

# Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid

José Miguel Rodríguez-Molina<sup>a,b</sup>, Nuria Asenjo<sup>a</sup>, María Jesús Lucio<sup>a</sup>, Gilberto Pérez-López<sup>c</sup>, María Frenzi Rabito<sup>b</sup>, María Jesús Fernández-Serrano<sup>a</sup>, Concepción Izquierdo<sup>a</sup> y Antonio Becerra-Fernández<sup>a,c,d</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Trastornos de Identidad de Género. Hospital Ramón y Cajal. Comunidad de Madrid. Madrid. España.

<sup>b</sup>Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

<sup>c</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

<sup>d</sup>Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

## RESUMEN

La transexualidad es un fenómeno emergente en nuestra sociedad, por el cual una persona de un sexo biológico se siente pertenecer al contrario. El tratamiento realizado desde la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal de Madrid parte de un enfoque multidisciplinario y se basa en que el tratamiento no debe limitarse al médico (hormonal y cirugía de reasignación de sexo), sino que la intervención psicológica es fundamental.

Este proceso es multidisciplinario y exige 2 momentos de evaluación psicológica sucesivos, que en su caso pueden dar lugar al inicio del tratamiento hormonal y del apoyo psicológico, en la fase denominada experiencia de vida real. La intervención psicológica debe ser individualizada y los objetivos terapéuticos que se plantean son, entre otros, apoyo en dificultades cognitivas o emocionales, desarrollo de estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento médico.

**Palabras clave:** Transexualidad. Identidad de género. Evaluación psicológica. Tratamiento psicológico. Equipo multidisciplinario.

## ABSTRACT

**Psychological approach to transsexuality in a multidisciplinary unit: The Madrid Gender Identity Disorder Unit**

Transsexuality is an emerging phenomenon in our society. It refers to a person who belongs to one biological sex feels like they belong to the opposite one. The approach used by the Gender Identity Disorder Unit, in the Ramon y Cajal Hospital in Madrid (Spain) is multidisciplinary and is based on the fact that treatment must not just be limited to a medical one (hormonal and surgical sex reassignment) and that psychological treatment is fundamental.

This process is multidisciplinary and requires two consecutive psychological assessment periods, which can take place at the beginning of the hormone treatment, and the psychological support in the so-called real life experience phase. The psychological treatment must be individualized and the therapeutics goals should include the following: Support in cognitive and emotional difficulties, development of coping skills and the adherence to the medical treatment.

**Key words:** Transsexuality. Gender identity. Psychological assessment. Psychological treatment. Multidisciplinary.

**Correspondencia:** Dr. J.M. Rodríguez Molina.

Unidad de Trastornos de Identidad de Género. Hospital Ramón y Cajal.  
Carretera de Colmenar, km 9,100. 28034 Madrid. España.  
Correo electrónico: vibranium@hotmail.com

## ¿QUÉ ES LA TRANSEXUALIDAD?

La transexualidad es técnicamente un trastorno de la identidad de género (TIG), por el cual una persona de un sexo biológico determinado se siente pertenecer al contrario. Por ejemplo, se ha definido la *transexualidad o disforia de género* como “la situación en que una persona que, habiendo nacido varón o mujer, se siente pertenecer al sexo contrario”<sup>1</sup>. También es conocido como síndrome de Harry Benjamin, en honor al autor que usó por primera vez el término transexualismo en 1948<sup>2</sup>.

Por su parte, el término transexual empezó a utilizarse poco antes, en 1940, para denominar a los individuos que desean vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto, por lo que hay una incongruencia entre el sexo con el que nacieron y aquél al que se sienten pertenecer. Este deseo, que se acompaña de un profundo sentido de rechazo de las características sexuales primarias y secundarias propias, es absoluto, agobiante e inalterable. Como consecuencia de esta actitud psicológica, el transexual busca consumar su deseo sometiéndose a la corrección de la apariencia sexual de su cuerpo por métodos farmacológicos y quirúrgicos; y conseguida ésta, persigue la rectificación de su identidad sexual para cambiar legalmente de sexo en sus documentos. El sentimiento de pertenecer a un determinado sexo desde un punto de vista biológico y psicológico se llama *identidad de sexo o de género*, definido así por Money en 1955<sup>3,4</sup>.

Respecto a la prevalencia, el estudio más reciente, realizado en los Países Bajos, indica una razón de 1 de 11.900 varones y 1 de 30.400 mujeres<sup>5</sup>.

## NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA TRANSEXUALIDAD

Aunque desde hace décadas viene tratándose la transexualidad, este fenómeno ha recibido un tratamiento ante todo médico (farmacológico y quirúrgico), y en menor medida social (generalmente desde el trabajo social, lo que le da un carácter eminentemente reivindicativo) o psiquiátrico.

Desde la psiquiatría se concebía la transexualidad como un trastorno mental de la persona que erróneamente creía pertenecer a un sexo distinto del que (obviamente) pertenecía. El objetivo era, por tanto, “curar” al individuo haciéndole comprender (con ayuda tal vez de medicación) que estaba equivocado o equivocada en su percepción o en sus sentimientos. Este tratamiento ha tenido un resultado absolutamente nulo.

La psicología también ha realizado algunos intentos aislados de abordar el problema, en consonancia con el

punto de vista psiquiátrico, fundamentalmente desde el paradigma psicoanalítico. En otros casos se han realizado tratamientos basados únicamente en la empatía con el paciente, cuando no en el mero compañerismo y apoyo reivindicativo. Los intentos de intervención desde paradigmas científicos son pocos, aunque parecen estar en crecimiento. Por ello, aún carecemos de un cuerpo de doctrina que sirva de guía fundamental a la evaluación y la intervención psicológicas con personas transexuales. De ahí la necesidad de establecer, al menos tentativamente, tanto protocolos de evaluación e intervención, cuanto herramientas diagnósticas y de apoyo.

El objetivo de este trabajo es ofrecer algunos de estos instrumentos, los que hemos creado para su utilización en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) de la Comunidad de Madrid.

## ANTECEDENTES BIOLÓGICOS

El sexo está constituido por una serie de rasgos de diferente naturaleza, en los que se puede distinguir entre sexo biológico y psicosocial.

El *sexo biológico* es el sexo “del cuerpo” y resulta de los factores siguientes: el sexo genético, el gonadal, el genital y el morfológico. Todas las células del cuerpo humano contienen ácidos nucleicos formados por 23 pares de cromosomas, o cromosomas diploides. La única excepción la constituyen las células sexuales (óvulos y espermatozoides) cuyos ácidos nucleicos están formados por 23 cromosomas simples, esto es, haploides.

– El *sexo genético* se instaura en el mismo momento de la fecundación del óvulo por el espermatozoide y está condicionado por los cromosomas sexuales: XX en el sexo femenino y XY en el masculino. Cualquier otra variante es patológica. Pero éste no es el caso de las personas con transexualidad. Se puede diferenciar entre *genotipo* (todo el conjunto de genes de la persona, unidos en 23 cromosomas diploides) y *fenotipo* (la mitad de los genes, únicamente los que resultan expresados y son por tanto los que actúan).

– El *sexo gonadal* se caracteriza por la presencia de gónadas (glándulas productoras de células sexuales) masculinas (testículos) o femeninas (ovarios) en uno y otro sexo, respectivamente.

– El *sexo genital* queda definido por la conformación de los órganos genitales internos y externos. En el femenino, está constituido por vulva, vagina, útero y trompas, y en el masculino, por epidídimos, conductos deferentes, vesículas seminales, próstata y pene. Se suele identificar como características sexuales primarias.

– Por último, el *sexo morfológico* es la conformación general y particular que moldea el organismo según el sexo del individuo. Los rasgos más destacables son el cartílago laríngeo y la morfología de las cuerdas vocales, de lo que depende el timbre de la voz; la relación de diámetros escapular/pelviano; el desarrollo de las glándulas mamarias; la pilosidad; el desarrollo muscular y esquelético, etc. Se suele identificar como características sexuales secundarias, que determinan en gran medida el aspecto del individuo y su identificación social como perteneciente a uno u otro sexo.

Por otro lado, debemos hablar del *sexo psicosocial*. Éste correlaciona, pero no se identifica, con el sexo biológico y depende a su vez de los varios factores. El sexo legal es el establecido en el momento del parto y a veces no coincide con el sexo biológico. No es el caso de las personas con transexualidad. El sexo social es aprendido y se deriva de influencias educativas recibidas desde la infancia, tanto en el ámbito familiar, como en el escolar, laboral y social, que prepara y condiciona al individuo para su futuro papel sexual. Se puede identificar parcialmente como papel de género.

Por último, el *sexo psicológico* está definido por el sentimiento interno de pertenecer al sexo masculino o femenino, con el que se identifica el individuo en sus emociones y afinidades. El sexo psicológico se refiere no sólo al sentimiento de identificación con ciertos papeles atribuidos socialmente a cada sexo, ni tampoco a la orientación sexual (una persona con transexualidad puede ser heterosexual, homosexual, bisexual o no tener una orientación bien definida, exactamente igual que una persona no transexual), sino que incluye también la identificación (o no) con el propio cuerpo sexuado, incluidas sus características sexuales primarias y secundarias. En definitiva, es el que el individuo se sienta pertenecer a su sexo genético o no.

## DESARROLLO SEXUAL

Los factores que dan lugar al desarrollo sexual (sexo biológico y psicosocial) comienzan a actuar ya en la concepción y siguen haciéndolo durante toda la vida. Son múltiples y entre ellos cabe destacar, dejando de lado las alteraciones cromosómicas que no tienen nada que ver con la transexualidad, los hormonales y los psicosociales. Las principales hormonas son los estrógenos, la progesterona y la testosterona.

– Los *estrógenos* son escasos en la infancia, aumentan considerablemente en la pubertad, que en la niña desarrollan los caracteres de mujer adulta: crecen las mamas; se desarrolla el esqueleto, especialmente la pelvis

para adaptarse a las exigencias del parto; el pelo adquiere una distribución especial, sobre todo en pubis, y la piel adquiere una textura especial.

– La *progesterona* provoca en el útero cambios secretorios en el endometrio y así lo prepara para la implantación del óvulo fecundado, y en las mamas produce su desarrollo final haciéndolas aptas para la lactancia.

– Por último, la *testosterona* es la hormona masculina por excelencia, y sus efectos se ejercen en los órganos sexuales, con la regulación de su crecimiento hasta la madurez. Interviene en la distribución corporal del pelo, proporciona la voz con el típico timbre grave masculino, confiere a la piel su grosor característico del varón, favorece el desarrollo de la musculatura, etc.

Por lo que respecta a los factores psicosociales, hay que decir que el desarrollo normal del aparato sexual no garantiza automáticamente la evolución y la expresión de un comportamiento sexual determinado. La dimensión psicológica y social, es decir, el aprendizaje de un comportamiento sexual considerado como normal para uno y otro sexo en un contexto social dado, interviene también en la diferenciación sexual, creando el rol sexual y la identidad sexual.

– *Rol sexual* es el conjunto de comportamientos que se desprenden del sexo al que los demás consideran que un individuo pertenece. Este rol se le impone desde el nacimiento, vistiéndolo y tratándolo y hasta poniéndole nombre de modo distinto según el sexo.

– La *identidad sexual*, por su parte, es el factor subjetivo íntimo que establece la convicción interior de pertenecer a un sexo determinado y se definió anteriormente como sexo psicológico. Las primeras identificaciones provienen de la asunción de algunos comportamientos de la madre o el padre (por condicionamiento vicario) y, posteriormente, otras personas del sexo correspondiente (maestros, hermanos mayores y otros adultos significativos). En la pubertad el aprendizaje de la identidad sexual prosigue, con gran influencia de los modelos plásticos (cine, televisión, cómics, etc.) y del grupo de pares. Las primeras relaciones amorosas o sexuales influyen grandemente en la construcción de esta identidad. No obstante, la construcción de la identidad sexual o de género prosigue durante toda la vida. A veces se denomina a la identidad sexual *sexo sentido* o *sexo psicológico*.

A la pregunta de, ¿por qué se produce la transexualidad?, la respuesta tradicional viene a decir que es un TIG, esto es, que el individuo se percibe erróneamente como lo que no es. Se trataría de una enfermedad mental. Sin embargo, la psicoterapia para reconducir a la persona

transexual hacia la asunción de la identidad de sexo correspondiente a su sexo biológico ha sido un completo fracaso<sup>6</sup>, lo que pone en tela de juicio esta visión.

Una concepción más moderna<sup>7</sup> considera que el problema tiene su origen en etapas tempranas del desarrollo embrionario y fetal. La diferencia en el tiempo entre el momento de la asignación de un sexo gonadal (en la octava semana de gestación) y la asignación de un sexo cerebral (en la vigésima semana) posibilitaría que, si en ese lapso de tiempo aparece una alteración, por ejemplo de origen hormonal, se diese esta dismorfia. Así, se produciría una asignación sexual gonadal en consonancia con el sexo cromosómico, pero alguna alteración posterior, por ejemplo de los valores de testosterona, haría que se produjese la asignación sexual cerebral al sexo contrario. Tras ello, el individuo podría desarrollar diversos problemas, entre otros algunos de tipo psicológico (p. ej., elevada ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, aislamiento social, etc.) que serían el resultado de lo anterior. Se trataría pues de un problema de origen biológico (genético-neuroendocrinológico) y contenido biopsicosocial y no de una enfermedad mental, y en el que los trastornos psicológicos serían subsecuentes al problema y no su causa.

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

Aunque estos datos indican un peso biológico en el origen del problema, aún no sabemos qué dispara la percepción de disforia 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 individuo se sienta pertenecer de forma automática a ese sexo, incluso sin saber nada al respecto. De 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 2 gemelos monocigóticos –uno de ellos castrado y el otro no y educados por separado como niña y niño, respectivamente–, son controvertidos aún hoy día<sup>8</sup>. Debe haber algunos factores en su desarrollo psicosocial y en su historia de aprendizaje producida a través de su experiencia con el medio ambiente familiar o social, que hacen de detonante de este problema. Esto debe investigarse más en profundidad.

## DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por el momento, es imposible realizar el diagnóstico de transexualidad sólo a partir de criterios objetivos.

Este diagnóstico depende de la información suministrada por los pacientes, que a menudo es modificada, de forma consciente o no. Para paliar parcialmente este problema, hemos creado una herramienta de evaluación cuasiobjetiva basada en los criterios de las principales escalas de clasificación diagnóstica, 4.ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV en sus siglas en inglés) y la 10.ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): la entrevista de diagnóstico de identidad de género (EDIG)<sup>9</sup>. Dado el carácter no objetivable de la información y la importancia de la decisión a tomar en función del cuál sea el diagnóstico, el período de evaluación suele ser largo. Por ejemplo, la Asociación Internacional Harry Benjamin determina que como mínimo debe ser de 3 meses.

Para el diagnóstico de transexualidad, deben realizarse las evaluaciones siguientes:

1. 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, etc.), o incluso no aceptar su entrada, en el caso de personas de las que no hay dudas respecto a que en absoluto cumplen los criterios o manifiestan abiertamente no ser transexuales, habiendo llegado a tratamiento como fruto de errores de ellas mismas o de otros profesionales de la salud. Para este fin, hemos desarrollado una entrevista de valoración inicial (EVI)<sup>10</sup> (tabla 1).

TABLA 1. Extracto de la entrevista de valoración inicial

	0	1	2	3
1. Tipo	V □ M	M □ V		
2. Desde cuándo consciente	Siempre	Pubertad	Adulto	No sabe
3. Apariencia / experiencia vida real: ¿Imagen acorde?	Nada	Situación intermedia	Mucho	
4. Fase TH	No	< 2 años	> 2 años	
5. Fase cirugías	No	Mamas	Histerectomía	CRS
6. Fase psicológica	No	Evaluación psicológica	Tratamiento	
7. Estudios otros laboral	Primarios	Medios	Superiores	FP u
8. Situación Estudiante laboral	Paro	Esporádico	Estable	
10. Pareja	Sin pareja	Con pareja	Separado	
11. Hijos	0	1	2	≥ 3
12. Apoyo familiar	Ninguno	Insuficiente	Suficiente	
13. Orientación	Sin definir	Heterosexual	Homosexual	Bisexual
14. Uso genitales	Aversión	Inactivo	Placentero	

CRS: cirugía de reasignación de sexo; M: mujer; V: varón.

**TABLA 2. Criterios diagnósticos de trastorno de identidad de género (DSM-IV [302.85])**

- A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales)
- B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su papel
- C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

**TABLA 3. Criterios diagnósticos de transexualismo (CIE-10 [64.0])**

- Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio, y de deseo de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido.
- Pautas para el diagnóstico: la identidad transexual debe haber estado presente constantemente por lo menos durante 2 años, y no ser un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia, o acompañar a cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales

2. Una valoración del cumplimiento de los criterios DSM-IV y CIE-10<sup>11,12</sup>, así como un diagnóstico diferencial respecto a trastornos sexuales con los que podría confundirse (tablas 2 y 3). Para ello hemos creado la Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género (EDIG) (tabla 4). Además, los principales trastornos con los que podría confundirse el TIG, o que podrían explicar la conducta del individuo mejor que el citado trastorno, son: hipodeseo sexual, aversión al sexo, dé-

ficit de la excitación sexual, anorgasmia, vaginismo o dispareunia, travestismo fetichista, dismorfia corporal o dismorfofobia.

3. Una escrupulosa historia clínica orientada, la historia de desarrollo de la identidad de género, el desarrollo psicosexual (incluida orientación sexual) y aspectos de la vida cotidiana, especialmente por lo que se refiere al previsible impacto del cambio en su vida familiar, social y laboral. Hemos desarrollado una herramienta para utilizarla como entrevista semiestructurada, la Entrevista de Evaluación Psicológica a personas con TIG (EEPPT)<sup>13</sup>.

4. Un análisis funcional de al menos 2 conductas de las que suelen ser problemáticas para muchas personas en proceso transexualizador: vestirse (o no llegar a hacerlo) con ropas del sexo sentido y comunicar (o no hacerlo) su situación a terceros próximos (familia, parejas, amigos íntimos, etc.) o relevantes (jefes y compañeros en el trabajo, etc.). Se incluyen otras posibles secuencias conductuales. Para ello, hemos desarrollado la herramienta AFUSCO-PT (Análisis Funcional de Secuencias Conductuales en Personas Transexuales)<sup>14</sup>.

5. Otras áreas potencialmente sensibles al problema, como depresión y ansiedad, para cuya evaluación hemos creado 2 instrumentos: el ESANTRA (Escala de ansiedad para personas transexuales)<sup>15</sup> y el ESDESTRA (Escala de depresión para personas transexuales)<sup>16</sup>. Otras áreas de conveniente evaluación son las estructuras de personalidad y los rasgos psicopatológicos de personalidad, el estrés, la competencia emocional y el bienestar psicológico (incluido tanto como desarrollo personal, como felicidad subjetiva) y la calidad de vida.

6. Dado que hay un cierto número de personas transexuales cuyo origen no es hispanohablante y que en

**TABLA 4. Extracto de la entrevista de diagnóstico de identidad de género**

<b>I. Diagnóstico diferencial</b>		
F52.0 (302.71) Hipodeseo sexual	Sí	No
1. ¿Ha notado una disminución en las fantasías sexuales?	1	0
2. ¿Ha notado una disminución en el deseo sexual?	1	0
<b>F52.10 [302.79] Aversión al sexo</b>		
3. ¿Experimenta aversión o asco ante el contacto genital con su pareja sexual?	1	0
<b>F52.2 [302.72 y 302.79] Déficits de excitación sexual</b>		
4. ¿Tiene una incapacidad o gran dificultad para tener lubricación vaginal o erección?	1	0
<b>F65.1 [302.3] Travestismo fetichista</b>		
5. ¿Ha tenido de forma recurrente los últimos 6 meses y excitándose con ello, fantasías sexuales consistentes en transvertirse en una persona del sexo contrario?	1	0
<b>F45.2 (300.7) Dismorfia corporal o dismorfofobia</b>		
6. ¿Considera que tiene una deformidad física?	1	0
7. ¿Le preocupa mucho su defecto?	1	0
<b>II. Diagnóstico de transexualidad</b>		
<b>1. F64.0 [302.85]</b>		
{Tiene un intenso deseo de pertenecer al sexo contrario al que nació?	Sí	No
{Tiene un intenso deseo de ser tratado como si perteneciese al sexo contrario?	1	0
En caso afirmativo, ¿este deseo dura más de un año?	1	0

muchos casos tienen conocimientos someros del inglés, se ha desarrollado una herramienta específica para esta población que reúne los datos recogidos en la EVI, la EDIG y la EEPPT: este herramienta se ha denominado IEI<sup>17</sup>.

## LA PERSPECTIVA SOCIOLOGICA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE MADRID

Para estudiar la transexualidad, se requiere un enfoque transversal e integrado. Nosotros utilizamos un enfoque multidisciplinario, en el que se busca la capacidad de comprender de manera global los fenómenos o los procesos sociales, frente a la perspectiva más especializada y temática de otras ciencias. Asimismo, este enfoque nos permite interpretar y evaluar de manera conjunta y correlacionada a los individuos con su entorno social, incluso entendiendo éste en un sentido amplio, lo cual es especialmente relevante en el caso de los trastornos de género y la transexualidad, pues estos conjugan la problemática biomédica con la social.

Con la incorporación de la perspectiva sociológica a la UTIG de Madrid, se posibilita una nueva visión que trasciende la simple intervención clínica, lo cual es coherente con el concepto biopsicosocial de la salud. Ya que el fenómeno de la transexualidad tiene una dimensión social evidente, una de las funciones básicas de la UTIG es recoger la percepción de la comunidad transexual por parte de la población en general y también de la propia comunidad transexual, con especial atención a sus diferentes manifestaciones y cambios. De esa manera se intentan alcanzar los objetivos sociales siguientes:

1. Apoyar el trabajo clínico de los diversos profesionales con estudios sociales.
2. Medir el impacto del trabajo de la unidad en la sociedad.
3. Controlar de forma permanente los cambios que se producen tanto en la comunidad transexual como dentro de la sociedad.
4. Promover la educación sanitaria del colectivo transexual, y evitar prácticas de riesgo.
5. Evaluar al individuo transexual en todas sus relaciones sociales (trabajo, familia, educación, amigos, etc.) antes del proceso, durante y después de éste.
6. Desde la integración de la experiencia concreta de la unidad con los rasgos básicos de la población general de nuestra comunidad autónoma, ofrecer instrumentos conceptuales, metodológicos y técnicos que permitan diagnosticar, analizar críticamente, comprender, avalar y diseñar la formulación y puesta en marcha de iniciativas públicas orientadas a la transformación

de desigualdades en relación con la comunidad transexual.

7. Asesorar y promover en la adopción de medidas y el desarrollo de programas para la reinserción y la integración laboral del individuo transexual.

8. Anticipar las grandes tendencias sociales emergentes a través de proyecciones acerca de la población y de los flujos de nuevas poblaciones (turismo sanitario).

9. Explorar la diversidad de posiciones ante el fenómeno y ofertar propuestas de cambio y orientaciones para una aceptación mejor del “hecho transexual”, tanto en el sistema sanitario, como en la sociedad en general.

## PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA TRANSEXUALIDAD

Las fases en que dividimos la intervención dentro de la UTIG, de modo que el paciente sigue un itinerario protocolizado de atención, son las siguientes:

### Abordaje psicológico

#### Valoración inicial

Para la evaluación inicial, previo descarte de diagnóstico psiquiátrico grave, se recoge información sobre datos sociodemográficos y de identidad de género a través de la entrevista de valoración inicial EVI<sup>10</sup>. Si la valoración es positiva, se deriva al paciente a la Gestora de Pacientes (socióloga) para que convoque una reunión de equipo. Tras ello, la entrada del paciente en la UTIG se acepta o no. Su aceptación unánime por todo el equipo conllevará a la firma, por parte del paciente, del consentimiento informado para tratamiento en la UTIG y del compromiso terapéutico, con lo que se procede al inicio de la fase psicológica del proceso transexualizador mediante la evaluación psicológica (fig. 1).

#### Evaluación psicológica

Se elabora la historia clínica biográfica del paciente, utilizando la de EPPT<sup>13</sup>, y se recaban datos específicos respecto a la identidad de género del paciente, mediante la EDIG<sup>9</sup>. Posteriormente, se profundiza en la evaluación de la estructura de personalidad de los pacientes y sobre la presencia o no de síntomas ansiosodepresivos. Finalmente, se evalúa su calidad de vida y aspectos relativos a su bienestar psicológico. Para esto último, se utilizan los cuestionarios de evaluación psicológica citados anteriormente<sup>15-27</sup>.

Tras la administración y la corrección de las pruebas y junto con la información recabada a través de las di-

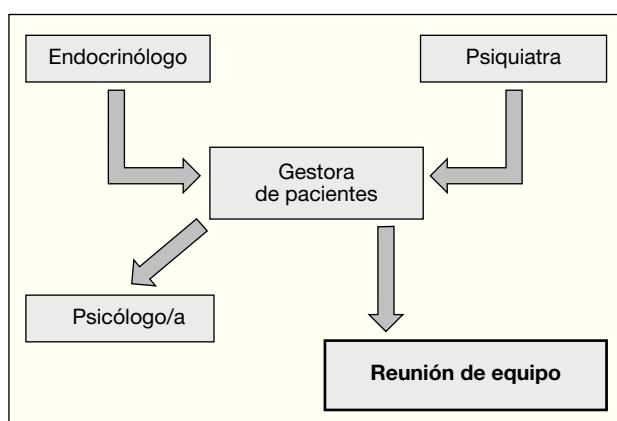


Figura 1. Esquema de valoración inicial.

ferentes fuentes, se convoca una sesión clínica donde están presentes todos los profesionales que componen la unidad. En ella se emite un juicio clínico acerca del diagnóstico de identidad de género del paciente que avanza en su caso a la siguiente fase. En caso de duda diagnóstica, se prorroga la evaluación para profundizar más sobre determinados aspectos significativos que se hayan puesto de manifiesto en la sesión clínica interdisciplinaria.

### Tratamiento hormonal y experiencia de vida real

El médico endocrinólogo, después de realizar un examen y valoración clínica, tras valorar las analíticas actualizadas del paciente, y si no hay contraindicación alguna, procede a la prescripción del tratamiento hormonal (TH). Cada 3 meses durante el primer año y después cada 6 meses, se hará un seguimiento exhaustivo del paciente. La fase de TH dura 2 años. No se trata que a los 2 años se finalice el tratamiento, que debe proseguir durante toda la vida del paciente, sino que hasta ese momento, 2 años de TH, no se podría avanzar hacia la fase de cirugía.

En la fase de TH, la intervención psicológica es fundamentalmente de apoyo psicológico y se basa principalmente en la denominada “experiencia de vida real” o “prueba de vida real”. Durante esta fase, el paciente comienza a adecuar su imagen al sexo sentido (ropa, maquillaje, depilación, lenguaje, lenguaje no verbal, etc.). A la vez que se produce la intervención de apoyo, el psicólogo debe mantener la evaluación, pues incluso en esta fase se detectan personas que, después de manifestar un fuerte deseo de modificar su sexo, al iniciar la experiencia de vida real descubren que sus sentimientos son contradictorios. Incluso algunos pacientes ni siquiera llegan a iniciar esta experiencia. Esto no es sinónimo de no transexualidad, ya que en algunos casos la ansiedad que produce el cambio o bien ciertos

TABLA 5. Técnicas de intervención psicológica durante la prueba de vida real

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, etc.)
Modificación de otras conductas problema
Adherencia al tratamiento hormonal

factores externos (sociales, laborales o familiares) dificultan grandemente el inicio o la continuación de esta experiencia. En este supuesto, se debe trabajar con el paciente reduciendo su ansiedad y estudiando la forma de disminuir el impacto. En todo caso, pasar a la fase quirúrgica no sólo exige 2 años de TH, sino también haber superado de forma exitosa la experiencia de vida real. Se entiende por forma exitosa que el individuo cambie sus roles y aspecto, y los adecue al sexo sentido y que se encuentre satisfecho en esos roles y con ese aspecto. Para ello, la intervención psicológica se desarrolla de modo individualizado o grupal a través de distintas técnicas y estrategias (tabla 5).

Respecto a las intervenciones grupales, se realizan en grupos terapéuticos de apoyo a pacientes y a familias (que incluye parejas y, en su caso, amigos íntimos). Estos grupos terapéuticos de apoyo<sup>28,29</sup> tienen como objetivo que, al finalizar esta actividad, los pacientes asistentes sean capaces de mostrar un cierto número de actitudes, competencias y habilidades de manejo. A fin de comprobar el grado de adquisición de conocimientos, así como el cambio de actitudes hacia la transexualidad y la satisfacción con la actividad, se pasan una serie de herramientas a los participantes de ambos grupos:

1. Cuestionario de conocimientos sobre transexualidad<sup>30</sup>.
2. Cuestionario de conocimientos sobre el proceso transexualizador y su tratamiento<sup>31</sup>.
3. Escala Likert de actitudes ante la transexualidad<sup>32</sup>.
4. Cuestionario de satisfacción con la actividad grupal<sup>33</sup>.

Las primeras 3 escalas se pasan 2 veces (test y re-test) al principio y al final de la actividad, para evaluar el cambio producido. Durante el módulo de habilidades de comunicación, se utiliza un instrumento de identificación de estilos de comunicación (EIET)<sup>34</sup>. Dependiendo de la conveniencia de realizarlo, se ha creado un modelo de informe de evaluación de personas transexuales (IEPT)<sup>35</sup>.

## Cirugías para modificar las características sexuales

Transcurrido un período mínimo de 2 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) para las intervenciones quirúrgicas demandadas por el paciente. Las cirugías para modificar las características sexuales secundarias son, entre otras: mamoplastia o mastectomía, histerectomía y anexitomía u orquidectomía, y cirugía de reasignación de sexo (CRS). Cuando el paciente ha realizado las fases anteriores y se ha conseguido la adecuación de su imagen exterior al sexo elegido, con experiencia de vida real en el entorno inmediato y comunitario, es cuando se pasa, sólo si el paciente así lo demanda, a la CRS.

El tratamiento psicológico durante esta fase se centra en la preparación para la CRS. Principalmente se refuerzan y/o entrena habilidades de control de la ansiedad anticipatoria prequirúrgica, tratamiento del impacto que va a suponer la cirugía en el entorno cercano y pautas de control emocional en general.

## Preparación para la vida real tras la cirugía de reasignación de sexo: adaptación a una nueva identidad

Llegado a este punto del proceso y mediante intervenciones individuales, se abordan aspectos de adecuación personal y social, pautas de cara a las relaciones de pareja, adecuación y mejora de relaciones sexuales, y otros problemas que demande el paciente.

## Intervención posquirúrgica

Tras la CRS, el paciente debe seguir de forma organizada las recomendaciones postoperatorias básicas para una buena calidad de vida, donde pueda disfrutar satisfactoriamente de su vida genital y sexual. En muchas ocasiones va a ser necesario el apoyo psicológico en toda esta fase, ya que los pacientes presentan a menudo síntomas ansiosos-depresivos y pensamientos obsesivos recurrentes, que interfieren en su vida cotidiana.

## CONCLUSIONES

Podemos concluir todo lo anterior en las valoraciones siguientes. En primer lugar, la transexualidad no es una enfermedad mental. Parece ser una enfermedad de tipo somático y multifactorial que debe abordarse des-

de un marco biopsicosocial, ya que tiene potenciales efectos psicológicos y sociales negativos en el individuo.

Dentro del marco multidisciplinario comprende un tratamiento psicológico como parte del protocolo asistencial durante el proceso transexualizador y, probablemente, de por vida, dado que el TH es indefinido y, además, puede provocar múltiples efectos adversos a largo plazo.

Los aspectos psicológicos de la transexualidad deben abordarlos psicólogos clínicos especializados en este campo de atención y esta intervención debe incluir de forma obligatoria el desempeño de una actividad formativa e investigadora que aporte conocimientos a un campo tan novedoso como éste.

## Bibliografía

1. Becerra Fernández A. Transexualidad: la búsqueda de una identidad. Madrid: Díaz Santos; 2003.
2. Goiar CH, Sannier V, Toulet M. La historia del transexualismo. Artículo en formato electrónico perteneciente a SHB España, 2005. [Acceso 30 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.shb-info.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbhhistory.pdf>
3. Money J, Eirhardt AA. Man and woman, boy and girl. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1972.
4. Colapinto J. As Nature Made Him. New York: Harper Collins; 2000.
5. Gómez Balaguer M, Solá E, Garzón S, García Torres S, Cubells P, Hernández Mijares A. Aproximación epidemiológica a los trastornos de identidad de género. En: Becerra Fernández A, editor. Transexualidad: la búsqueda de una identidad. Madrid: Díaz Santos; 2003.
6. Gooren L. El transexualismo, una forma de intersexo. En: Becerra Fernández A, editor. Transexualidad: la búsqueda de una identidad. Madrid: Díaz Santos; 2003.
7. Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behavior. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2007;21:431-44.
8. Castillo Robles C, Priego Cuadra T, Fernández-Tresguerres JA. El proceso de diferenciación sexual. En: Becerra Fernández A, editor. Transexualidad: la búsqueda de una identidad. Madrid: Díaz Santos; 2002.
9. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. EDIG: Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género. Documento sin publicar; 2009.
10. Becerra Fernández A, Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N, Lucio Pérez MJ. EVI: Entrevista de Valoración Inicial. Documento sin publicar; 2009.
11. American Psychiatric Association. Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM -IV-TR. Barcelona: Masson (texto revisado por Michael B. First); 2005.
12. Organización Mundial de la Salud. 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: Ed. Médica Panamericana; 2000.
13. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. EEPPT: Entrevista de Evaluación Psicológica a Pacientes con TIG. Documento sin publicar; 2009.
14. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. afusco-pt: Análisis Funcional de Secuencias Conductuales en Personas Transexuales. Documento sin publicar; 2009.
15. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. ESANTRA: Escala de ansiedad en Transexuales. Documento sin publicar; 2009.
16. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. ESDETRA: Escala de Depresión en Transexuales. Documento sin publicar; 2009.
17. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N, Rabito Alcón MF. IEI: Initial English Interview. Documento sin publicar; 2009.

18. Millon T. MCMII-III Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Madrid: TEA; 2007.
19. Costa P, McRae R. NEO-PI revisado. Madrid: TEA; 2002.
20. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory; Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1993.
21. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, Palo Alto: Consulting Psychologist Press. (Adaptación española en Editorial TEA.); 1970.
22. Miguel Tobal JJ, Cano Vindel A. ISRA: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Madrid: TEA; 1988.
23. Goldberg D. Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire): guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson; 1996.
24. Garroso E, Moreno-Jiménez B, Gálvez M, Rodríguez-Carvajal R. Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2009;19:5-13.
25. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. Psicothema. 2006; 18:572-7.
26. Fordyce MW. A program to increase happiness: Further studies. J Counsel Psychol. 1986;30:483-98.
27. Cabañero Martínez MJ, Richart Martínez M, Cabrero García J, Orts Cortés MI, Reig Ferrer A, Tosal Herrero B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. Psicothema. 2004;16:448-55.
28. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. Programa de Grupos Terapéuticos de Apoyo a Pacientes. Documento sin publicar; 2009.
29. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. Programa de Grupos Terapéuticos de Apoyo a Familias. Documento sin publicar; 2009.
30. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. Cuestionario de conocimientos sobre transexualidad. Documento sin publicar; 2009.
31. Lucio Pérez MJ, Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM, Bécerra Fernández A. Cuestionario de conocimientos sobre el proceso transexualizador y su tratamiento. Documento sin publicar; 2009.
32. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. Escala Likert de actitudes ante la transexualidad. Documento sin publicar; 2009.
33. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. Cuestionario de satisfacción con la actividad grupal realizada. Documento sin publicar; 2009.
34. Rodríguez Molina JM, Asenjo Araque N. EIET: Escala de Identificación de Estilos en Transexuales. Documento sin publicar; 2009.
35. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM. IEPT: Modelo de Informe de Evaluación de Personas Transexuales. Documento sin publicar; 2009.