28. Las cirug3as del tratamiento me producen mucha angustia	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo un problema real, me angustio y lo exagero	1	2	3	4	5
30. Cuando he cometido un error me preocupo m3s de lo normal	1	2	3	4	5

SUMAS COLUMNAS

TOTAL

Tabla 3. Esdetra (Escala de Depresión para Personas Transexuales)

ITEMS	Puntuación				
1. Me siento muy triste	1	2	3	4	5
2. Odio mi cuerpo	1	2	3	4	5
3. Solo me apetece estar en la cama	1	2	3	4	5
4. Mi aspecto personal es bastante malo	1	2	3	4	5
5. He llegado a fantasear con la idea del suicidio	1	2	3	4	5
6. Pienso que me van a suceder cosas malas	1	2	3	4	5
7. No rindo en el trabajo o los estudios	1	2	3	4	5
8. Lloro más que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
9. Estoy siempre apático/a	1	2	3	4	5
10. A menudo me siento culpable	1	2	3	4	5
11. Si noto que me miran me pongo muy triste	1	2	3	4	5
12. Me cuesta tomar decisiones más que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
13. No me apetece ver gente	1	2	3	4	5
14. Cuando tengo sexo solo me preocupa que la otra persona disfrute	1	2	3	4	5
15. Si mi imagen corporal no se adapta a mis deseos prefiero morirme	1	2	3	4	5
16. Me doy asco	1	2	3	4	5
17. Me cuesta planificar actividades	1	2	3	4	5
18. Me repele verme en el espejo	1	2	3	4	5
19. Apenas consigo dormir	1	2	3	4	5
20. No tengo fuerzas para hacer nada	1	2	3	4	5
21. Las comidas que antes me gustaban ya no me llaman la atención	1	2	3	4	5
22. Mi vida es un desastre	1	2	3	4	5
23. Mi deseo sexual es más bajo que en la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
24. No disfruto con nada	1	2	3	4	5
25. Me siento culpable por hacer sufrir a mis seres queridos	1	2	3	4	5
26. Cualquier contratiempo me entristece mucho	1	2	3	4	5
27. No tengo apetito	1	2	3	4	5
28. Mi vida es un fracaso	1	2	3	4	5
29. No hago nada o casi nada para divertirme	1	2	3	4	5
30. Veo el futuro muy negro	1	2	3	4	5
SUMAS COLUMNAS					
TOTAL					

Una vez finalizada la Evaluación Psicológica y haber confirmado el diagnóstico de Disforia de Género, tiene lugar la Sesión Clínica correspondiente, en la cual se presenta el caso en cuestión al equipo y tras ello se determina el comienzo del Tratamiento Hormonal.

Más adelante, el médico endocrinólogo tras examen y valoración clínica de las analíticas actualizadas del paciente, y si no existe contraindicación alguna, procede a la prescripción del tratamiento hormonal. Cada seis meses durante el primer año, y luego cada año, se hará un seguimiento exhaustivo del paciente. El tratamiento hormonal es “de por vida”, y sólo a partir de los dos años del seguimiento controlado del mismo, el paciente puede solicitar, si lo desea, las cirugías de reasignación de sexo.

Intervención Psicoterapéutica

La intervención psicoterapéutica durante la fase inicial de hormonación es fundamentalmente de apoyo psicológico y se basa, entre otros, en la denominada “Experiencia de Vida Real” (Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina, García-Romeral, López-Moya y Becerra-Fernández, 2011). Durante esta fase el paciente comienza a adecuar su imagen al género sentido (ropa, depilación, entrenamiento de la voz...). En este supuesto se debe trabajar con el paciente reduciendo su ansiedad y estudiando la forma de minimizar el impacto. En todo caso, pasar a la fase quirúrgica, no solo exige dos años de tratamiento hormonal, sino también haber vivido bajo el rol de género sentido con un nivel alto de satisfacción. El sujeto suele modificar sus roles y aspecto, adecuán-

dolos al sexo sentido y el terapeuta va acompañándole en este proceso. Para ello, la intervención psicológica se centra de modo individualizado o grupal en:

- Entrenamiento en habilidades.
- Autocontrol emocional.
- Reestructuración cognitiva.
- Intervención en disfunciones sexuales.
- Preparación a las cirugías previas (modificación de características sexuales secundarias: voz, mamas, gónadas, ovarios...).
- Modificación de otras conductas problema.
- Adherencia al tratamiento hormonal.

Respecto a las intervenciones grupales, se realizan Grupos Terapéuticos de Apoyo a Pacientes y a Familias (que incluyen parejas y, en su caso, amigos del entorno cercano).

Intervención Psicológica de preparación para la Cirugía de Reasignación de Sexo (CRS)

Transcurrido, por tanto, un periodo mínimo de dos años de hormonación controlada por el médico endocrinólogo (no de autohormonación), así como de realización de la experiencia de vida real de acuerdo al sexo sentido, se procede a realizar las canalizaciones necesarias (a través de la Gestora de Pacientes de nuestra Unidad) para las intervenciones quirúrgicas demandadas por el paciente. Las cirugías para modificar las características sexuales secundarias son, entre otras: mamoplastia, mastectomía, histerectomía, orquidectomía...

El abordaje psicológico en este punto, se centra en la preparación para dichas cirugías. Principalmente se refuerzan y/o entrenan habilidades de control de la ansiedad anticipatoria pre-quirúrgica, manejo del impacto que va a suponer la cirugía en el entorno cercano y pautas de control emocional en general.

Intervención Psicológica Post-Quirúrgica

Después de la cirugía el paciente se encuentra especialmente vulnerable y frágil ante la situación que se le presenta. Es una sensación de indefensión, descrita por muchos de ellos como “volver a vivir una pubertad y posterior adolescencia” de cara al conocimiento corporal, relaciones de pareja, sexuales, etc. Se trataría por tanto en esta fase de apoyo de recoger las demandas diarias de la vida de nuestros pacientes e irles dotando de estrategias de afrontamiento y psicoeducación para el manejo de situaciones cotidianas. En cuanto a las técnicas que más se emplean en esta fase, y de modo muy personalizado, utilizamos Técnicas de Desensibilización Sistemática, de Manejo de Ansiedad y de Resolución de Problemas. Hay una parte vital en la Psicoeducación de nuestros pacientes que demandan casi en su totalidad y es todo lo relativo a la sexualidad vivida y sentida bajo el rol de género sentido, ya que hasta ese momento no han podido vivenciar y utilizar de modo funcional sus órganos genitales objeto de la cirugía. Intentando dar cabida a esta demanda se han diseñado Talleres Grupales dirigidos por un profesional, además de las citas individuales de apoyo psicoterapéutico que reciben.

Ilustración del Funcionamiento de la UTIG con el estudio de un caso clínico

A continuación expondremos un caso real de la UTIG, con la idea de que el lector pueda contextualizar adecuadamente el modo de evaluación e intervención detallado anteriormente. Como aclaración preliminar añadiremos que al paciente se le denomina durante toda la redacción del caso en masculino, ya que esta es la identidad social a la que se siente pertenecer.

P. es un varón (mujer biológica) heterosexual, de 26 años en la actualidad, que toma contacto por primera vez con la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (U.T.I.G.) en Junio de 2009, momento a partir del cual inicia intervención y seguimiento desde la unidad.

Nacido en Madrid, es el menor de dos hermanos (tiene una hermana mayor de 27 años). No se describen alteraciones de relevancia durante su infancia.

Refiere que desde muy pequeño se ha sentido diferente al resto de las niñas, ha vestido y actuado como un chico y le gustaban más la compañía y juegos de los varones, con quienes se sentía más identificado.

No recuerda hechos especialmente traumáticos en esta época, pero admite que ha tenido ciertas dificultades en su primer colegio, donde era frecuentemente insultado y discriminado por el resto de compañeros, hecho que motivó diversos enfrentamientos y su posterior cambio a otro colegio, lo que supuso ciertas dificultades en su adaptación. Será en este segundo colegio cuando sienta que realmente comienzan a tratarle como a un igual.

Refiere que tuvo tremendos conflictos internos que pugnaban por salir, ya que sabía que el expresarse del modo que se sentía le iba a traer muchas más dificultades que mantenerse en un rol de “chica lesbiana”. Tampoco considera se le haya reprimido por parte del entorno cercano o de su familia, aunque admite que en un principio su madre intentó “reconducirlo”. Finalmente, cuando P. no pudo más y lo contó, “terminó por resignarse”, y aceptarle como es, “porque al fin y al cabo siempre será un hijo suyo”.

Recuerda la adolescencia como un momento decisivo, el desarrollo de un cuerpo femenino que rechazaba y el sentirse ajeno a los gustos y experiencias que se le suponían, precipitan la búsqueda de información y posterior comprensión de lo que le estaba ocurriendo.

Afirma que desde siempre le han atraído las chicas, pero será en esta etapa cuando se haga plenamente consciente de este hecho.

Es también en este momento cuando, aprovechando el inicio de sus estudios universitarios, se presenta por primera vez como P., en masculino, y aunque afirma que todos sus compañeros eran conocedores de su condición, decidió ignorar este hecho para comenzar a sentar las bases de su vida como hombre.

Buen estudiante y deportista, recuerda esta etapa como un período tranquilo aunque no exento de ciertas dificultades, especialmente con uno de sus compañeros que insistía en provocarle llamándole por su nombre (femenino) de pila.

A los 17 años inicia su primera relación sentimental. Comienza a surgir en él, en este momento más que nunca, el interés por el tema de la transexualidad y a informarse de los pasos necesarios para adoptar una imagen más masculina y ajustada a su verdadera identidad, a lo que su pareja pone serias restricciones. Tres años después decide poner fin a esta relación y comunica por primera vez a su familia, por medio de una carta, su firme deseo de iniciar tratamiento, ante lo que la familia, no ajena a lo que estaba ocurriendo, se muestra tolerante.

P. se define a sí mismo como una persona sociable y extravertida; empático y altamente implicado y preocupado por detectar y atender las necesidades de los demás. Afirma ser un chico alegre, tímido y muy paciente, con ciertas dificultades a la hora de manifestar sus quejas y expresar sus sentimientos, tendente a evitar confrontaciones abiertas pero que nunca ha dudado, ni dudaría, en defenderse si así lo considera necesario, al igual que ya ha hecho en otras ocasiones en el pasado.

Manifiesta ser algo “inconsciente” y muy independiente en su criterio y en materia de toma de decisiones, afirmando que “siempre ha ido por libre”, sin importarle lo que los demás pudieran pensar o decir.

Experiencia en la UTIG

A su llegada a la UTIG con 23 años, fue recibido por el Coordinador de la Unidad (Médico Endocrinólogo) y, una vez descartada psicopatología grave por el Psiquiatra de la Unidad, fue remitido a la Gestora de Pacientes (Socióloga) como dicta el protocolo. En este primer acercamiento se le aportó una información pormenorizada del proceso al que iba a enfrentarse (trámites, plazos, intervenciones...) que no eran del todo desconocidos para

P., deseoso de comenzar cuanto antes el tratamiento hormonal. Se procedió a la firma del consentimiento informado, iniciando en este momento la primera fase del tratamiento (la Evaluación Psicológica), mostrándose en todo momento seguro de su decisión, nada dubitativo ni preocupado por las posibles repercusiones que el cambio pudiese ocasionar en su entorno.

Durante la Fase de Evaluación, llevada a cabo mediante el empleo de los anteriormente mencionados tests y técnicas de evaluación psicológica, no se detectó psicopatología de consideración alguna, a excepción de elevados niveles de ansiedad secundarios a su situación vital (motivo de consulta y derivación a la Unidad).

La Evaluación Psicológica por tanto, arrojó datos que indiscutiblemente se traducían en confirmación diagnóstica: se trataba de un caso claro de Disforia de Género por lo que se procedió, en 2010, al inicio de la segunda fase (inicio del tratamiento hormonal) de modo paralelo a la intervención psicológica, que se dará durante la totalidad del proceso, y que en esta fase se destina principalmente al acompañamiento del paciente en la adaptación a los cambios producidos en su aspecto y nuevos roles (para muchos de ellos esta fase implica una “ruptura biográfica” que dará paso al mencionado “Vivir Bajo el Rol Social Sentido”), así como el ajuste de expectativas en relación a los resultados del mismo (en numerosas ocasiones, especialmente para el caso de transexuales femeninas, muy por debajo de lo esperado por las pacientes).

Sin embargo, en el caso de P. no ocurrió así, su condición biológica de mujer y determinados factores genéticos jugaron en su favor, por lo que desde el inicio del tratamiento hormonal los cambios físicos se sucedieran rápidamente. A medida que su aspecto se iba haciendo más masculino su seguridad en sí mismo iba en aumento y comenzó a preocuparse además por otros aspectos (dieta, ejercicio...).

Señalar en este punto que, aunque el acompañamiento e intervención terapéutica tiene como finalidad la orientación y facilitación del proceso de construcción de la identidad sentida, se trata de un proceso lento y dificultoso, donde el paciente tendrá inevitablemente que lidiar, en determinadas ocasiones, con situaciones vitales verdaderamente complejas y delicadas, como las referidas a la esfera de la sexualidad por poner algún ejemplo, donde en el caso que nos ocupa, P., por su atractivo a nivel físico y personal, atraía a mujeres con las que no podía llevar a cabo un acercamiento mayor (recordemos que en estos tiempos, aunque el tratamiento hormonal comenzaba a surtir efecto, su anatomía era primordialmente femenina). También el hecho de que sus documentos legales estuviesen en disonancia con su identidad sentida y aspecto físico externo, le hicieron pasar duros momentos que, sin embargo, afrontó con gran entereza.

El acompañamiento e intervención con el paciente durante el proceso resulta, por tanto, crucial. El desarrollo de la verdadera identidad lucha fuertemente con una realidad que se topa de frente, encontrando en ocasiones verdaderos obstáculos, por lo que es necesario reestructurar determinadas creencias (como las asociadas a los roles tradicionales de género, a las que muchos de estos pacientes tratan de adscribirse de una manera casi literal, mostrando identificaciones extremas con el sexo opuesto), así como el manejo de determinadas situaciones conflictivas para él relacionadas con el impacto emocional y social que su cambio está teniendo en el entorno próximo (la pareja, la familia...). El trabajo con determinadas emociones displacenteras (el manejo de la ira, la frustración, la incertidumbre o la espera), resulta fundamental en una fase que alterna relativa calma y estabilidad con verdaderos momentos de crisis para el individuo.

Con todo, durante el proceso de intervención se fue constatando cómo la identidad masculina de P. se iba definiendo de manera gradual y óptima en los distintos contextos y facetas de su vida y, aunque la espera se hizo larga y el tiempo transcurrido para la consecución de determinados objetivos (tramitación de documentos legales, intervenciones quirúrgicas...) hicieron mella en él en diversas ocasiones, mostrándose nervioso y preocupado, gracias al apoyo recibido desde la Unidad así como a su fuerte compromiso con el proceso y deseo de cambio, logró un adecuado manejo, contribuyendo todo ello al crecimiento y maduración de su verdadera identidad.

Actualmente todos sus documentos legales han sido correctamente tramitados y modificados acorde a su identidad de género, se ha sometido a mastectomía e histerectomía, compagina su trabajo en el negocio familiar con sus estudios y mantiene su segunda relación sentimental importante desde hace 4 años.

Asegura encontrarse “estable, tranquilo y feliz”.

Algunas reflexiones

De la anterior exposición se extraen algunos de los pilares básicos en que se sustenta la intervención llevada a cabo desde la Unidad de Trastornos de Identidad de Género para este tipo de pacientes, una intervención eminentemente multidisciplinar y multidimensional, que no olvida las funciones de asesoramiento, apoyo, seguimiento y acompañamiento del paciente a lo largo del prolongado y duro proceso en que se ve inmerso, favoreciendo así su comprensión y adaptación a las diversas etapas que lo componen.

Podemos por ello afirmar que, a pesar de la complejidad que entraña dicha condición, la intervención propuesta logra resultados positivos tanto en lo referido al óptimo desarrollo de la identidad sentida de estos pacientes como en el incremento de su calidad de vida. A través de la normalización lograda en las distintas facetas de su vida, se logra el incremento en sus niveles de bienestar físico, mental y emocional, favoreciendo así el desarrollo integral del individuo, objetivo último de la Unidad.

Conclusiones y Resultados

Durante los 6 años de vida de la UTIG en Madrid, podemos concluir que el nivel de atención psicoterapéutica ha estado presente en casi el 90 % de los casos evaluados, siendo reseñable que sólo en aproximadamente un 20% se ha requerido una psicoterapia individualizada y enfocada al tratamiento de patologías asociadas (ansiedad/depresión). El resto de pacientes únicamente ha demandado el apoyo psicológico en las distintas fases del proceso de cambio o adecuación.

La atención a las familias de los pacientes atendidos ha sido igualmente del 90% a nivel individualizado, y asimismo, durante los seis años anteriores se han ofrecido 6 ediciones de La Escuela de Familias Grupal, constituyendo cada vez grupos más numerosos. La medida de asistencia es de 10 familias por sesión.

Actualmente estamos en el Proceso de Recogida de datos de satisfacción y calidad de vida de los pacientes que iniciaron con nosotros su proceso en 2007 y que ya han realizado las cirugías de reasignación. Es un porcentaje, aun pequeño, pero en el que se empiezan a recoger datos orientativos que apuntan a una considerable mejora de la calidad de vida y minimización de sus limitaciones en la vida diaria, así como un aumento de la autonomía personal en todas las áreas. Ha habido un descenso también significativo del número de tentativas suicidas y desde nuestra actuación como profesionales dentro de la UTIG de Madrid, únicamente nos consta un caso de suicidio consumado. Por todo ello nos atrevemos a opinar (igual muy prematuramente) que la existencia de este tipo de iniciativas pioneras y especializadas arrojan la luz al final del túnel que casi la gran mayoría de los pacientes esperan encontrar, asistiendo a una Unidad en el Sistema Sanitario Público, que defienda no solo su atención sino su seguimiento tanto fisiológico/hormonal y su bienestar psicológico durante toda la vida.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2005). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Desarrollo del DSM-V. Consultado online en <http://www.dsm5.org>
- Asenjo-Araque, N. y Rodríguez Molina, J.M. (2009a). *EEPPT: Entrevista de Evaluación Psicológica a Pacientes con TIG*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

- Asenjo-Araque, N. y Rodríguez Molina, J. M. (2009b). *ESANTRA: Escala de Ansiedad en Transexuales*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
- Asenjo-Araque, N. y Rodríguez Molina, J. M. (2009c). *ESDETRA: Escala de Depresión en Transexuales*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
- Asenjo-Araque, N., Rodríguez Molina, J.M., García Romeral, R., López Moya B. y Becerra Fernández, A. (2011). Evaluación de la Experiencia de Vida Real en pacientes transexuales en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG-Madrid). En Asociación Española de Psicología Conductual (Ed.), *Situación actual de la Psicología Clínica (IX Congreso Nacional de Psicología Clínica; Libro de Capítulos)* (pp.151-153). Granada: AEPC.
- Becerra-Fernández, A. (2003). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Becerra-Fernández, A., Rodríguez Molina, J. M., Asenjo Araque, N. y Lucio Pérez, M. J. (2009). *EVI: Entrevista de Valoración Inicial*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
- Cabañero-Martínez, M.J, Richart Martínez, M., Cabrero García, J., Orts Cortés, M.I., Reig Ferrer, A. y Tosal Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema*, 16 (3), 448-455.
- Castillo-Robles, C., Priego Cuadra, T. y Fernández-Tresguerres, J. A. (2002). El proceso de diferenciación sexual. En A. Becerra Fernández, *Transexualidad: la búsqueda de una identidad* (pp 3-17). Madrid: Díaz de Santos.
- Colapinto, J. (2000). *As Nature Made Him*. New York: Harper Collins.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jimenez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Fordyce, M.W.(1986). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498.
- Goiar, Ch., Sannier, V. y Toulet, M. (2005). La historia del transexualismo. Artículo de la página de SHB (Síndrome de Harry Benjamin) España, consultado online el 30 de octubre de 2008 en <http://www.shb-info.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbhistory.pdf>
- Goldberg, D. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire)*. Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (2007). *MCMI-III Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid: TEA.
- Money, J. y Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Swaab, D.F. (2007). Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 21(3), 431-444.

Manuscrito recibido: 23/04/2013

Revisión recibida: 21/06/2013

Manuscrito aceptado: 24/06/2013