

EDITORIAL

Disforia de género/incongruencia de género: transición y detransición, persistencia y desistencia



Gender dysphoria/gender incongruity: Transition and discontinuation, persistence and desistance

Antonio Becerra Fernández

Grupo de Trabajo GIDSEEN. Endocrinology, Gender Unit. Universidad de Alcalá, Madrid, España

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define la «transexualidad» como el deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto, y someterse a tratamiento hormonal y quirúrgico para adaptar su cuerpo al género sentido¹. Ese término fue sustituido posteriormente por el de «disforia de género» (DG), refiriéndose a la condición en la que una persona manifiesta una incongruencia entre el sexo asignado al nacer y el género sentido (DSM-5)². Esta discrepancia provoca un profundo malestar, angustia o discapacidad clínicamente significativa en áreas personales y sociales, que les produce un fuerte deseo de ser tratados como el otro género (o algún género alternativo diferente de su género asignado) y/o deshacerse de sus características sexuales. La próxima CIE-11 introduce el término de «incongruencia de género» (que entrará en vigor en 2022) para catalogar las diferentes formas relacionadas con la identidad de género³. Las «variantes de género» se refieren a un espectro de experiencias de género, en contraposición a la concepción binaria del mismo. El término «transgénero» se utiliza como un término general para referirse a una variación más amplia de las identidades de género. Pero además el término DG puede referirse también a la ansiedad o angustia provocadas por estas características que rechaza. No todos los que se identifican como transgénero o muestran una incongruencia de género o una variante de género sufren de disforia.

En Europa, y otros países occidentales, la prevalencia de transexualismo de hombre a mujer (THM) se cifra en

6,8/100.000 y la de transexualismo de mujer a hombre (TMH) en 2,6/100.000 adultos^{4,5}. Recientemente en nuestro medio, encontramos cifras más elevadas (31,2/100.000 de THM y 12,9/100.000 de TMH adultos)⁶; no obstante, algunas encuestas de población apuntan que el 0,5-1,3% de la población general se identifica como transgénero⁵.

En los últimos años, tanto en Europa como en América del Norte, se ha incrementado considerablemente el número de adolescentes referidos a clínicas de identidad de género⁷. Beard reportó, en 2018⁸, 189 solicitudes frente a tan sólo una o 2 una década antes. Por su parte, de Graaf et al. publicaron 39 adolescentes remitidos en 2009, mientras que en 2016 fueron 1.497⁹.

Algunos estudios sugieren que entre el 0,17 y el 1,3% de los adolescentes y adultos jóvenes se identifican como transgénero⁷, y este aumento ha sido calificado por algunos como un «brote»¹⁰. Se han propuesto diferentes explicaciones para ello: la mayor atención prestada a los problemas de transgénero en los medios de comunicación; la irrupción social de Internet, al ofrecer innumerables sitios de información; la despatologización gradual y la reducción del estigma respecto a la identidad transgénero; y la disponibilidad de tratamiento biomédico, incluido el bloqueo del desarrollo puberal somático y el tratamiento hormonal cruzado posterior¹¹. En su conjunto, todos estos factores podrían haber facilitado la búsqueda de atención de salud mental por parte de los adolescentes y sus familias (reflejado en el modelo de atención «afirmativa» adoptado por muchas clínicas y equipos de identidad de género)¹².

En España este fenómeno también alcanza dimensiones parecidas y con explicaciones similares. La existencia de

Correo electrónico: a.becerrafernandez@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.011>

2530-0164/© 2020 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Unidades de Identidad de Género (UIG) en el sistema sanitario público en casi todas las comunidades autónomas ha cubierto de manera importante las necesidades sanitarias de la población. Además, debemos destacar la publicación en las distintas autonomías de leyes que han permitido estimular tanto la asistencia sanitaria pública como la consecución de derechos personales y sociales.

Durante el mismo período en el que el número de adolescentes remitidos por DG comenzaba a aumentar, se produjo además otro fenómeno: un cambio en la proporción de sexos, aumentando considerablemente en las mujeres asignadas al nacer¹³.

El modelo de tratamiento de la DG durante las primeras etapas de la pubertad (alrededor de los 12 años de edad) es cada vez más aceptado. Se basa en la supresión de la pubertad con análogos de hormonas liberadoras de gonadotropina, el tratamiento hormonal cruzado a partir de los 16 años de edad, y posteriormente tratamientos quirúrgicos en la edad adulta legal. Sin embargo, prácticamente no se sabe nada sobre la DG y/o identidad transgénero que se inicia en la adolescencia, de los factores causales y de su evolución.

Se entiende por «transición» el proceso de una persona transgénero que cambia sus caracteres sexuales y/o su manifestación de género de acuerdo con su sentimiento interno de identidad de género. Esta conlleva generalmente cambios sociales (como ropa, nombre personal y pronombres), cambios legales (como nombre legal y género legal) y cambios médicos y físicos (como tratamiento hormonal cruzado y cirugía de confirmación de sexo). La «detransición» es el cese o la reversión de la transición de género o de la identificación como transgénero, ya sea desde el punto de vista social, legal o médico-quirúrgico. Puede producirse en cualquier fase del proceso de transición y a cualquier edad, aunque es más común al inicio de la transición, y particularmente antes de las cirugías. Suele asociarse con el arrepentimiento de la transición, aunque el arrepentimiento y la detransición no siempre coinciden¹³. Esta detransición puede ser temporal o definitiva, y no existen estudios directos y formales sobre su magnitud. Se estima que los detransicionadores oscilan entre el 1 y el 8% de las personas que comienzan la transición.

La transición no es la única solución a la DG/incongruencia de género, y lleva a algunas personas transgénero a no iniciar este proceso o a interrumpirlo y/o revertirlo parcial o totalmente, y temporal o permanentemente. La detransición por arrepentimiento es un tema muy controvertido de gran interés social y sanitario por su repercusión tanto biopsicosocial como legal y económica.

Durante décadas, los estudios de seguimiento de niños transgénero han demostrado que una mayoría sustancial finalmente dejó de identificarse como transgénero. Es el denominado «fenómeno de desistencia», es decir, el abandono de la identidad transgénero de los niños cuando ya son adolescentes o adultos. Estos hallazgos se han convertido en parte integrante del debate sobre la «transición social», término para permitir que los niños vivan públicamente como su género identificado en todos los aspectos, salvo el tratamiento médico. En los adolescentes transgéneros la situación es bastante más compleja. El desarrollo y consolidación de la identidad cobra especial protagonismo a estas edades¹⁴.

La adolescencia es un momento crucial para la identidad y el desarrollo psicosexual en jóvenes con problemas de identidad de género. Evidencias de 10 estudios de seguimiento prospectivos desde la infancia hasta la adolescencia indican que en el 80% de los niños que cumplen los criterios de DG en la infancia, la DG retrocede con la pubertad¹⁵. La conclusión de estos estudios es que la DG de la infancia se asocia fuertemente con orientación homosexual o bisexual¹¹.

Diferentes estudios señalan una gran variación en las tasas de persistencia, que van del 2 al 39% dependiendo del país y del período estudiado. Las principales guías de práctica clínica¹⁶ están de acuerdo en proponer una correcta evaluación, con cautela, y un acompañamiento psicológico suficiente. Estos procesos deben estar orientados a la exploración de la identidad, a descartar comorbilidades psicológicas u otras causas de confusión con su identidad, al logro de la estabilidad emocional y desarrollo de la resiliencia, a confirmar la decisión relacionada con el proceso de transición, a evitar las expectativas poco realistas, y a desarrollar y enriquecer la autoestima¹⁷. Las principales causas de desistencia o arrepentimiento que señalan los autores están relacionadas con deficiencias en el diagnóstico y diagnóstico diferencial, la disminución o carencia de los tiempos de evaluación, al ser interpretados por esta población como actos discriminatorios y cuando no patologizantes¹⁷. La falta del cumplimiento de la antigua prueba de vida real, y los resultados quirúrgicos no siempre satisfactorios y en ciertos casos deficientes, también participan en el origen de esta desistencia.

En este aspecto puede ser preocupante que la terapia hormonal pueda solicitarse para ocultar o aliviar otros problemas o inquietudes de la adolescencia diferentes a la identidad de género. A veces esta demanda se produce con verdadera insistencia e intensidad, y casi obligando a los profesionales a la toma de decisiones sin una valoración adecuada y prudente. Podría tratarse de la llamada «disforia de género de inicio rápido» (ROGD), una nueva presentación de una afección poco estudiada. Podría relacionarse con el mayor uso de redes sociales y/o la coincidencia con otros adolescentes que también se sienten transgéneros. Estos factores sugieren que el contagio social puede contribuir al aumento significativo de este fenómeno y podría ser catalogado como una epidemia entre nuestros jóvenes más vulnerables^{7,10}.

Estudios en Europa y América del Norte sugieren que aproximadamente el 40-45% de estos jóvenes presentan psicopatología concomitante; principalmente depresión, ansiedad, autolesiones, ideación suicida, trastornos del espectro autista, y posiblemente trastornos del comportamiento alimentario. En cambio, trastornos de conducta y desarrollo antisocial no eran prevalentes.

De todo lo anterior deberíamos extraer algunas reflexiones. Los especialistas en identidad de género estamos especialmente concienciados en la atención individualizada en el proceso de transición, siendo conscientes de que la cirugía precoz puede dar lugar a situaciones irreversibles. Los futuros estudios en medicina transgénero deberían centrarse en cada persona atendida, avanzando en la seguridad y eficacia de las intervenciones hormonales. Es imprescindible la opinión de cada joven transgénero, reconociendo y respetando su diversidad interna, pero siempre poniendo

sobre la mesa todos y cada uno de los posibles riesgos (tanto a corto, medio y largo plazo), a un nivel asequible a su conocimiento.

En algunos casos, deberíamos observar que ciertas corrientes de opinión o medios de comunicación pudieran favorecer juicios poco meditados. Hace medio siglo, el psicoanalista Jung (como cita Marchiano)¹⁰ ya alertaba sobre el hecho de que para resistir «ideas atractivas externas envolventes» es necesario estar enraizado en el mundo interior, y cultivar la conciencia basada en «el hecho eterno de la psique humana». Este consejo parece hoy, más que nunca, relevante para abordar el aumento actual de jóvenes transidentificados.

Bibliografía

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
3. World Health Organization. The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. Arcelus J, Bouman WP, van den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 2015;30:807–15.
5. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. 2017;14:404–11.
6. Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Cuchí-Alfaro M, García-Camba E, et al. Prevalence incidence, and sex ratio of transsexualism in the Autonomous Region of Madrid. (Spain) according to healthcare demand. *Arch Sex Behav*. 2017;46:1307–12.
7. Zucker KJ. Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Arch Sex Behav*. 2019;48:1983–92.
8. Beard J. Spike in demand for treatment of transgender teens; 2019 [consultado 4 Mar 2019]. Disponible en <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/trans-teens-ottawa-cheo-demand-1.5026034>
9. De Graaf NM, Giovanardi G, Zitz C, Carmichael P. Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Services in the UK (2009-2016). *Arch Sex Behav*. 2018;47:1301–4.
10. Marchiano L. Outbreak: on transgender teens and psychic epidemics. *Psychol Perspect*. 2017;60:345–66.
11. De Vries ALC, Klink D, Cohen-Kettenis PT. What the primary care pediatrician needs to know about gender incongruence and gender dysphoria in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63:1121–35.
12. Edwards-Leeper L, Leibowitz S, Sangganjanavich VF. Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2016;3:165–72.
13. Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: Prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav*. 2014;43:1535–45.
14. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:582–90.
15. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:13–20.
16. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metabol*. 2017;102:3869–903.
17. Selvaggi G, Giordano S. The role of mental health professionals in gender reassignment surgeries: unjust discrimination or responsible care? *Aesth Plast Surg*. 2014;38:1177–83.