



ARTÍCULO ORIGINAL

Recibido: 11/07/2016. Aceptado: 07/04/2017

“VIVIR EN UN CUERPO EQUIVOCADO”. A PROPÓSITO DE UN CASO

“LIVING IN A WRONG BODY”. REGARDING A CASE REPORT

Rebeca Hernández Antón¹, Sofía Gómez Sánchez¹, Claudia Noval Canga², Ewa Rybak Koite³,
Laura Gallardo Borge⁴, Isabel Sevillano Benito⁵, Guillermo Jacobo Isidro García⁶

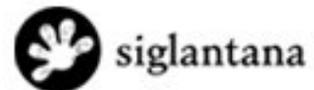
¹MIR-II de Psiquiatría en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²MIR- III de Psiquiatría
en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Psiquiatra Interplanta del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

⁴FEA Equipo de Salud Mental Valladolid Este 1. ⁵MIR-IV de Psiquiatría en el Hospital Universitario de Valladolid.

⁶Psiquiatría en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Correspondencia: Rebeca Hernández Antón, rebeca006@hotmail.com

Declaración de Conflicto de Intereses: Declaramos los autores del artículo con el título “Caso Clínico. Disforia de género. Vivir en un cuerpo equivocado”
que éste no ha sido publicado ni enviado a ninguna otra revista y que además no tenemos conflicto de intereses de ningún tipo.
Rebeca Hernández Antón.



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)1:60-9.



RESUMEN

Introducción: La disforia de género es una incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna biológicamente al nacer.

Objetivos: Repasar los criterios de inclusión para el tratamiento hormonal y la cirugía de reasignación de sexo en la disforia de género. Exponer el abordaje multidisciplinar. Realizar el diagnóstico diferencial con otros trastornos psíquicos.

Caso: Mujer (varón biológico), de 25 años.

Resultados: Se informa favorablemente para iniciar tratamiento hormonal tras cumplir los criterios de elegibilidad: >18 años, conocimientos de los efectos de las hormonas y más de 3 meses de experiencia de vida real documentada. Controles analíticos cada 3 meses el primer año y semestrales posteriormente.

Conclusiones: ¿Despatologizar la disforia de género? La UE recomienda una reclasificación como trastornos no patológicos en la CIE-11. Su tratamiento es una necesidad y no hay razón para postergarlo. Principal dificultad en el diagnóstico diferencial: puede existir comorbilidad con otros trastornos psíquicos no son excluyentes (trastorno psicótico, TOC, trastornos de la personalidad y otros trastornos de identidad de género).

Palabras clave: Disforia de género; Transexualidad; Identidad sexual; Tratamiento multidisciplinar; Terapia hormonal.

ABSTRACT

Introduction: Gender dysphoria is incoherence between the sex a person feels or expresses and the biological.

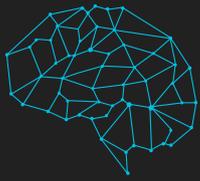
Goals: Revise the inclusion criteria for hormone therapy and sex reassignment surgery in gender dysphoria. Expose the multidisciplinary approach. Make differential diagnosis with other psychological disorders.

Case report: A 25 years old female patient, biological male.

Results: It reported favorably to start hormone treatment after completing the eligibility criteria: > 18 years old; knowledge of the effects of hormones; and more 3 months documented real-life experience. Laboratory tests are done every 3 months during the first year and then, every 6 months.

Conclusions: ¿Is the Gender Dysphoria a pathology? The EU recommends a reclassification as no pathological disorders in ICD-11. The treatment of gender dysphoria is necessary, and there is no reason to postpone it. The main difficulty is the differential diagnosis; there may be comorbidity with others mental disorders which are not exclusive (psychotic disorder, OCD, personality disorders and other disorders of gender identity).

Key words: Gender dysphoria, Transsexuality, Sexual identity; Cross-disciplinary treatment; Hormonal therapy.



INTRODUCCIÓN

Disforia de género en adolescentes y adultos 302.85 (F64.1) se define como la incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el sexo que se le asigna al nacer, de una duración mínima de seis meses. Hay unos conceptos que pueden llevar a equívoco (Fig. 1):

- **Sexo biológico:** es el sexo del cuerpo. Resulta de los siguientes factores: genético + gonadal + genital + morfológico.
- **Sexo psicosocial:** prácticas, símbolos, espacios, valores y normas que las sociedades elaboran y construyen para y a partir de dos géneros (masculino y femenino).
- **Sexo psicológico, identidad de género o género:** Sentimiento interno de pertenecer al sexo masculino o femenino con el que se identifica el individuo en sus emociones y afinidades. A su vez, unos términos que pueden confundirnos:
 - **Transgénero:** la autenticidad no coincide con el género que se le asignó socialmente al nacer.
 - **Transexualismo:** situación que define la convicción por la cual una persona se identifica con el sexo opuesto a su sexo biológico.
 - **Travestismo:** Uso de vestimenta propia del otro sexo social por el placer que supone jugar con doble identidad y/o por sentir identificación permanente con el otro sexo. Pero sin deseo de un cambio de sexo permanente.
 - **Intersexualidad o hermafroditismo:** ambigüedad genital. Poseen a la vez órganos reproductivos usualmente asociados a los dos sexos.
 - **Homosexualidad:** orientación hacia la atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia personas del mismo sexo.

MOTIVO DE CONSULTA

V. es una mujer (varón biológico), de 26 años, derivada por su médico de Atención Primaria (MAP) para valoración psiquiátrica previa al tratamiento continuado con hormonas del sexo opuesto.

DATOS DE FILIACIÓN

Nacido en Palencia, donde vivió hasta noviembre de 2013, junto a sus padres (de 63 y 61 años) y sus dos hermanas (de 36 y 28 años). Desde entonces y hasta la fecha, reside solo en Valladolid. Terminó la ESO y realizó un módulo sociosanitario. Trabajó como camarero desde los 16 hasta los 18 años, y posteriormente como operario en Renault.

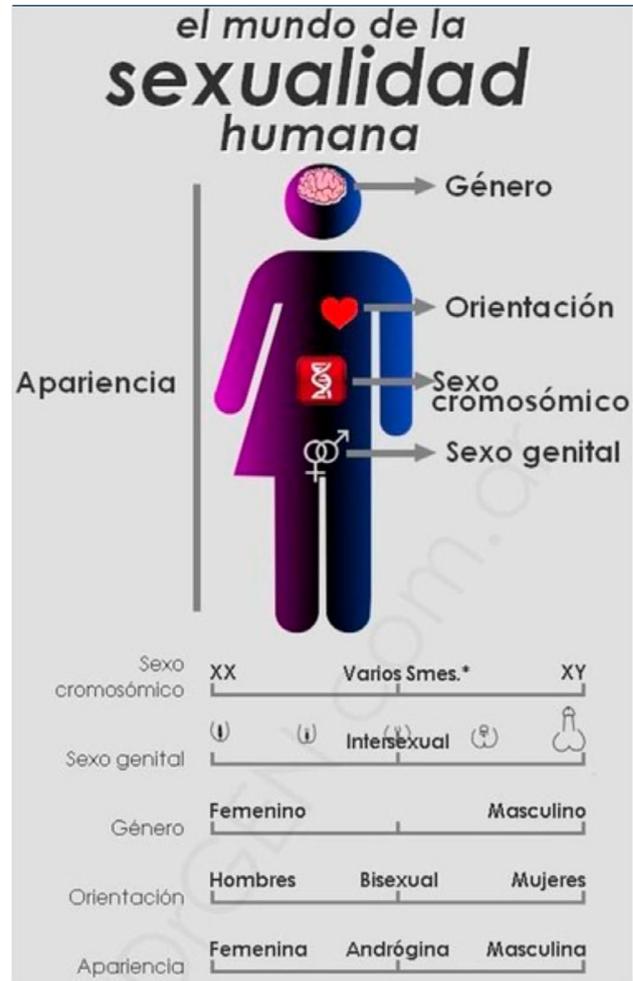


FIGURA 1. Diferencias entre el sexo biológico (genético + gonadal + genital + apariencia), sexo psicosocial e identidad de género.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Sin alergias medicamentosas conocidas. Niega antecedentes médicos de interés. No intervenciones quirúrgicas. Fumador de un paquete al día, consumo de alcohol eventualmente y consumo perjudicial de cannabis, cocaína y speed en la adolescencia (actualmente niega dicho consumo).

Refiere automedicación con hormonas sexuales adquiridas por Internet, durante tres meses, abandonándolo un mes antes de ir a nuestra consulta por no notar cambios físicos;



"Vivir en un cuerpo equivocado". A propósito de un caso

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)1:60-9.

R. Hernández Antón y cols.

no cuenta con ninguna analítica durante este período. Sin otro tratamiento médico en el momento actual.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

En seguimiento por psiquiatría en su niñez y adolescencia con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y tics nerviosos. Refiere que fue tratado con topiramato, reboxetina y haloperidol (sin precisar dosis). Sin tratamiento actual.

Antecedentes familiares: no constan antecedentes familiares de interés.

HISTORIA ACTUAL

Varón biológico de 26 años, soltero, natural de Palencia, vive solo en Valladolid, desde hace aproximadamente un año; anteriormente residió en Palencia con sus padres y sus dos hermanas. En activo: trabaja como operaria en Renault. Ha sido derivada por su médico de Atención Primaria para valoración psiquiátrica previa al tratamiento continuado con hormonas del sexo opuesto, por parte del Servicio de Endocrinología, por petición de la propia paciente, por presentar incongruencia entre el sexo que siente y el que se le ha asignado al nacer, desde hace varios años.

Toma contacto por primera vez con el Equipo de Salud Mental (ESM) Sanidad en junio de 2014, momento a partir del cual se inicia intervención y seguimiento desde la Unidad. En este primer contacto se le aportó información del proceso (trámites, intervenciones, plazos temporales, posibles repercusiones del cambio que iba a experimentar, etc.), mostrándose muy seguro de su decisión.

El paciente refiere que desde muy pequeño se ha sentido diferente al resto de niños; relata que ha presentado deseo marcado e insistente de ser del sexo opuesto y disgusto con sus caracteres sexuales desde los 7 años; fantasías y sueños referentes a pertenecer al otro sexo, y fuerte deseo de poseer los caracteres sexuales del sexo opuesto. Siempre ha escogido actividades con estereotipos femeninos (evitaba jugar con coches y los deportes de contacto). A diferencia de lo habitual, no ha buscado compañía femenina; ha mantenido relaciones con personas más mayores y nunca ha establecido amistades duraderas; "mis amigos solían pensar diferente al resto de la sociedad, la mayoría eran heavies". Preferencia por el travestismo desde los 9 años, cuando se vestía con la ropa de sus

hermanas. Siempre ha mantenido relaciones con hombres y solo ha tenido una pareja estable, 17 años mayor que él.

Relata haber tenido ciertas dificultades en su primer colegio, donde fue insultado y discriminado, hecho que provocó un cambio de institución. Recuerda la adolescencia como una etapa decisiva, debido a los cambios corporales; rechazaba el desarrollo de un cuerpo masculino y se sentía extraño a los gustos que le suponía su sexo biológico y psicosocial. Durante esta etapa mantuvo el papel de "chico gay", pues pensaba que si expresaba realmente lo que sentía, iba a conllevar más problemas. Relata que presentó sintomatología depresiva "porque no encontraba salida a mi problema". Comenzó a automedicarse con hormonas compradas por Internet, durante tres meses, dejándolas al no percibir cambios físicos, no hay analíticas correspondientes a este período. Define a su familia como conservadora y relata que no aceptaban la situación y que intentaron reconducirlo, pero que han terminado aceptándolo como tal y normalizando la situación. Reseña que informó a su familia de la decisión de iniciar una terapia hormonal previa a acudir a consulta. Muestra interés por la mamoplastia, descartando el resto de cirugías de reasignación de sexo en el momento actual. Se define como una persona sociable, extrovertida, empática, sin dificultades para manifestar sus quejas y sentimientos. Manifiesta ser "algo inconsciente y muy dependiente en su criterio".

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA Y PSICOSOCIAL

Consciente, orientada auto-alopsíquicamente, colaboradora. Buen contacto. Presenta media melena, maquillaje y vestimentas ambiguas. Espasmomimias ocasionales, consistentes en tics oculares y carraspeo. Lenguaje fluido, coherente, centrado en el desagrado hacia su imagen corporal y en el deseo de poseer los caracteres sexuales del sexo opuesto. En ocasiones, para respuestas con períodos de supuestos fallos de memoria y bloqueos. Eutímica, con buena resonancia afectiva; cambios de humor frecuentes; muy animada e ilusionada con los cambios físicos que puede ocasionar la terapia hormonal. Irascible e irritable, con gran componente de impulsividad. Ansiedad cognitiva y somática moderadas (que disminuye en las sucesivas consultas). Ideas obsesivas referentes a pertenecer al otro sexo. No alteraciones del contenido o curso del pensamiento. No alteraciones sensorio-perceptivas. No se observa sintomatología negativa alguna. No auto ni heteroagresividad. No ideas de muerte ni



autolíticas. Ritmos biológicos conservados. Funciones intelectuales superiores y capacidades volitivas aparentemente conservadas. Buena capacidad de juicio. Buen apoyo social y familiar. Impresiona de rasgos límites de la personalidad, poca tolerancia a la frustración y dificultad para manejar problemas que se planteen en la vida diaria.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL

Se realizó por parte de un psiquiatra y un psicólogo en el Equipo de Salud Mental. Historia clínica, dirigida a recibir información de la identidad de género, el desarrollo psicosexual, la orientación sexual e imagen corporal. Por otro lado, se trataron aspectos de la vida cotidiana, especialmente en lo que se refiere al impacto, que el cambio iba a suponer en su vida familiar, social y laboral.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD: MCMI-III- INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON MILLON

Este test proporciona información validada empíricamente, relevante y fiable para apoyar el diagnóstico de psicólogos y otros profesionales de Salud Mental en diversos ámbitos: clínico, médico, forense, etc. Es ideal para aplicar a individuos que presentan problemas emocionales, conductuales o interpersonales y para pacientes en psicoterapia. El MCMI-III cuenta con cuatro índices que permiten evaluar la validez del protocolo y 24 escalas clínicas agrupadas de acuerdo con el nivel de gravedad: Patrones clínicos de personalidad, Patología grave de la personalidad, Síndromes clínicos y Síndromes clínicos graves.

En cuanto a los estilos de respuesta destaca la elevada puntuación en la escala de Transparencia, lo que refleja que se ha mostrado una disposición a la sinceridad en la realización del cuestionario. En cuanto a los prototipos de la personalidad, cabe destacar las altas puntuaciones obtenidas en los prototipos activo-dependientes, equiparables al trastorno histriónico de la personalidad.

EVALUACIÓN DE 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):

donde se perciben altos niveles de ansiedad sin sintomatología depresiva en el momento de la evaluación (Asenjo-Araque y Rodríguez-Molina, 2009b, 2009c) (**Tablas I y II**).

Parece necesario evaluar no solo la presencia de transexualidad, sino también todas las variables del proceso. Son dos escalas tipo Likert, en la que en cada ítem el sujeto responde eligiendo dentro de un rango de 1 a 5 según el grado de desacuerdo o acuerdo que tenga con la afirmación que se hace en cada ítem. Consta de 30 ítems, con una muestra general de las respuestas de ansiedad más habituales en la práctica clínica. Todos los ítems se refieren a estado y no a rasgo, lo que facilita la repetición de la medición en diversos momentos del tratamiento. Se calcularon la Validez de criterio y la Habilidad mediante el Alfa de Cronbach y se ejecutó un Análisis Factorial Exploratorio. Se obtuvieron datos de alta significación estadística para la fiabilidad de las escalas (para ESANTRA un Alfa de Cronbach de .958 y correlación entre mitades de .926 y para ESDETRA un Alfa de Cronbach de .967 y correlación entre mitades de .958) y también para todos los elementos de ambas, así como una alta validez de criterio (para ESANTRA de .782 con $p < .001$ con el ISRA y para ESDETRA .829 con $p < .001$ con el BDI). El AFE mostró un único factor explicativo en cada escala (con varianza explicada del 45,71% ESANTRA y 51,55% ESDETRA). Las escalas ESANTRA y ESDETRA parecen ser útiles para la evaluación de ansiedad y depresión en personas transexuales.

Durante el período de psicoterapia y tras haber empezado la terapia hormonal se pasaron los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de conocimientos sobre la transexualidad.
- Cuestionario Likert de conocimientos sobre el proceso transexualizador y su tratamiento. Resultados de la escala de Likert de actitudes ante la transexualidad. .

Pruebas previas a la terapia hormonal (llevadas a cabo por el Servicio de Endocrinología):

- Datos antropométricos (talla: 1,73; peso: 63kg; IMC=21,07; 12% de grasa corporal).
- Tensión arterial (134/87).
- Analítica: perfil hidrocarbonado, lipídico, función renal y hepática dentro de los límites normales.
- Pruebas de coagulación: sin riesgo para terapia hormonal.
- Perfil hormonal: DHEA: 356 nmol/L; FSH: 8,3 UI/L; LH: 5,5 U/L; estradiol: 18 pg/ml; estrona: 24 pg/ml; prolactina: 65 mUI/L; testosterona libre: 212 pg/ml; testosterona total: 820 ng/dl. Todos los valores dentro de los límites normales para un varón.



TABLA I. Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA)

Nº	ÍTEM	1	2	3	4	5
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 preocupado/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	4	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, mis amigos o mi familia	1	2	3	4	5
14	Mi futuro me preocupa mucho	1	2	3	4	5
15	Pierdo los papeles fácilmente	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 situación	1	2	3	4	5
20	Esperar me pone muy 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 estómago, etc.	1	2	3	4	5
23	Cuando tengo que tomar una decisión importante lo paso muy mal	1	2	3	4	5
24	Cuando quiero hacer una crítica me pongo demasiado nervioso/a	1	2	3	4	5
25	Cuando me siento observado/a me molesta más que a la mayoría 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 cirugías 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 más de lo normal	1	2	3	4	5
Suma columnas						
Total						

Nota: Se conserva el formato de la tabla tal como se muestra al paciente.



"Vivir en un cuerpo equivocado". A propósito de un caso

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)1:60-9.

R. Hernández Antón y cols.

TABLA II. Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDRETA)

Nº	ÍTEM	1	2	3	4	5
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 de hacer sufrir a mis seres queridos	1	2	3	4	5
26	Cualquier contratiempo me estristece 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
Suma columnas						
Total						

Nota: Se conserva el formato de la tabla tal como se muestra al paciente.



"Vivir en un cuerpo equivocado". A propósito de un caso

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)1:60-9.

R. Hernández Antón y cols.

- Ecografía hepática: sin hallazgos de interés.
- Cariotipo: 46XY.
- Serologías (VIH, VHB, VHC, VEB, CMV): negativas.

Nota: de forma inicial se le han realizado analíticas de control cada 3 meses. Tras el primer año, se realizarán cada 6 meses.

DIAGNÓSTICO

Disforia de género en adolescente y adulto -302.85 (F64.1). Se define como la incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el sexo que se le asigna al nacer, de una duración mínima de seis meses. -Psicopatología asociada: tics motores -307.22 (F95.1) y rasgos de personalidad tipo B, sobre todo de la personalidad límite -301.83 (F60.3).

La mayor dificultad en estos casos se presenta en el diagnóstico diferencial, pues puede existir comorbilidad con otros trastornos psíquicos, que no son excluyentes:

- Trastorno psicótico: delirio de pertenecer al otro sexo.
- Trastorno obsesivo-compulsivo: dudas recurrentes con respecto a su género.
- Trastorno de la personalidad (sobre todo grupo B): insatisfacción con su género o manifestaciones puntuales de disforia.
- Otros trastornos de identidad de género:
 - Travestismo no fetichista: llevar ropas del sexo opuesto durante una parte de la vida, con el fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto. No presenta ningún deseo de cambio de sexo permanente ni de cirugía.
 - Orientación sexual egodistónica: angustia persistente y marcada por la propia orientación sexual. Cuando un individuo tiene una atracción sexual que no se corresponde con la imagen ideal que tiene de sí mismo.
 - Trastorno de maduración sexual: el individuo tiene dudas sobre su identidad u orientación sexual (p. ej., "crisis en adolescentes que cursan con disforia de género). Es más frecuente en varones homosexuales.
 - Trastorno de identidad de género no especificados: no buscan una reasignación sexual completa, sino que intentan integrar sus aspectos masculinos y femeninos, y buscan solo tratamientos parciales. Son los denominados "transgeneristas".

TRATAMIENTO

El abordaje de la disforia de género es complejo y multidisciplinar. Su tratamiento consiste en tres fases:

1. Evaluación diagnóstica psiquiátrica/psicológica inicial y psicoterapia.
2. Terapia hormonal.
3. Cirugía de reasignación de sexo.

Nuestra intervención terapéutica consistió en:

- a) Apoyo y facilitación del proceso de construcción de identidad: informar sobre las opciones del tratamiento y sus implicaciones; clarificar los deseos y corregir las falsas expectativas; psicoterapia (interpersonal, reestructuración cognitiva, modificación de otras conductas problema, autocontrol emocional); apoyar en las dificultades cognitivas y emocionales, enseñar estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, educación a los familiares acerca de los trastornos de identidad de género.
- b) Experiencia de vida real: se sugirió al paciente que viviera, trabajase, se relacionase y adecuase su imagen al sexo sentido (ropa, maquillaje, lenguaje...). Este proceso duró seis meses, durante el cual se le enseñaron técnicas para disminuir la ansiedad y estrategias de autocontrol emocional, y se le preparó para el impacto que causaría en su entorno su cambio físico.
- c) Se informó favorablemente para el inicio de la terapia hormonal, por parte del Servicio de Endocrinología, lo cual se efectuó con: estrógenos (17-beta estradiol (100 mcg/72 h), progestágenos (acetato de medroxiprogesterona (5 mg/24 h) y antiandrógenos (ciproterona 50 mg/12 h).

Se pautó pimozida 1 mg (0-0-1) para el control de los tics motores (tras ineficacia de clonacepam 0,5 mg (1-1-1).

Controles analíticos cada tres meses tras el inicio de la terapia hormonal durante el primer año; posteriormente, se realizarán cada 6 meses.

Controles periódicos en consultas del ESM (cada 15 días durante la experiencia de vida real y posteriormente, cada mes).

EVOLUCIÓN

Tras la confirmación del diagnóstico de disforia de género y la experiencia de vida real, se procedió al inicio de la segunda fase (la terapia hormonal), ya que cumplía los criterios de elegibilidad: mayor de 18 años, conocimiento de los efectos de las hormonas y más de tres meses de experiencia de vida real documentada; continuándose con la intervención psiquiátrica y psicológica con revisiones periódicas (inicialmente cada 15 días durante seis meses y posteriormente mensual-

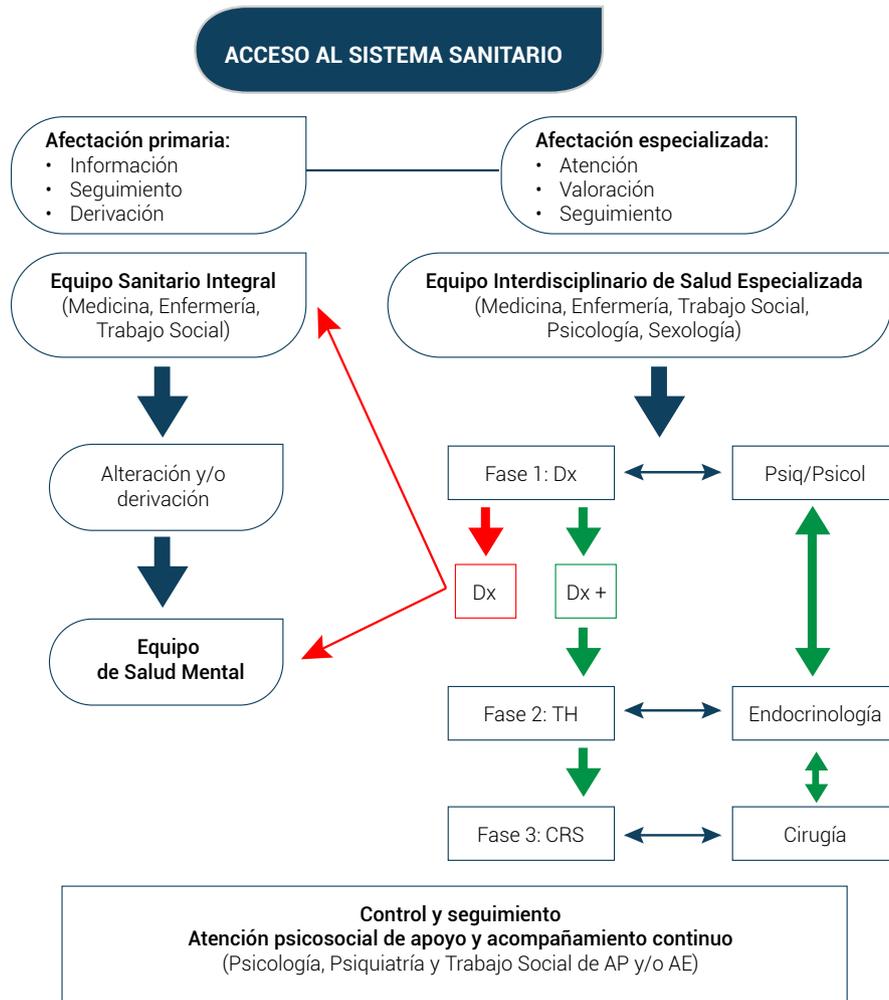
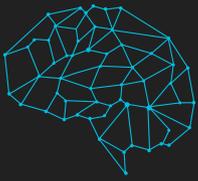
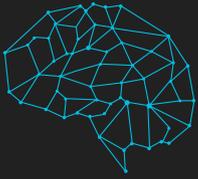


FIGURA 2. Algoritmo de la tríada terapéutica de la disforia de género.

mente). Es fundamental el acompañamiento del paciente en la adaptación a los cambios que se van produciendo en su aspecto y a los nuevos roles, y el ajuste de expectativas en relación a los resultados del mismo.

Durante el proceso, la identidad femenina se ha ido definiendo de manera gradual y óptima en los diferentes contextos y facetas de su vida. A medida que su aspecto se iba haciendo más femenino, su seguridad en sí mismo iba en

aumento y comenzó a preocuparse más por otros aspectos: como la práctica de vestirse y experimentar hábitos femeninos, hace dieta y ejercicio regular; usa sujetadores, depilación, agudización del tono de voz; lenguaje no verbal femenino. Mantiene el trabajo. Reanudó los estudios (bachillerato para adultos). Ha manejado de forma óptima el impacto que han supuesto dichos cambios en su entorno familiar, social y laboral.



Mayor tolerancia a la frustración; menor dificultad a la hora de solucionar problemas. Menor intensidad de los tics faciales. En el momento actual, como cirugía de reasignación sexual, solo está interesada en la mamoplastia de aumento. Pendiente de tramitar todos sus documentos legales para modificarlos, acorde a su identidad de género. Incremento subjetivo de calidad de vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

¿DESPATOLOGIZAR LA DISFORIA DE GÉNERO? LA DISFORIA DE GÉNERO NO ES UN FENÓMENO ACTUAL, EXISTE DESDE MUY ANTIGUO Y EN DIFERENTES CULTURAS

Comienza a utilizarse el término transexual en 1940. Harry Benjamin es el primero en recopilarlo en un libro "The transsexual phenomenon", por ello, también es conocido como el síndrome de Harry-Benjamin. En 1973 se propone el término de disforia de género. En el DSM-III (1980), aparece el término transexualidad, que se sustituye en el DSM-IV (1994) por el de trastornos de identidad de género, a su vez sustituido por el de disforia de género en el DSM-V (2013), con el fin de despatologizarlo.

Argentina ha sido el primer país que despatologiza la disforia de género, estableciéndose el derecho a la identidad de género de las personas (Ley 26.743, 2012); la Unión Europea recomendó a sus estados miembros a seguir el ejemplo de Argentina y a la OMS a suprimir los trastornos de identidad de género de la lista de los trastornos mentales y de comportamiento, y a garantizar una reclasificación de estos como trastornos no patológicos en la CIE-11.

¿EL TRATAMIENTO DE LA DISFORIA DE GÉNERO ES UNA NECESIDAD?

La disforia de género no es una enfermedad mental; alude a un malestar con el sexo asignado al nacer. Su etiología es multifactorial. Debe afrontarse desde un marco biopsicosocial, ya que tiene potenciales efectos psicológicos y sociales negativos. La intervención es multidisciplinar (**Fig. 2**) (Psiquiatría, Psicología, Endocrinología, Cirugía); debemos responder desde el Sistema de Salud con un enfoque de Atención Integral. La asistencia psiquiátrica y psicológica es muy importante, tanto en el proceso "transexualizador", como de por vida. Destacar las funciones de asesoramiento, apoyo y acompañamiento, favoreciendo la adaptación en el proceso de cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asenjo Araque N, Rodríguez Molina JM, Lucio Pérez MJ, Becerra Fernández A. Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). *Semergen*. 2011;37(2):87-92.
2. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jimenez B, Gallardo I, Valle C, Van Dierendonck D. Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006;18(3), 572-7.
3. Fordyce MW. A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*. 1986;30: 483-98.
4. Goiar Ch, Sannier V, 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.shbinfo.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbhistory.pdf>
5. Morales Vallejo P. (2013). El análisis factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios. Documento recuperado el 13 de agosto de 2013, disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/mvestigacion/AnalisisFactoriab.pdf>