Identidad de Género y Salud Mental

Gender Identity and Mental Health

Tomás Serón D.¹, Manuel Catalán Á.²

This article aims to review the implications of gender identity in psychic construction and mental health, without intending to be an exhaustive review, given the complexity of this issue. A tour of the conceptual definitions of gender identity is made, going through some explanatory models of it, as a way to understand this experience. Also, transgender reality as a psychosocial stress factor will be addressed and, from a clinical perspective, its psychic repercussions, emphasizing the differentiation of trans identities with the diagnostic entity called gender dysphoria. Finally, gender dysphoria will be characterized, focusing on the subjective discomfort secondary to gender discordance, its relationships with other psychiatric diagnoses, its psychosocial repercussions and the health care barriers that this group of people experiences.

Key words: gender identity, transgender, gender dysphoria.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2021; 59 (3): 234-247

INTRODUCCIÓN

El género es definido por la OMS como “conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres”⁽¹⁾. Este comportamiento aprendido determina los roles propios de los géneros en la sociedad y compone la identidad de género⁽²⁾. La identidad de género es la experiencia íntima, interna e individual del género en cada persona, la cual

puede o no corresponder al sexo asignado al nacimiento⁽³⁾. Se manifiesta a través de la vestimenta, gestos, modo de hablar, expresión corporal y patrones de comportamiento con los demás, y puede incluir la modificación de la apariencia o función corporal mediante procedimientos médicos, quirúrgicos o de otra índole, aunque no necesariamente⁽⁴⁾; constituyendo el concepto de expresión de género.

Las personas transgénero (trans) son aquellas cuya identidad y expresión de géne-

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Aceptado: 2021/03/06

Recibido: 2020/07/06

¹ Psiquiatra Adultos, Profesor Instructor Facultad de Ciencias Médicas - Universidad de Santiago de Chile

² Médico, Máster en Sexología.

ro difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer^(5,4). Si bien, un grupo importante de estas personas encontrarán un rol y expresión de género que les resulte cómodo, incluso si difieren de las normas o expectativas de género prevalecientes en la sociedad^(6, 7), no es la situación general. En este contexto, existe el concepto de Disforia de Género que se refiere al intenso discomfort o distrés ocasionado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado al nacimiento, frecuentemente de origen social^(8,4). Es sumamente importante destacar que no todas las personas con disconformidad de género experimentan disforia de género, es decir, no es inherente a las identidades trans, que en sí no son patológicas⁽⁴⁾.

TEORÍAS COMPRENSIVAS DEL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Teorías cognitivas

Los niños y las niñas precozmente, en la primera infancia, muestran las primeras claves sobre las creencias y las conductas distintivas de cada género. El uso de etiquetado de género aparece a los 18 meses, mientras que la comprensión de género se alcanzaría a los 30 meses, aunque hay estudios que plantean que podría presentarse ya a los 24 meses. Alrededor de los 3 años, la concepción estereotipada del género se relaciona de forma concreta con algunos roles, juegos, objetos y apariencia física, volviéndose más abstracta y compleja en la medida que los niños y niñas crecen, especialmente después de los 5 - 6 años⁽⁹⁾.

Según Kohlberg, fundamentado en la teoría del desarrollo cognitivo piagetana, los niños y niñas transitan por una serie de etapas respecto a su identidad sexual: etiquetaje de uno/a mismo/a y de los/as otros/as en una de las dos categorías dentro del binario histórico, hombre o mujer; estabilidad, donde comprende que sigue perteneciendo a esa cate-

goría a pesar de los cambios superficiales o externos, como ropa y accesorios; y constancia de género, donde se asimila la consistencia identitaria a pesar de la variabilidad situacional. Estas etapas son un logro evolutivo del desarrollo, aconteciendo la primera etapa a los 2 años, la segunda entre los 2 y los 5 años, y la tercera a partir de los 5 años, considerando una importante variabilidad entre individuos⁽¹⁰⁾. Las teorías del procesamiento de la información, detallan la importancia de los esquemas en la formación de la identidad de género, entendiéndose como aquellas estructuras cognitivas que orientan el modo en cómo se procesa dicha información. El niño o la niña que se autoidentifica de forma automática como hombre o mujer, supondrá una serie de roles, estereotipos, conductas, modelos de ser y de expresarse que conducen la forma en que percibe el mundo y a sí mismo/a⁽¹¹⁾.

Teorías psicodinámicas

Para Freud, es fundamental la evolución del desarrollo psicosexual en la identidad de género y en la elección de objeto de deseo: es así como la fase fálica y el paso por el complejo de Edipo juegan un rol crucial, permitiendo la divergencia entre niñas y niños. Sin embargo, la fase genital en la pubertad sería el período crítico y final para la consolidación de lo masculino y lo femenino. Las principales críticas a esta concepción radican en una orientación de base biologicista, donde la premisa parte desde la sexualidad masculina, la existencia o no de falo.

Lacan, también atribuye a la existencia del falo un gran poder diferenciador de género. Este falo, aunque ilusorio e imaginario, representa simbólicamente la imposición del nombre del padre. Por tanto, tal como lo hacía Freud, perpetúa la importancia del miembro masculino como significante de la identidad, así la dialéctica resultante se corresponde a la dicotomía del sujeto fálico/castrado.

Por su parte, Chodorow plantea que, debido a las semejanzas contextuales y físicas entre la madre y sus hijas, se generaría una mayor identificación entre las mismas. Los niños se identificarán con el rol masculino basado en una relación a distancia con el padre, bajo un modelo tradicional de familia. Se le asigna particular importancia a las experiencias de identificación diferencial con los padres en fases preedípicas⁽¹³⁾. Stoller introduce el concepto de “núcleo de la identidad de género”, que corresponde a la primera identificación infantil con lo masculino o lo femenino (el padre o la madre), siendo previa al período evolutivo en la que se logra integrar la diferenciación entre los sexos⁽¹⁴⁾.

Teorías sociales

El rol socializador de la familia es un elemento básico para el desarrollo de la identidad sexual de cada individuo, nicho que sustenta la concepción esencial de lo femenino/masculino en la cultura. Estos mandatos se pueden transmitir mediante el trato diferencial hacia el infante según su género. De este modo, la familia inserta en la sociedad a este individuo con la investidura de roles y comportamientos esperados, según las funciones tradicionales para cada naturaleza sexual. Se ha planteado también la importancia del aprendizaje social banduriano como modulador del género, en tanto que los niños y niñas aprenden a ser “masculinos” o “femeninos” en virtud de la imitación resultante de la observación e interacción con otros⁽¹⁵⁾.

Según la Teoría de Rol de Género, la identidad es un cuerpo de significados compartidos que permiten el mantenimiento de un determinado equilibrio social y que enmarcan los límites para los modos de interacción, perpetuando roles estereotipados y categoriales, que luego son interiorizados por los individuos⁽¹⁶⁾. Para Foucault, la sexualidad está operacionalizada dentro una intrincada red de disposiciones de dominio en determinado marco cultural y contextual.

La producción de discursos derivados de “lo sexual” están sujetas a las fuerzas sociales de poder⁽¹⁷⁾.

Teorías neurobiológicas

Los aspectos más estudiados son los factores genéticos y hormonales (especialmente in utero) y los cambios estructurales/funcionales del cerebro. Sin embargo, estos estudios son aún escasos e inconsistentes. Se ha encontrado mutaciones en el gen del receptor de rianodina 3 (RYR3) en un pequeño grupo de personas transgénero de etnia Han en China⁽¹⁸⁾. Se ha descrito también polimorfismo del gen CYP17 (CYP17-34C) y alteraciones en la expresión génica de hormonas sexuales⁽¹⁹⁾. De todas formas, los estudios sobre diferenciación sexual y ambiente hormonal intrauterino alterado, como en casos de hiperplasia suprarrenal congénita o de déficit de 5-alfa reductasa, han mostrado que la identidad de género no siempre se relaciona con el estado gonadal in utero ni con la exposición diferencial a hormonas sexuales⁽²⁰⁾.

En estudios de neuroimágenes, se ha observado una corteza temporal y parietal más gruesa en trans masculinos en relación a hombres cis control, no encontrando diferencias entre trans femeninos y mujeres cis controles. Las pacientes trans femeninas también tendrían una corteza más gruesa en las regiones occipital, orbital y occipital medial⁽²¹⁾. En la sustancia blanca, Kranz et al. encontró un gradiente de difusividad, que es mayor en los controles cis femeninos, seguido por los pacientes trans masculinos, los pacientes trans femeninos y finalmente los controles cis masculinos. Este patrón de difusividad se relacionaba directamente con los niveles plasmáticos de testosterona⁽²²⁾. También, se plantea una menor conectividad hemisférica en las áreas subcorticales y límbicas de las personas trans⁽²³⁾. Sin embargo, estos datos son hallazgos no generalizables y no logran dar cuenta de la complejidad del tema.

ASPECTOS PSICOSOCIALES

Diversos estudios evidencian la discriminación que sufren las personas trans en distintas áreas de la vida cotidiana como acceso a salud, empleo y vivienda. Se ha visto además que en estados con políticas discriminatorias, el riesgo patología psiquiátrica es mayor⁽²⁴⁾. La exclusión social y opresión se traducen en mayor prevalencia de trastornos de salud mental, mayor riesgo de contagio de ITS, acceso limitado a la educación y el empleo, además de menor acceso a servicios sociales⁽²⁵⁾, generando mayores limitaciones para el progreso económico y social; y una baja o nula representatividad. El odio y la agresividad, derivada de la discriminación de las minorías sexuales, los exponen a graves situaciones de violencia que pueden ser extremas⁽²⁶⁾, como vulneración física, abusos sexuales e incluso asesinatos⁽²⁷⁾. Una encuesta nacional mostró que en distintos ámbitos (escolar, familiar y servicios de salud), las principales formas de discriminación se relacionan con recibir cuestionamientos debido a su identidad de género, ser ignorados, invisibilizados, rechazados y sufrir agresiones verbales⁽²⁸⁾.

DISFORIA DE GÉNERO COMO ENTIDAD NOSOLÓGICA

Epidemiología

La prevalencia exacta de jóvenes trans es desconocida y las estimaciones son variables^(29, 30). Un estudio reciente sugiere que la prevalencia de una identidad transgénero autorreportada en niños, adolescentes y adultos varía de 0.5 a 1.3%. No existen estudios epidemiológicos formales sobre la prevalencia disforia de género en niños o niñas, lo mismo en adolescentes⁽²⁹⁾.

Existen clínicas para jóvenes y adolescentes trans en Europa, Norteamérica y algunas partes de Asia, donde se ha visto una demanda constantemente creciente de consultas en

los últimos años⁽³¹⁾. El ingreso a estos programas habitualmente ocurre a edades avanzadas, como muestra el trabajo de Spack et al. quienes encontraron que el inicio promedio de tratamiento especializado ocurría a los 14.8 ± 3.4 años (sin diferencia de sexo), cuando el desarrollo puberal en promedio ya se encontraba en Tanner $4,1 \pm 1,4$ para pacientes genotípicamente mujeres y de $3,6 \pm 1,5$ para pacientes genotípicamente hombres. En este punto, estos pacientes ya tenían importantes comorbilidades psiquiátricas⁽³²⁾.

En adultos, el DSM-5 informa que la prevalencia de disforia de género está entre 5 y 14 por 1000 personas nacidas con sexo masculino (0.005-0.014%) y 2 y 3 por 1000 personas nacidas con sexo femenino (0.002-0.003%)⁽³³⁾. Un estudio retrospectivo holandés analizó los datos de pacientes atendidos en clínicas de identidad de género entre 1972 y 2015. Durante este período se presentaron 6793 personas, 65,2% correspondientes a trans femeninos y 34,8% a trans masculinos. Se observó una prevalencia de disforia de género en 2015 de 1:3800 para transgénero femenino y 1:5200 para transgénero masculino⁽³⁴⁾. Una investigación española, usando los criterios CIE-10 para transexualidad o DSM-IV-TR para trastorno de la identidad de género, encontró una prevalencia respecto a la población general mayor de 15 años de 22.1/100.000 habitantes: 31.2 para transgénero femenino y 12.9/100.000 para transgénero masculino, mientras que la tasa de incidencia fue de 2.5/100.000 habitantes. Hay que enfatizar que esta fue una muestra de referencia clínica, no extraída de la comunidad⁽²⁵⁾.

En general, en la literatura se presenta una mayor prevalencia de disforia de género en pacientes trans femeninos. Al realizar un estudio de cohorte, en dos períodos comprendidos entre 1999–2005 y 2006–2013, se vio una relación trans femenino/trans masculino de 2,11:1 (67,9% vs 32,1%) para el primer período y de 1:1,76 (36,1% vs 63,9%) para

el segundo, evidenciando una inversión en el patrón de prevalencias en esta muestra clínica de adolescentes⁽³⁶⁾. No existen datos en Chile⁽³⁷⁾.

Características sintomáticas y evolutividad

Aunque la identificación con determinada identidad de género se da en la primera infancia, existe un período crítico en el desarrollo psicosexual que tiene relación con la pubertad y sus cambios corporales inherentes al proceso de maduración sexual, de tal modo que aumenta la tensión entre el sexo asignado y el género afirmado⁽³⁸⁾. Estudios iniciales muestran que la mayor parte de los niños y niñas trans no evolucionan con disforia de género. No obstante, nuevas investigaciones plantean que la diferenciación psicosexual de estos niños y niñas es más variable de lo supuesto previamente y que alrededor de un 15% de los niños persistirían con disforia en la adolescencia⁽³⁹⁾. Existen datos que muestran una persistencia en la adolescencia de incluso un 27% (20% para el caso de los niños y 50% para las niñas)⁽⁴⁰⁾.

La persona con disforia de género expresa su sintomatología dependiendo de la etapa del ciclo vital. Los niños y niñas pueden manifestar su disconfort al sentir desagrado por sus propios genitales, pueden ser rechazados por sus compañeros y sentirse aislados, manifestar explícitamente que desean pertenecer al sexo opuesto⁽⁴¹⁾. Los y las adolescentes pueden ver exacerbados los conflictos propios de la edad, debido al desarrollo sexual no acorde a su identidad de género, presentar conflictos en el hogar por no sentirse comprendidos o aceptados, ser víctimas de maltrato y acoso en el ambiente escolar, tener más riesgo de consumo de sustancias⁽⁴²⁾. Por su lado, los adultos podrán vestir como si fueran del sexo opuesto, sentirse aislados, desear vivir como una persona del sexo opuesto, desear deshacerse de sus propios genitales. Tanto niños/as, adoles-

centes como adultos pueden mostrar hábitos característicos del sexo opuesto, sufrir depresión o ansiedad, alejarse de la interacción social⁽⁴¹⁾. Sin embargo, es importante reiterar que estas experiencias pudiesen ser transitorias en el proceso identitario; se vuelven patológicas en la medida que causan intenso y sostenido sufrimiento en los individuos, con importante compromiso funcional.

Criterios diagnósticos

La Transexualidad ingresa al DSM-III por influencias de colectivos militantes de diversidad sexual y por un grupo de personal de salud que trabajaba directamente con población trans, para facilitar el acceso a prestaciones sociales y de salud. Sin embargo, algunos sectores plantearon que la inclusión de la transexualidad como unidad diagnóstica sólo causaría estigma y discriminación⁽⁴²⁾. En el DSM-IV se modifica el nombre a Trastorno de la Identidad de Género, persistiendo la patologización de la identidad de género discordante. En el DSM-V se realiza una modificación epistemológica sustancial: se reemplaza el Trastorno de la Identidad de Género por Disforia de Género, a propósito del concepto planteado por Fisk en 1974, quien buscaba destacar el disconfort resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo biológico, más allá de la condición misma de discordancia de género⁽⁴³⁾ (Tabla 1). Con la publicación del CIE-11⁽⁴⁴⁾, se elimina el Transexualismo. De este modo, se inicia la despatologización de la identidad trans y se acuña el concepto de Incongruencia de Género como nueva entidad diagnóstica dentro de los Trastornos relacionados a la Salud Sexual, estando el foco puesto no en la discordancia entre el sexo experimentado y el sexo asignado, sino en el disconfort y disfunción que esto provoca en el individuo (Tabla 2).

Tabla 1. Criterios DSM-V Disforia de Género

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios en desarrollo).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicas del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Relación de la disforia de género con otras patologías psiquiátricas

Se han visto altas tasas de patologías psiquiátricas comórbidas como trastornos depresivos y ansiosos, conducta suicida, dependencia de sustancias, trastornos de personalidad, suicidalidad, siendo esta última más frecuente en mujeres trans⁽⁴⁵⁾. Judge et al.⁽⁴⁶⁾, plantean que la depresión es el principal problema de salud mental, seguido por la conducta suicida en un grupo de pacientes considerados para iniciar tratamiento hormonal. Un estudio observacional realizado a un grupo de 298 personas trans femeninas, de entre 16 y 29 años, encontró que un 41,5% tenía por lo menos un diagnóstico psiquiátrico, mientras que el 20% tenía dos o más cuadros comórbidos, especial-

mente depresión, conducta suicida, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, dependencia a alcohol y otras sustancias psicoactivas⁽⁴⁷⁾.

La mayor prevalencia de depresión se ha sido explicado a partir del Modelo de Estrés de las Minorías⁽⁴⁸⁾, que tiene implicancias tanto en la salud mental como física. Se ha visto mayores síntomas depresivos en población trans, especialmente cuando se experimenta desconfirmación o no validación social del género y cuando presentan transfobia internalizada. Esta prevalencia de síntomas anímicos es mayor en aquellos que no se identificaban dentro del binarismo transgénero masculino/transgénero femenino⁽⁴⁹⁾.

En un grupo de universitarios trans, se encontró el doble de riesgo de patologías

Tabla 2. Criterios CIE-11 Incongruencia de Género*Incongruencia de Género en la Adolescencia y la Adultez*

A. La sexualidad de la adolescencia y la edad adulta se caracteriza por una incongruencia marcada y persistente entre el sexo experimentado de un individuo y el sexo asignado, manifestada por al menos dos de los siguientes criterios:

1. Una fuerte aversión o incomodidad con las características sexuales primarias o secundarias (en adolescentes, características sexuales secundarias anticipadas) debido a su incongruencia con el género experimentado.
2. Un fuerte deseo de deshacerse de algunas o todas las características sexuales primarias y/o secundarias (en adolescentes, características sexuales secundarias anticipadas) debido a su incongruencia con el género experimentado.
3. Un fuerte deseo de tener las características sexuales primarias y/o secundarias del género experimentado.

B. El individuo experimenta un fuerte deseo de ser tratado (para vivir y ser aceptado) como una persona del género experimentado.

C. La incongruencia de género experimentada debe estar presente continuamente durante al menos varios meses.

D. El diagnóstico no puede asignarse antes del inicio de la pubertad.

E. Las variantes de comportamiento y las preferencias de género por sí solo no son una base para asignar el diagnóstico.

psiquiátricas, especialmente de depresión y ansiedad⁽⁵⁰⁾. En mujeres trans, el abuso y violencia de género, además de la presencia de síntomas depresivos, se asocia a mayores tasas consumo de sustancias⁽⁵¹⁾. Se ha visto que los pacientes que inician tratamiento hormonal precoz, disminuyen significativamente los síntomas ansiosos y los síntomas depresivos, con mejoría importante en su funcionalidad⁽⁵²⁾.

La tasa de suicidio y las tendencias suicidas son considerablemente altas en comparación con la población general y oscilan entre el 32% y el 50%. Las situaciones de vulneración, discriminación y violencia, el rechazo por la familia, los amigos y la comunidad,

el acoso por parte de la pareja, miembros de la familia o la policía, la discriminación y el maltrato en el sistema de atención de la salud, son los principales factores de riesgo⁽⁵³⁾. Desde la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio, la mayor carga percibida y el sentido de pertenencia frustrada, se asocian a mayor frecuencia de intentos suicidas. Asimismo, la presencia reiterada de eventos dolorosos y traumáticos, también se asoció a un mayor riesgo de conducta suicida⁽⁵⁴⁾. Las tasas de intentos de suicidio varían según los subgrupos de género: los hombres trans informaron tasas de 32.1% y las mujeres trans informaron tasas de 25.5%⁽⁵⁵⁾.

La investigación focalizada en la aso-

ciación entre trastornos de personalidad y disforia de género utilizando métodos estandarizados son escasos y contradictorios. Sin embargo, la literatura disponible refiere que habría una mayor prevalencia de trastornos de personalidad⁽⁵⁶⁾. Un estudio que comparó un grupo de 30 adultos con disforia de género y 30 personas cisgénero heterosexuales de la población general a través de escalas autoadministradas encontrando una mayor prevalencia de trastornos de personalidad, principalmente paranoide, limítrofe, evitativo y obsesivo-compulsivo, presentándose en casi la mitad de los pacientes más de un diagnóstico del eje II⁽⁵⁷⁾. A un grupo pacientes solicitantes de cirugía de reasignación genital se les aplicó el Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI- II), encontrándose una prevalencia de 81,4%, siendo el principal diagnóstico el trastorno narcisista en el 57,1% de los casos. Además, en concordancia con el estudio previamente descrito, la comorbilidad entre estos trastornos fue alta, siendo el promedio de diagnósticos asociados de 3⁽⁵⁸⁾. No se han encontrado diferencias significativas entre personas trans masculinos y trans femeninas⁽⁵⁹⁾.

En adolescentes, algunos estudios refieren una mayor prevalencia de Trastornos del Espectro Autista (TEA) al comparar con población general⁽⁶⁰⁾. Sin embargo, muchos trabajos plantean que los síntomas de este trastorno estarían sobrerrepresentados, por la escasa especificidad de las escalas y porque la similitud de los síntomas podrían corresponder a déficits sociales secundarios a las condiciones de estrés psicosocial⁽⁶¹⁾.

Se han encontrado similitudes psicopatológicas con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente en lo que respecta a la disconformidad con la imagen corporal y el peso^(62, 63). También se ha observado una mayor probabilidad de comorbilidad entre estos trastornos. Esta situación se da en mayor medida con los cuadros restrictivos, aumentando el riesgo a 19 veces en adoles-

centes trans masculinos y 10 veces en trans femeninas, respecto de la población general adolescente (64).

BARRERAS DE ATENCIÓN EN SALUD

La población trans tiene que luchar con la discriminación y estigmas sociales a diario. Esto se complica en el ámbito sanitario por la escasez de profesionales culturalmente competentes y capacitados^(65, 66), sumando al modelo cisnormativo actual, haciendo que sea menos probable que busquen algún tipo de atención, contribuyendo a la existencia de barreras de atención en salud^(65, 66, 67). Estas barreras repercuten en la salud en la comunidad transgénero, incluyendo aumento en las tasas de depresión, suicidio y VIH⁽⁶⁸⁾. La mayor barrera para una atención médica general adecuada y para una terapia hormonal segura para pacientes trans es la falta de acceso^(66, 69).

White et. al⁽⁷⁰⁾ identifica factores individuales, interpersonales y estructurales que se asociaron con mayores probabilidades de no poder acceder a la atención relacionadas con la transición: menor edad, bajos ingresos, bajo nivel educacional, cobertura de seguro limitada y discriminación en el ámbito sanitario⁽⁶⁶⁾. Las personas trans con bajos ingresos, sin cobertura de seguro, extranjeras y que carecen de vivienda estable tienen menos probabilidades de tener acceso a atención médica regular⁽⁶⁵⁾. Muchos pacientes trans informan sentirse agredidos verbal y físicamente durante la consulta médica y discriminados en los centros de salud, por lo que prefieren muchas veces no consultar o posponerlo durante el tiempo^(65, 66, 71). Esto debido a la poca formación que tienen los profesionales de salud en los planes de estudio convencionales, y escasas habilidades y conocimientos necesarios para otorgar una atención de calidad y con enfoque de género^(66, 69, 72).

CONCLUSIONES

La identidad de género es un constituyente de la existencia humana que es difícil de asir desde una única mirada. Interaccionan de forma compleja e intrincada diversos elementos, tanto sociales, biológicos, culturales y políticos. Más aún, la tendencia se orienta cada vez más hacia la deconstrucción de las concepciones estereotipadas y binarias del género. Las identidades trans se escapan de la lógica determinista biológica tradicional, por lo que por mucho tiempo fueron patologizadas y estigmatizadas. Sin embargo, no es un diagnóstico clínico en sí mismo, no es

una enfermedad ni requiere un tratamiento. Sí hay que atender a poder detectar disforia de género cuando se presenta, situación clínica particular y específica causada por la discriminación social y cultural a raíz de la identidad individual, pues implica una mayor probabilidad de morbilidad psiquiátrica, especialmente trastornos del ánimo y aumento de suicidalidad. Se deben generar cambios culturales estructurales en diferentes niveles para que la experiencia de las personas trans no siga siendo motivo de discriminación, estigma, barreras en el cotidiano vivir, especialmente, atención en salud acorde a sus necesidades específicas.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo revisar las implicaciones de la identidad de género en la construcción psíquica y la salud mental, sin pretender ser una revisión exhaustiva, dada la complejidad del tema. Se realiza un recorrido por las definiciones conceptuales de la identidad de género, pasando por algunos modelos explicativos de la misma, como una forma de comprender esta experiencia. Además, se abordará la realidad transgénero como factor de estrés psicosocial y, desde una perspectiva clínica, sus repercusiones psíquicas, enfatizando la diferenciación de las identidades trans con la entidad diagnóstica llamada disforia de género. Finalmente, se caracterizará la disforia de género, con énfasis en el malestar subjetivo secundario a la discordancia de género, sus relaciones con otros diagnósticos psiquiátricos, sus repercusiones psicosociales y las barreras de atención médica que este grupo de personas experimenta.

Palabras clave: identidad de género, transgénero, disforia de género.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS (2002). Política de la OMS en Materia de Género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario sobre el género. Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
2. WHO. (2011). Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization. Disponible en <http://www.who.int/iris/handle/10665/44516>
3. Comisión Internacional de Juristas (ICJ) (2007). Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Disponible en: <http://www.refworld.org/es/docid/48244e9f2.html> [Acceso 15 Julio 2018].
4. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend.* 2012;13(4):165-232.
5. Bockting WO. From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report.* 1999; 28(1):3-7.
6. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology.* 2010;72(2):214-231.
7. Bockting WO, Knudson G, Goldberg JM. Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism.* 2006;9(3/4):35-82.
8. Knudson G, De Cuypere G, Bockting W. Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism.* 2010b;12(2):115-118.
9. Martin CL, Ruble DN. Patterns of Gender Development. *Annual review of psychology.* 2010;61:353-381.
10. García-Leiva P. Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de Psicología.* 2005;7: 71-81.
11. López M. Tipicidad de identidad de género y comparación intergrupal. *Revista de Psicología Social.* 1993;8(2):189-200.
12. Freud, S. (1905) Tres ensayos sobre teoría sexual. Ed. Amorrortu, Madrid.
13. Freixas A. La adquisición del género: el lugar de la educación en el desarrollo de la identidad sexual. *Apuntes Psicol* 2012; 30(1-3):155-64.
14. San Miguel MT. El Psicoanálisis: Una Teoría sin Género. Masculinidad/Feminidad en la Obra de Sigmund Freud. La Revisión de Jean Laplanche. *Revista Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis.* 2004;16.
15. Rocha T. Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual. *Periódicos electrónicos en Psicología.* 2009;43(2):250-259.
16. Etchezahar E. La construcción social del género desde la perspectiva de la Teoría de la Identidad Social. *Ciencia, docencia y tecnología.* 2014;25(49):128-142.
17. Elliot A. Sexualidades: teoría social y la crisis de identidad. *Sociológica.* 2009;24(69):185-212.
18. Yang F, Zhu X, Zhang Q, Sun N, Ji Y, Ma J, et al. Genomic Characteristics of Gender Dysphoria Patients and Identification of Rare Mutations in RYR3 Gene. *Scientific Reports.* 2017;7:8339.
19. Mohammadi MR, Khaleghi A. Transsexualism: A Different Viewpoint to Brain Changes. *Clinical Psychopharmacology*

- and Neuroscience. 2018;16(2):136-143.
20. Leinung M, Wu C. The biologic basis of transgender identity: 2D:4D finger length ratios implicate a role for prenatal androgen activity. *Endocr Pract.* 2017;23(6):669-671.
 21. Zubiaurre-Elorza L, Junque C, Gómez-Gil E, Segovia S, Carrillo B, Rametti G, et al. Cortical thickness in untreated transsexuals. *Cereb Cortex.* 2013;23:2855-2862.
 22. Kranz GS, Hahn A, Kaufmann U, Küblböck M, Hummer A, Ganger S, et al. White matter microstructure in transsexuals and controls investigated by diffusion tensor imaging. *J Neurosci.* 2014;34:15466-15475.
 23. Hahn A, Kranz GS, Küblböck M, Kaufmann U, Ganger S, Hummer A, et al. Structural Connectivity Networks of Transgender People. *Cerebral Cortex* (New York, NY). 2015;25(10):3527-3534.
 24. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results From the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health.* 2013;103(10):1820-1829.
 25. Kattari SK, Walls NE, Speer SR. Differences in Experiences of Discrimination in Accessing Social Services Among Transgender/Gender Nonconforming Individuals by (Dis)Ability. *J Soc Work Disabil Rehabil.* 2017;16(2):116-140.
 26. Divan V, Cortez C, Smelyanskaya M, Keatley J. Transgender social inclusion and equality: a pivotal path to development. *Journal of the International AIDS Society.* 2016;19(3Suppl 2):20803.
 27. Operario D, Nemoto T. On Being Transnational and Transgender: Human Rights and Public Health Considerations. *American Journal of Public Health.* 2017;107(10):1537-1538.
 28. OTD Chile. (2017). Encuesta T. 1ª encuesta para personas trans y género no-conforme en Chile. Santiago, Chile. Encuesta T. Recuperado de: <http://www.encuesta-t.cl>
 29. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health.* 2017 Oct;14(5):404-411. doi: 10.1071/SH17067.
 30. Hurtado-Murillo F. Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Rev Esp Endocrinol Pediatr.* 2015;6 Suppl(1):45-52
 31. Rosenthal SM. Transgender youth: current concepts. *Ann Pediatr Endocrinol Metab.* 2016; 21(4): 185-192.
 32. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics* 2012; 129: 418-25.
 33. APA; Kupfer DJ, Regier DA, Arango López C, Ayuso-Mateos JL, Vieta Pascual E, Bagney Lifante A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
 34. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med.* 2018;15(4):582-590.
 35. 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 health care demand. *Arch Sex Behav* 2017; 46: 1307-12.
 36. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, Spegg C, et al. Evidence for an altered

- sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med* 2015; 12:756–63.
37. Devoto E, Martínez A, Aravena C. Trastorno de identidad de género. Parte I: Definición, epidemiología, etiología, rol del endocrinólogo en diagnóstico y tratamiento. *Rev. chil. endocrinol. diabetes* 2015;8(4): 167-173.
 38. Leibowitz SF, Telingator C. Assessing gender identity concerns in children and adolescents: evaluation, treatments, and outcomes. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(2):111-20.
 39. Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. *Horm Behav.* 2013;64(2):288-97
 40. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(12):1413-23.
 41. Adelson SL; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues. Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc.* 2012;51:957-974.
 42. Guss C, Shumer D, Katz-Wise SL. Transgender and Gender Nonconforming Adolescent Care: Psychosocial and Medical Considerations. Current opinion in pediatrics. 2015;26(4):421-426.
 43. Mas Grau, Jordi. Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología.* 2017;(75)2:,e059.
 44. OMS: CIE-11. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Onceava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2018.
 45. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, et al. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2010;64(5):514-9.
 46. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. Gender Dysphoria – Prevalence and Co-Morbidities in an Irish Adult Population. *Frontiers in Endocrinology.* 2014;5:87.
 47. Reisner SL, Biello KB, White Hughto JM, Kuhns L, Mayer KH, Garofalo R, et al. Psychiatric Diagnoses and Comorbidities in a Diverse, Multicity Cohort of Young Transgender Women: Baseline Findings From Project Life Skills. *JAMA Pediatrics.* 2016;170(5),481–486.
 48. Meyer IH. Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health.* 2003;93(2):262-265.
 49. Jäggi T, Jellestad L, Corbisiero S, Schaefer DJ, Jenewein J, Schneeberger A, et al. Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Research International.* 2018; 8639263:1-10.
 50. Oswalt SB, Lederer AM. Beyond Depression and Suicide: The Mental Health of Transgender College Students. *Soc. Sci.* 2017, 6(1), 20.
 51. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, et al. Gender Abuse, Depressive Symptoms, and Substance Use Among Transgender Women: A 3-Year Prospective Study. *American Journal of Public Health.* 2014;104(11):2199-2206.
 52. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology.* 2014;39:65-73.
 53. Virupaksha HG, Muralidhar D, Ramakrishna J. Suicide and Suicidal Be-

- havior among Transgender Persons. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2016;38(6):505-509.
54. Grossman AH, Park JY, Russell ST. Transgender Youth and Suicidal Behaviors: Applying the Interpersonal Psychological Theory of Suicide. *Journal of gay & lesbian mental health*. 2016;20(4):329-349.
 55. Goldblum P, Testa RJ, Pflum S, Hendricks M, Bradford J, Bongar B. In-school gender-based victimization and suicide attempts in transgender individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43(5):468-475.
 56. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *J Psychosom Res*. 2005;58(3):259-61.
 57. Duišin D, Batinić B, Barišić J, Djordjević ML, Vujović S, Bizic M. Personality Disorders in Persons with Gender Identity Disorder. *The Scientific World Journal*. 2014;2014:809058.
 58. Meybodi AM, Hajebi A, Jolfaei AG. The frequency of personality disorders in patients with gender identity disorder. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2014;28:90.
 59. Madeddu F, Prunas A, Hartmann D. Prevalence of Axis II disorders in a sample of clients undertaking psychiatric evaluation for sex reassignment surgery. *Psychiatr Q*. 2009;80(4):261-7.
 60. Strang JF, Meagher H, Kenworthy L, de Vries AL, Menvielle E, Leibowitz S, et al. Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2016;46: 1-11.
 61. Turban J. Potentially Reversible Social Deficits Among Transgender Youth. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018;1-3.
 62. Bandini E, Fisher AD, Castellini G, Lo Sauro C, Lelli L, Meriggiola MC, et al. Gender identity disorder and eating disorders: similarities and differences in terms of body uneasiness. *J Sex Med*. 2013;10(4):1012-23.
 63. Witcomb GL, Bouman WP, Brewin N, Richards C, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(4):287-93.
 64. Feder S, Isserlin L, Seale E, Hammond N, Norris ML. Exploring the association between eating disorders and gender dysphoria in youth. *Eat Disord*. 2017;25(4):310-317.
 65. Sánchez NF, Sánchez JP, Danoff A. Health Care Utilization, Barriers to Care, and Hormone Usage Among Male-to-Female Transgender Persons in New York City. *American Journal of Public Health*. 2009;99(4):713-719.
 66. González F, Catalán M, Pantoja V. Evaluación con enfoque de salud de la situación de personas trans en Chile: una realidad invisibilizada. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2018; 58(2): 49-55.
 67. Seelman KL, Colón-Díaz MJP, LeCroix RH, Xavier-Brier M, Kattari L. Transgender Noninclusive Healthcare and Delaying Care Because of Fear: Connections to General Health and Mental Health Among Transgender Adults. *Transgender Health*. 2017;2(1):17-28.
 68. Poteat T, German D, Kerrigan D: Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Soc Sci Med* 2013;84:22-29
 69. Safer JD, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, et al. Barriers to Health Care for Transgender Individuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*. 2016;23(2):168-171.
 70. White Hughto JM, Rose AJ, Pachankis JE, Reisner SL. Barriers to Gender

- Transition-Related Healthcare: Identifying Underserved Transgender Adults in Massachusetts. *Transgender Health*. 2017;2(1):107-118.
71. Shukla V, Asp A, Dwyer M, Georgescu C, Duggan J. Barriers to Healthcare in the Transgender Community: A Case Report. *LGBT Health*. 2014;1(3):229-32.
72. Snelgrove JW, Jasudavicius AM, Rowe BW, Head EM, Bauer GR. “Completely out-at-sea” with “two-gender medicine”: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:110.

Correspondencia:
Tomás Serón Díaz
Centro de Salud Mental Comunitario de
Santiago, Vicuña Mackenna 543, Santiago
Centro, Región Metropolitana
tserond@gmail.com