

C

apítulo 33

Trastornos de la identidad sexual

J. M. Farré Martí, M. G. Lasheras Pérez

Se requieren dos características para un diagnóstico de trastorno de la identidad de género según el DSM-IV (1): a) Una fuerte y persistente identificación con el género opuesto y un deseo de ser de dicho género y b) Una persistente insatisfacción y molestia con el propio género biológico o *disforia de género*. La condición tiene que estar asociada a un malestar subjetivo o a un deterioro significativo en importantes áreas de la vida y no debe de ir unida a una enfermedad intersexual.

En la Tabla I observamos las diferencias de criterio con la CIE-10 (2).

NO ESTAR DE ACUERDO CON EL CHASIS: EL TRANSEXUALISMO

El transexualismo entró en la literatura médica en 1853 cuando Frankel, (3) describió el caso de Sre-fakind Blank, cuyo cuerpo examinó post-mortem.

Tabla I

Comparación entre la CIE-10 y el DSM-IV en los trastornos de la identidad

F64 Trastornos de la identidad sexual	Trastornos de la identidad sexual
F64.0 Transexualismo	302.81 En adolescentes y adultos (F64.0)
F64.1 Travestismo no fetichista	
F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia	302.6 En niños (F64.2)
F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual	
F64.9 Trastornos de la identidad sexual sin especificación	302.85 Trastorno de la identidad sexual SOE (F64.9)

NOTA:
 F64.1 incluye: Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la edad adulta de tipo no transexual; excluye: Travestismo fetichista (F65.1).
 F64.2 excluye: Orientación sexual egodistónica (F66.1); trastornos de la maduración sexual (F66.0).
 F64.9 incluye: Trastorno del papel sexual sin especificación.

Blank se había suicidado ahogándose, cuando estaba a punto de ser arrestado por la policía. Desde pequeño aprovechaba cualquier oportunidad para disfrazarse de mujer. Acosado por la ley, sufrió prisión repetidas veces por su reiterado travestismo y su excesiva afición a la seducción de sus jóvenes muchachos..., a los que acostumbraba traspasar sus enfermedades venéreas. Goteo a goteo, los diferentes estudiosos del tema fueron describiendo casos más o menos únicos: Krafft-Ebing, 1984 (4), Hirschfeld, 1925 (5), si bien fue Hirschfeld quien por primera vez utilizó el término *travestismo* y lo diferenció de las homosexualidades; hoy día sabemos que se equivocó –aunque no literalmente– en lo primero pero no en lo segundo. Havelock Ellis, 1936 (6) los nombró *invertidos sexoestéticos* o *eonistas*, en honor del caballero Eon que vivió prácticamente la mitad de su vida como mujer. Debemos el término actual a Caldwell, 1949 (7) quien lo introdujo con el nombre de *psicopatía transexual*, si bien fue el trabajo de Benjamin, 1966 (8) con una muestra de 172 pacientes (152 hombres y 20 mujeres) el que inauguró los estudios de gran nivel de población investigada. A partir de su publicación *El fenómeno transexual*, devino una explosión de casuística que culminó con la monografía de Green y Money, 1969 (9) titulada “*Transexualismos y reasignación de sexo*” que es la primera descripción sistemática desde todos los puntos de vista (clínico, psicológico, antropológico y sociológico) del síndrome. Como hemos observado en la Tabla I, mientras la CIE-10 acepta el término, el DSM-IV lo elimina, si bien lo utiliza frecuentemente para referirse a los trastornos de la identidad del género. A nuestro modo de ver, esta no fue una decisión afortunada de la comisión presidida por Bradley, 1991 (10).

Los criterios CIE-10 (F64.0) (11) para el transexualismo son los siguientes: “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”. En las pautas para el diagnóstico, la CIE-10 considera que “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”.

Las primeras señales del trastorno son evidentes normalmente a edades tempranas (en algunos casos incluso antes de los 5 años, según el DSM-IV). Los niños tenderán a preferir vestidos y actividades consideradas como femeninas, y al revés con las niñas. En los adultos, se adoptará el papel social del género opuesto, viviendo algunos transexuales como miembros del género apetecido, llegando al extremo de modificar su apariencia física por medio de la hor-

monización (tanto con estrógenos como con antiandrógenos como con andrógenos).

En una monografía ya clásica y esencial para entender el tema, Docter, 1988 (12) hizo una distinción entre transexuales “primarios” y “secundarios”. En el primer caso –que puede aparecer en los dos sexos–, la historia de disforia genérica se pierde en la noche de los tiempos biográficos del sujeto. De hecho, este subtipo se sobrepasa en parte, con el “trastorno de la identidad sexual en la infancia” del CIE-10 (F64.2) y el parejo del DSM-IV (302-6) (Tabla I), pero con una diferencia fundamental: el sujeto con este trastorno de identidad no acostumbra a presentar transexualismo en la vida adulta. Podríamos concluir diciendo que todos los transexuales “primarios” han presentado esta condición pero no es “sine qua non” para el salto al transexualismo. En los sujetos con transexualismo primario, es característica, *la ausencia permanente de excitación sexual* al travestirse, lo que los diferenciaría del fetichismo travestista. Es importante esta cuestión diferencial –válida para todos los transexuales que se travisten, que son la inmensa mayoría– ya que aún existen confusiones sobre los términos. En la Tabla II, indicamos las diversas formas de travestirse que como puede verse son legión, y no necesariamente exclusivas del transexualismo, si bien también pueden ocurrir casos de “traspaso” del fetichismo al transexualismo, al igual que del travestismo no fetichista.

La orientación sexual es *hacia el propio género biológico* pero es falsamente homosexual, ya que el transexual la vive como ser del sexo opuesto, al sentirse atrapados en un cuerpo que no sienten como suyo (“me gustan los hombres pero como mujer que me siento” y al revés), lo cual no es óbice para que exista un pequeño porcentaje de transexuales –siem-

Tabla II
Diversas formas de travestirse

TRAVESTISMO	
Como fetichismo	Homosexual Heterosexual (más frecuente)
Sin fetichismo	Travestismo no fetichista
Homosexuales	Fetichismo Prostitución “Furtivo” “Comodidad consigo mismo” (en ocasiones) Afeminados
Transexuales	
Transformistas	(Travestismo como arte)
Institucionalizado	Indios norteamericanos Grupos siberianos Polinesia

pre mujeres— que en una pirueta realmente sofisticada de su destino, hacen una “inversión” absoluta, del género y de su orientación, mostrándose como homosexuales en su deseo sexual (“a pesar de que me siento hombre no me gustan las mujeres, sino los hombres”), Blanchard, 1989 (13). Esta cuestión es válida tanto para los subtipos “primario” como “secundario”. Estos —los secundarios— desarrollan su disforia del género en épocas postpuberales, de forma progresiva, presentando un subtipo que no exprese la necesidad imperiosa *inicial* de travestirse. En los secundarios, es posible que se encuentren trastornos de personalidad asociados aunque aún no ha sido documentado de forma fehaciente. Fundamentalmente los “secundarios” son varones. El DSM-IV reconoce un patrón aparte en el cual convive con el transexualismo una ausencia de atracción sexual hacia hombres o mujeres, una forma *asexual del trastorno de identidad de género*. A su vez, el lector reconocerá en este transexualismo secundario de Docter al “trastorno de la identidad sexual en adolescentes y adultos” del DSM-IV (302.81), el cual coincide a su vez con el transexualismo de la CIE-10, como vemos en la Tabla I. En la Tabla III resumimos la cuestión.

Los pacientes *femeninos* difieren en dos aspectos. En primer lugar su comportamiento tiende a la exageración de los rasgos masculinos y a una cualidad de —si cabe— un *mayor convencimiento* de la inversión del género; en segundo lugar tienden a expresar un alto grado de interés en la actividad sexual (Dexeus y Farré, 1995) (14). Debemos tener en cuenta, que las dificultades diagnósticas vienen dadas por los propios *convencimientos* de algunos homosexuales y algunos travestistas (fetichistas) que llegan a equivocar al profesional, quien, incluso, puede llegar a aconsejar reasignación quirúrgica del sexo, despistándolo absolutamente en la naturaleza del diagnóstico verdadero.

EPIDEMIOLOGÍA

Los mejores estudios de prevalencia, siguen siendo los suecos de Wälinder 1968 (15), revalidados por Hoening y Kenna, 1974 (16) en Gran Bretaña. 1/37.000 hombres y 1/108.000 mujeres sería la

medida transexual de la población general, aunque otras investigaciones de Ross et al., en 1981 (17), matizó algo las cifras (al menos en Nueva Zelanda); 1/24.000 hombres y 1/150.000 mujeres. La proporción hombre-mujer, sería de 6:1. Una vez más los hombres demuestran más dificultades para la sexualidad *normativa* que las mujeres. Quizá porque los pasos del dimorfismo sexual son más complicados para los hombres que para las mujeres (Tabla IV).

LA CUESTIÓN DEL DIMORFISMO SEXUAL

Para ello debemos plantearnos la cuestión del dimorfismo sexual, o sea la existencia de dos morfologías, de dos sexos y, además la conciencia que cada individuo tiene de pertenecer a uno u otro; en otras palabras: la identificación con el género masculino o femenino.

Con extraordinaria perspicacia, John Money, (18) ha comparado los acontecimientos que ocurren desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta la aparición de la conciencia de masculinidad o feminidad, a una carrera de relevos que transcurre así: cromosomas (1^{er} relevo), gónadas y hormonas (2^o relevo), nacimiento y ambiente posterior (3^{er} relevo). Asimismo, existirá un relevo suplementario, de tipo fundamentalmente hormonal, que acontecerá en el momento de la pubertad.

Así en el varón una peculiar combinación de sustancias hormonales producidas por el testículo (entre las cuales es muy importante el papel de los andrógenos) estimula el conducto de Wolff e inhibe el de Müller; el primero se desarrolla en forma de estructuras genitales específicamente masculinas (vesículas seminales, próstata, conductos deferentes). A su vez, el tubérculo genital se convierte en pene y las protuberancias que presenta en sus dos lados, se unen y constituyen el escroto, donde se alojan los testículos al descender, lo que ocurrirá a los 7 meses de vida intrauterina.

En la mujer, el canal de Müller se convierte en útero, trompas de Falopio y porción interna de la vagina; a su vez, el tubérculo genital se transforma en clítoris; las protuberancias se transforman en labios mayores y menores. Este modelado femenino no ne-

Tabla III
CIE-10, DSM-IV y subtipos de Docter

CIE-10	DSM-IV	Docter
F64 Transexualismo	302.81 Trastorno de identidad sexual en la infancia y adolescencia	Transexualismo secundario (DSM-IV)/transexualismo primario y secundario (CIE-10)
F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia	302.6 Trastorno de la identidad sexual en niños	Etapa previa en algunos casos de transexualismo primario

Tabla IV
Relevos de dimorfismo sexual

Relevo cromosomático	Hasta 6ª semana vida fetal
Relevo gonadal y hormonal	♂ 7ª-16ª semana ♀ 9ª-21ª semana
Relevo ambiental	A partir del nacimiento

cesita estímulo hormonal, sino simplemente la ausencia de hormonas masculinas.

Pero además, y tal como hemos adelantado, las hormonas sexuales actúan también prenatalmente en el cerebro. Se considera que a partir de la séptima semana, la testosterona sensibiliza al hipotálamo del feto masculino, siendo esta acción la responsable de que el futuro varón sea constantemente fértil y de que, en cambio, la mujer presente una actividad reproductora de carácter cíclico.

Basándose en experimentos con animales –y en ciertos comportamientos humanos– se considera hoy día que la impregnación hormonal no se limita solamente al hipotálamo, sino que es probable que también se sensibilicen otras partes del cerebro (incluyendo la corteza), lo que afectaría determinadas facetas de la conducta humana.

Algunos autores pretenden que estas impregnaciones cerebrales podrían influir en las diferencias que hemos analizado anteriormente entre tipos de estimulación para hombres y mujeres ¡incluyendo los factores imaginativos! Nuestro ya conocido Money estudió –desde el nacimiento hasta los 25 años– unas veinte muchachas en las que se sabía con seguridad que durante su período embrionario la tasa de andrógenos estaba sensiblemente aumentada. Procedían de dos tipos de trastorno maternos: uno era el hiper-corticalismo, que se distingue por una producción excesiva de andrógenos por parte de la corteza suprarrenal de la madre (que pasaron al feto por la barrera placentaria); en el otro, las madres fueron androgenizadas por medio de progestinas sintéticas, (que se transforman en andrógenos fácilmente) administradas a fin de evitar el aborto espontáneo; en ninguno de los dos casos quedaron afectados los órganos genitales; experimentaron una pubertad normal y se sentían plenamente identificadas con su cuerpo, en una palabra: se sentían mujeres. Y sin embargo, estas chicas se caracterizaron porque presentaron mayor actividad general, sobre todo de tipo deportivo; mayor tendencia hacia las tareas competitivas; menor interés por los vestidos y adornos *femeninos*; escaso gusto por la maternidad, especialmente durante los juegos infantiles; en fin, sus características de excitación se asemejaban extraordinariamente a las de los hombres (fundamentalmente visuales, etc.). En cambio en ninguno de estos casos ha sido posible detectar signos de homosexualidad.

Estas experiencias nos permiten concluir que desde el punto de vista estrictamente biológico, existen diferencias innatas entre hombres y mujeres por lo que respecta a algunos aspectos de la conducta sexual, sobre todo los que se refieren a la estimulación e incluso en comportamientos no particularmente sexuales. Estas diferencias vendrían condicionadas por la impregnación hormonal prenatal cerebral en los varones y por la ausencia de dicha sensibilización en las mujeres.

Pero no hay que dejarse llevar por opiniones rígidas ni absolutas cuando nos referimos a factores biológicos de este tipo. La poderosa influencia de las normas culturales puede desde potenciarlos hasta extremos esperpénticos (el machismo o la femineidad) hasta invertirlos totalmente: la interacción entre educación y naturaleza es constante. Unas palabras del propio Money resumen espléndidamente el estado actual de la cuestión: *...hoy la supervivencia de la humanidad depende en medida terrorífica de la cooperación de las personas como miembros responsables de la raza humana, y de ninguna manera de la caza, la lucha o la lactancia*. Es más: el poder que el ser humano tiene hoy día sobre los rasgos biológicos que antes parecían inmutables, es en muchas ocasiones inferior al que posee sobre comportamientos ancestralmente aprendidos. Así, ha sido más fácil en el ser humano conseguir la posibilidad de la lactancia artificial, que no que los padres varones le den el biberón a su hijo. Todo ello da entrada al próximo relevo: el ambiental.

RELEVO AMBIENTAL

Una vez nacido el niño, el ambiente exterior será el encargado de actuar sobre él y llevar adelante los mensajes transmitidos por cromosomas, gónadas y hormonas. Desde el nombre, pasando por los vestidos o los juegos, los comportamientos de padres, parientes, amigos y escuela irán identificando al niño con su propio género, identificación que se verá completada por las señales que reciba de los miembros del sexo opuesto.

Se considera que a los dieciocho meses los módulos de conducta que son significativos en la diferenciación del sexo, están ya bien establecidos. De todos modos, podemos aseverar que es a los cinco-seis años cuando está ya prácticamente consolidado el dimorfismo. Por otra parte, debemos tener en cuenta que desde el nacimiento hasta la pubertad (edad en que acontecen los importantísimos cambios hormonales y corporales que significan la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la entrada en la adultez) no ocurre ningún cambio hormonal que pueda diferenciar varón de hembra. En este período latente –y prácticamente nulo en cambios corporales significativos– los procesos que conllevan a la elección de conducta como varón o hembra serán, fundamentalmente, culturales.

Hay ejemplos constantes en la naturaleza humana de casos en los que la diferenciación sexual ha sido alterada por trastornos en los relevos cromosómicos, gonadales u hormonales. En estos casos, el niño nace con genitales dudosos; si el ambiente reacciona de una forma coherente y trata al recién nacido como varón o hembra, aunque sea equivocadamente, la identificación sexual del sujeto corresponde a la asignación que los padres le atribuyeron al nacer, independientemente de su verdadero sexo gonadal o cromosómico. Si el ambiente permanece dudoso, el sujeto presentará una identificación sexual ambigua.

Sin embargo, de todos los casos estudiados el más impresionante es el conocido como de *los gemelos de Money*. Se trataba de un niño perfectamente normal que a los 7 meses de edad sufrió una amputación traumática de su pene como consecuencia de un accidente durante la circuncisión. Existía un gemelo, también varón e idéntico. Previa aprobación de la familia, fue aconsejado que se le tratara como a una niña. Al año y medio de la decisión –y después de la extirpación quirúrgica de los testículos y modelado de los genitales externos–, el aspecto y el comportamiento de los dos hermanos era ya revelador de una identificación distinta. Cuando ambos llegaron a los cuatro años ya no había dudas acerca de cuál era niño y cuál era niña.

Pocas veces se encontrará un ejemplo más revelador del extraordinario poder modelador del ambiente sobre el dimorfismo sexual; ambiente que posee fuerza suficiente para conformar el comportamiento de los individuos de acuerdo con un modelo previo, pasando por encima de cromosomas, gónadas y hormonas. Sin embargo, esta fuerza ambiental dispone de todas sus energías sólo durante un cierto tiempo, en el transcurso de un período crítico que se remonta desde el nacimiento hasta 18 meses –como ya hemos dicho– y, apurándolo mucho, hasta los 5-6 años.

ETIOLOGÍA

¿Por qué existen los transexuales? ¿Cuál es la causa de este convencimiento temprano, permanente, irreductible de que su cuerpo no está de acuerdo con su mente, *genéricamente* distintas? ¿Hay una causa microbiológica que se pierde en la noche de los tiempos del desarrollo intrauterino por un error en la androgenización o no androgenización hipotalámica? ¿Sería acaso un aprendizaje erróneo de la *conciencia del sexo*? Es probable que –con diferentes gradaciones– cada uno de estos factores etiológicos estén presentes en el origen del transexualismo aunque la hipótesis biológica sea la de mayor resonancia en los momentos actuales.

Partamos de unas bases algo rígidas en sus concepciones –y por tanto no asumibles del todo– de lo que es la identificación del género, debido a Money

et al, 1986* (19) y algunos de cuyos aspectos ya hemos nombrado anteriormente.

1. Al nacer el niño está con un estatus de neutralidad sexual.

2. La identidad genérica es el resultado del asignamiento genérico, pudiendo presentarse una discordancia entre los aspectos constitucionales y el sexo asignado (el ejemplo más dramático son los estados intersexuales).

3. Es probable que en los procesos de identificación genética y orientación erótica, intervengan fenómenos de “imprinting” que se presentan en un período crítico anterior a los 2 años y 3 meses; la identificación genérica debe estar ya establecida a esta edad; el problema está en preguntarse si el “imprinting” persiste en estos momentos más o menos críticos o no.

Diamond, 1964 (20) ya criticó con aspereza el concepto de *neutralidad primaria sexual* que les había colocado Money a los recién asomados al mundo. Diamond adopta una posición más parsimoniosa y se acoge la hipótesis del *continuo evolutivo*, tan grato a los naturalistas.

En los estudios sobre estados intersexuales, destacan los primitivos de Bräutigam (21), en los que llegó a la conclusión que dado que los cambios hacia la dirección masculina o femenina de los pseudohermafroditas, ocurren en la pubertad, dependiendo de los signos de virilización (hirsutismo, tono de voz, etc.), serían los andrógenos los que jugarían un papel, esencial en la asunción del rol. Podríamos considerar, como relativamente simplista la afirmación: de hecho al menos en lo que se refiere a la orientación erótica viene regulada por un mecanismo genético que generó un *arousal* sexual en respuesta a estímulos específicos, generalmente visuales, sin olvidar los aspectos ambientales (aprendidos). Imperato, McGinley et al, 1974 (22), investigaron un grupo de 38 pseudohermafroditas de la República Dominicana debidos a una deficiencia de 5- α reductasa, lo que presupone una incompleta transformación de la testosterona en dihidrotestosterona (DHT), proceso necesario para el desarrollo de los genitales masculinos externos, con lo cual el sujeto se presenta con una apariencia femenina; en la pubertad –y a despecho del déficit enzimático– se producía la suficiente DHT como para estimular la virilización global de los sujetos. Resultado: 17 de 18 casos cambiaron su identidad genérica y su orientación sexual hacia el polo masculino, a pesar de haber sido educados como mujeres. La conclusión a la que se llegó es que en ausencia de factores socio-culturales interruptores, la testosterona era esencial tanto en la orientación genérica como erótica. Sin embargo, esto es importante si ocurre en la pubertad. En estas edades, los casos serían más difíciles. Y en los andrógenos habrá que buscarla más a nivel del

* Money ya había adelantado estos conceptos al principio de la década de los 60. A pesar de las críticas recibidas, lo mantuvo en trabajos posteriores.

sistema nervioso central y en épocas mucho más tempranas que las que se corresponden a la identificación genérica según los conceptos de Money, amén de que se les ha asignado el sexo adecuado, a pesar de lo cual desarrollan una identidad sexual paradójica solicitando la mayoría de ellos un cambio de sexo con fervor casi fanático.

FACTORES PSICOSOCIALES EN EL ORIGEN DEL TRANSEXUALISMO

Si los factores psicosociales actúan en la eclosión del transexualismo, deberán hacerlo de forma encubierta. Sin embargo, todos los estudios revisados adolecen de metodologías poco claras y en los que presentaban parámetros correctos, los resultados son escasamente concluyentes. Un manto de oscuridad se cierne sobre estas teorías, incluidas las del condicionamiento, lo cual repercute de forma dramática en las posibilidades terapéuticas.

TEORÍAS BIOLÓGICAS

Disfunciones cerebrales de tipo lobular

Un progresivo número de casos de transexualismo, presentaban disfunciones –lesiones en el lóbulo temporal–. El significado de este hallazgo no pasa de superar –de momento– la anécdota.

Trastornos a nivel hipotalámico

El hipotálamo tiene unas funciones primordiales en el conjunto de la respuesta sexual, como puede observarse en la Tabla V.

Su intervención en la conducta dimórfica y de las preferencias eróticas es indiscutible. Estaríamos ante

verdaderos *centros del acoplamiento*, siendo el núcleo preóptico, el propio del comportamiento masculino, y el ventromedial del femenino (Figura 1). Este conjunto se diferenciaría en un período (entre el cuarto y el séptimo mes) crítico prenatal, siendo impregnado el núcleo preóptico masculino de andrógenos, y no así el ventromedial femenino. Se podría hipotetizar como han hecho varios autores [Dörner, 1976 (23); Neumann, 1979 (24)], que un bloqueo de esta androgenización en el período crítico –o una anormal androgenización ventromedial femenina– sería la causa del transexualismo, o como mínimo una condición específica que desencadenaría la cadena de eventos que comportan el inicio de las cogniciones y conductas transexuales e incluso de ciertas homosexualidades. En su momento Farré, 1979 (25), intentamos encontrar una línea de continuidad (en lo que se refiere a la homosexualidad) sobre esta teoría y la del condicionamiento. Escribíamos entonces: *Se podría sugerir –en algunos casos– un locus minor resistentiae basado en la diferenciación hipotalámica, pero esto ya no entraría en la nosología psiquiátrica más estricta y si podría ser –si fuese algún día demostrada de una forma fehaciente– una teoría-puente entre tesis biológicamente puras y tesis ambientalistas, sin que ello quitase la importancia de la teoría del aprendizaje en el origen (de la homosexualidad) y de toda conducta orientativa sexual humana.*

La hipótesis de Dörner (sustentada por experimentos con ratas hembras a las que se había androgenizado en el período crítico) crearon una enorme polémica y merecieron una respuesta airada de la Sociedad Germana de Sexología.

A pesar de ello, Smichdt y Schorsch, 1981 (26) presentaron una serie de 70 pacientes con anomalías psicosexuales, en los que se practicaron destrucciones parciales de áreas hipotalámicas presuntamente alteradas. Las demoledoras críticas –tanto científicas como éticas– que recibieron les llevó a interrumpir sus experimentos clínicos. Además,

Tabla V
Resumen de las más importantes funciones sexuales del palocircuito

Hipotálamo	Sistema límbico	Bulbo olfatorio
Inicia impulso o deseo sexual y, en su caso, las conductas copulatorias	Sensaciones de placer (porciones superiores) Selección de estímulos (porciones inferiores)	Recoge sensaciones procedentes de feromonas (relación con nivel hormonas hipotálamo)
Controla parte de la excitación sexual	<i>Autofrenadores</i>	
Controla la eyaculación	Modulación emocional y afectiva (junto con el hipotálamo)	
Interviene en las sensaciones de placer		
Modulación emocional y afectiva de la conducta sexual (junto con el sistema límbico)		

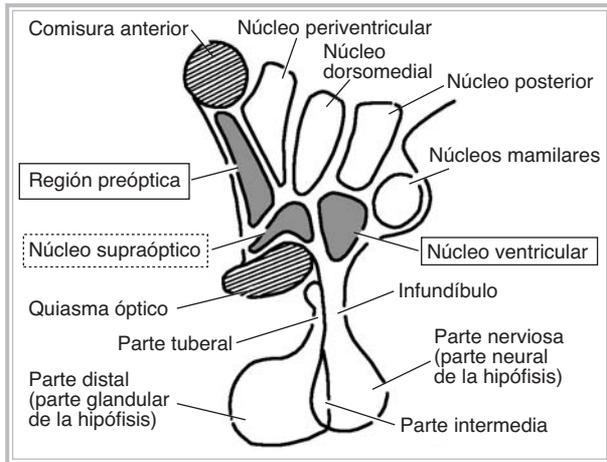


Figura 1

El hipotálamo es la estructura más especializada en lo que se refiere a la conducta sexual.

por la dispersión diagnóstica de la muestra resultó infructuosa la evaluación científica de los datos postoperatorios.

En esta línea se ha movido el descubrimiento de Le Vay, 1995 (27) con 41 necropsias de homosexuales y heterosexuales, la mayoría fallecidos por SIDA, en la que ha encontrado un *desarrollo* femenino en el hipotálamo de los homosexuales. La polémica, como se sabe, ha sido enorme. No consta que entre los fallecidos hubiera transexuales, pero es curioso que nadie se haya interesado por el estudio del cerebro de sujetos fallecidos con esta condición.

En cuanto al factor hormonal puro, los datos son muy equívocos y proceden más del campo de la homosexualidad que del transexualismo. Dörner muestra que la administración de andrógenos en la época adulta, en ratas machos previamente castradas, da lugar a una conducta homosexual. Asimismo, el tratamiento con andrógenos en ratas hembras durante la fase crítica de diferenciación hipotalámica, junto a la administración de andrógenos en el estado adulto, da lugar a una conducta de tipo masculino. Sugiere que la conducta homosexual podría impedirse con la administración de andrógenos, en el primer caso, y de antiandrógenos en el segundo, durante el período de diferenciación hipotalámica. Considera la existencia, en el homosexual masculino, de una diferenciación femenina de su cerebro, basándose en el hallazgo de un *feed-back* positivo en la administración de estrógenos al comparar la respuesta de la LH en un grupo de 21 homosexuales con la de 20 heterosexuales.

Dörner, 1988 (28) ha defendido la posibilidad de una respuesta anómala a la administración de estrógenos de la excreción de LH en transexuales varones, parecida al ciclo de excreción de las mujeres. Ninguno de los trabajos replicantes lo ha podido demostrar Glasser et al, 1990 (29).

La cuestión del antígeno H-Y

Eicher, 1981 (30), un ginecólogo germano fue consultado por 29 varones transexuales que solicitaban cirugía de reasignación sexual. Eicher encontró una inversión pericentral del cromosoma Y, por lo que propugnó la posible ausencia del antígeno H-Y en estos casos. En una muestra posterior de 61 transexuales (33 hombres y 28 mujeres), apareció esta anomalía en 87,8% de hombres y el 89,2% de mujeres. Similares resultados encontró Engel et al, 1980 (31) aunque con más modestia en los porcentajes (67,7% de hombres y 56,5% en mujeres sobre 100 casos).

La historia del antígeno H-Y, había sido esclarecida por Ohno, un año antes 1979 (32). El antígeno H-Y se encuentra en la membrana de todos los tejidos masculinos y se le considera la expresión de un gen autosómico. Parece importante para el desarrollo testicular pero aparentemente no tiene ninguna consecuencia en el desarrollo dimórfico posterior, que está determinado hormonalmente.

Engel et al., 1980 (31) propusieron dos cuestiones separadas:

¿Tiene realmente tanta importancia la presencia del H-Y para el desarrollo gonadal masculino?

¿Su presencia en las mujeres o su ausencia en los varones, determinaría transexualismo?

Para contestar a la primera propuso que una mutación estructural en el gen del HY podría afectar la actividad enzimática responsable de la acción de la molécula HY sobre la génesis testicular. En las mujeres con HY positivo postulaba una supresión de la estructura genética; sin embargo, la mutación no llegaría a causar una citotoxicidad suficiente para forzar la anulación del desarrollo testicular, pero el tiempo de la secuencia de suspensión sería demasiado largo para superar la propia *fuerza femenina* de la gónada a fin de transformarse en ovario.

Para la segunda cuestión, Engel considera la posibilidad de que en contra de lo que siempre se esperaba del HY, está envuelto en la determinación genérica y erótica en los *centros sexuales* hipotalámicos; tal como postulaba Dörner, su ausencia o su presencia daría lugar a errores como el transexualismo. En varones las posibilidades de mutación son rarísimas (1:100.000 sujetos); en el caso de las mujeres se propone un mecanismo de *represión de la masculinidad* como del *receptor de la feminidad*. Para ello sería –en los dos sexos– necesaria además la citotoxicidad de los tejidos implicados.

CONCLUSIONES ETIOLÓGICAS

Las explicaciones simples no sirven para un síndrome tan *extraño* a la naturaleza como el transexualismo. Son posibles multiplicidades de causas que se extienden a varios componentes del sexo: rol ge-

nérico, identidad del género, orientación erótica, *patterns* de excitabilidad sexual. Estamos ante un misterio de difícil comprensión.

PSICOPATOLOGÍA DEL TRANSEXUAL

El transexualismo lleva asociados frecuentes trastornos del área *neurótica* muchos de ellos reactivos o adaptativos a su situación. En varios estudios efectuados por nosotros Farré, 1997 (33) con 51 transexuales a los que se aplicó el SCL 90 y MMPI, encontramos mayor presencia de somatizaciones y ansiedad que lo que es habitual en el grupo control, si bien estamos pendientes de la ampliación de estos datos. Dixen et al, 1984 (34) investigaron 479 hombres que esperaban reasignación quirúrgica: 11,8% presentaban trastornos psiquiátricos que obligaron al internamiento; 25,5% se habían intentado suicidar; 30,7% habían abusado de las drogas; 43,2% estaban implicados en conductas de prostitución o en delitos que en parte correspondían a su situación de marginación, en parte a trastornos de personalidad antisocial. En cualquier caso, conviene tener en cuenta estos datos a la hora de aceptar a un candidato para la intervención quirúrgica.

TRATAMIENTO

La hormonización y la intervención quirúrgica son las dos posibilidades (en secuencia muchas veces longitudinal) más claras ante una condición que en muchas ocasiones no acepta otra solución que la búsqueda del acuerdo mente-cuerpo (si se nos permite el dualismo, en estos casos comprensible). La intervención terapéutica deberá pasar por dos fases:

Fase I

Hormonización (estrogénica o androgénica) asociada a aconsejamiento sobre pautas de socialización en el nuevo rol.

Se compone de varias fases:

Valoración en profundidad (mediante cuestionarios de personalidad y conocimiento anamnésico) de la capacidad para hacer frente a la situación (salud psicosocial).

Si el paciente es incapaz de afrontar las presiones o si titubea en su convicción respecto al paso que va a dar (intervención quirúrgica), iniciar terapia psicológica (de tipo cognitivo-conductual).

Si la psicoterapia es inútil, no plantearse la intervención.

Como ya hemos dicho anteriormente, este tiempo debe aprovecharse para el aprendizaje de la socialización y perfeccionamiento de la conducta no genérica.

Fase II

Posponer toda decisión positiva respecto a la cirugía hasta que se haya completado un período de 1 a 2 años de vida en el rol sexual no genérico.

Durante este tiempo, seguir con la terapia hormonal, reforzar el travestismo (con protección legal, a ser posible) y modelamiento de comportamientos no genéricos, incluidos los consejos cosméticos.

Iniciar el asesoramiento legal.

Adecuada valoración psicopatológica (2ª valoración preoperatoria).

La intervención quirúrgica presupone incrementar el desarrollo mamario en los varones (ya conseguido en parte por los estrógenos), amputación del pene y testículos y construcción de vagina artificial, con el correspondiente riesgo de fistulas recto-vaginales que aparecen en un 10% de los pacientes. Los pacientes femeninos deberían ser mastectomizados e hysterectomizados, intentando –lo que es harto difícil– una faloplastia.

Los éxitos de la intervención son difíciles de valorar: un importante contingente de transexuales no se adapta a la nueva situación a pesar de su firme ideación previa para llegar a ella. De hecho, si antes de la intervención, se calculan unos índices de suicidio del 17-20%, en los períodos postquirúrgicos se han reportado cifras del 5 al 15%. Así pues, se deberán extremar las medidas de seguridad previas y ser más rígidos con los criterios de selección de los grupos operables.

Una cuestión no baladí está en los casos de transexuales con hijos. Se debería posponer la operación hasta que los hijos hayan superado la adolescencia, debido al impacto que su nueva situación puede provocar; así y todo, los transexuales casados son los que presentan más problemas de adaptación al estrés. El consejo psicológico y médico se impone tanto a los hijos como a los familiares del transexual.

Otras categorías reconocidas por la CIE-10 como trastornos de la identidad sexual

La CIE-10 reconoce aún dos categorías bien especificadas en este apartado. La primera es el *Travestismo no fetichista* (F64.1) cuyos criterios son:

Consiste en llevar ropas del sexo opuesto durante una parte de la propia existencia a fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto, pero sin ningún deseo de llevar a cabo un cambio de sexo permanente y menos aún de ser sometido a una intervención quirúrgica para ello. Debe ser distinguido del travestismo fetichista, en el que hay una excitación sexual acompañando a estas experiencias de cambio de vestido (F65.1).

El segundo, es el *Trastorno de la identidad sexual en la infancia*: se trata de trastornos que suelen manifestarse por primera vez durante la primera in-

fancia (siempre mucho antes de la pubertad) caracterizados por un malestar intenso y persistente debido al sexo propio, junto al deseo (o insistencia) de pertenecer al sexo opuesto. Hay una preocupación constante con el vestido o las actividades del sexo opuesto o un rechazo hacia el propio sexo. Se cree que estos trastornos son relativamente raros y no deben confundirse con la falta de conformidad con el papel sexual socialmente aceptado, que es mucho más frecuente. El diagnóstico del trastorno de la identidad sexual en la infancia requiere una profunda alteración en el sentimiento normal de masculinidad o feminidad. No es suficiente la simple masculinización de los hábitos en las chicas o el afeminamiento en los chicos. El diagnóstico no puede realizarse cuando el individuo ha alcanzado la pubertad.

Debido a que el trastorno de identidad sexual en la infancia tiene muchos rasgos en común con otros trastornos de la identidad de esta sección, se ha considerado más conveniente clasificarlo en F64 –en lugar de F90– F98.

Pautas para el diagnóstico

La característica diagnóstica esencial es el deseo general y persistente del enfermo de ser (o insistencia de que se es) del sexo opuesto al propio, junto a un intenso rechazo del comportamiento, atributos y atuendos del mismo. Se manifiesta por primera vez durante los años pre-escolares. Para poder ser diagnosticado debe haber aparecido antes de la pubertad. En ambos sexos puede existir, aunque es muy raro el rechazo de las estructuras anatómicas del propio sexo. Lo más típico es que los niños con un trastorno de la identidad sexual nieguen sentirse afectados por él, aunque puedan sentir malestar debido al conflicto generado por las expectativas de su familia o compañeros y por las burlas o rechazo al cual pueden estar sometidos.

Estos trastornos han sido mejor estudiados en chicos que en chicas. Lo más característico es que desde los años de pre-escolar los chicos se interesan por juegos y otras actividades que corrientemente se asocian con mujeres y suele haber una preferencia por vestirse con atuendos femeninos. Sin embargo, este travestismo no es causa de excitación sexual (a diferencia del travestismo fetichista en adultos, F65.1). Puede existir un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de las chicas y las muñecas

son su juguete y por lo general prefieren a las chicas como compañeras de juego. El ostracismo social tiende a presentarse durante los primeros años de la escolarización y tiende a alcanzar su máximo en la segunda infancia, con la presencia de bromas humillantes por parte de los compañeros. El comportamiento abiertamente femenino puede disminuir durante la adolescencia temprana pero los estudios de seguimiento demuestran que de un tercio a dos tercios de los chicos con un trastorno de la identidad sexual en la infancia presentan una orientación homosexual durante la adolescencia y después de ella. Sin embargo, muy pocos presentan transexualismo en la vida adulta (aunque muchos adultos con transexualismo refieren haber presentado problemas de identidad sexual en la infancia), como ya hemos aclarado en páginas anteriores.

En estudios clínicos, los trastornos de la identidad sexual son menos frecuentes en chicas que en chicos pero no se sabe si esta proporción se mantiene en la población general. Tanto en chicas como en el caso de los chicos, existe a menudo un interés temprano hacia formas de conducta características del sexo opuesto. Las chicas con este trastorno suelen tener compañeros de juego masculinos y demuestran un ávido interés en deportes y juegos rudos. En cambio no demuestran interés en muñecas o por representar papeles femeninos en juego tales como “papás y mamás” o “las casitas”. Las chicas con un trastorno de identidad sexual tienden a no padecer el mismo grado de ostracismo social que los chicos, aunque pueden padecer burlas en la infancia tardía y la adolescencia. La mayoría abandonan su insistencia exagerada por actividades y atuendos masculinos a medida que se acercan a la adolescencia pero mantienen una identificación masculina y continúan presentando una orientación homosexual en la vida adulta.

En raras ocasiones un trastorno de la identidad sexual puede presentarse asociado a un rechazo persistente de las estructuras anatómicas del sexo propio. En chicas este hecho se puede poner de manifiesto por afirmaciones repetidas de que tienen o va a crecerles un pene, por un rechazo a orinar en posición sentada o por la afirmación de que no quieren que les crezcan los pechos o les aparezca la menstruación. Este trastorno puede manifestarse en chicos por afirmaciones repetidas de que su desarrollo somático será el de una mujer, de que el pene y los testículos son repugnantes o que desaparecerán o que sería mejor no tener pene o testículos.

Bibliografía

1. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Manon, Barcelona 1995.
2. Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10-DSM-IV. Fundación Acta, Buenos Aires, 1995.
3. Frankel H. Homo mollis. *Medizinische Zeitung* 1853; 22; 102-103.
4. Krafft-Ebing R. *Psychopathia Sexualis*. 12ª Edición Alemana. Traducción Inglesa: Klaff SS. Steinx Day, N, York, 1965. 1ª Edición: Enke, Stuttgart, 1894.

5. Hirschfeld M. Die Transvestiten. 2ª Edición, Wohrhuitt, Leiprig, 1925.
6. Ellis H. Studies in the Psychology of Sex, Random House, 1942, 2 vols. (otras ediciones, 1905, 1936) N. York.
7. Benjamin H, Masters REL. The transexual phenomenon. Julian Press, N, York, 1966.
8. Benjamin H, Masters REL. The transexual phenomenon. Julian Press, N, York, 1966.
9. Green R, Money J. Transsexualism and sex reassignment. Baltimore. John Hopkins University Press, 1969.
10. Bradley JJ, Blanchard R, Coates S, Green R et al. Interin Report of the DSM-IV sub-comitee on Gender Identity Disorders. Archives of Sexual Behavior 1991; 20: 333-343.
11. CIE-10 Trastornos Mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación, Meditor, Madrid, 1994.
12. Docter RF. Travestites and Transexuals: Toward a Theory of crossgender behavior. Plenum, NY. 1988.
13. Blanchard R. The classification and labeling of non-homosexual gender dysphorias. Archives of Sexual Bhavior 1989; 19: 315-339.
14. Dexeus S, Farre JM. La mujer, su cuerpo y su mente. Temas de Hoy, Madrid, 1995.
15. Walinder J. Transsexualism: a study of 43 cases. Scandinavian University Books. Goteborg, 1967.
16. Hoening J, Kenna JC. The prevalence of transsexualism in England and Wales. British Journal of Psychiatry 1974; 124: 181-190.
17. Ross MJ, Walinder J, Lundstrom B, Thuwe I. Cross: Cultural approaches to transsexualism: A comparison between Sweden and Australia. Acta Psych Scand 1981; 63: 75.
18. Money J, Ehrhardt A. Man and Women, boy and girl: Differentiation and Dimorphism of gender identity from conception to maturity. Johns Hopkins University Press. Baltimore, 1972.
19. Money J, Bremnan JG. Sexual dimorphism in the psychology of female transsexuals. Journal of Nervous and Mental Diseasea 1986; 147: 487-499.
20. Diamond M. A critical evaluation of the contingency of human sexual behavior. The Quarterly Review of Biology 1964; 40: 147-175.
21. Brautigan W. Köspelerliche, seelische un soziale. Einflüne anf/die. Geschluchtszugehörigtein des Menschen. Der Internist 1964; 5: 171-182.
22. Imperato-Mc Ginley, Guerrero I, Gantier T, Peterson RE. Steroid 5-reductase deficiency in man. Science 1974; 186: 1213-1215.
23. Dörner G et al. On the evocabilityof positive strogan feedbak action on LH secretionin transsexual men and women. Endocrinologia 1976; 67: 20-25.
24. Neumann F. TierexperimentalleUnterschunger 1979; 49: 54-69.
25. Farré JM. La homosexualidad: una aproximación psicosocial. La teoría del aprendizaje, Jano 1979; 371: 43-52.
26. Schmidt AT, Schorsch E. Psychosurgery of sexually deviant patients. Archives of sexual Behavior 1981; 10: 301-323.
27. Le Vay S. El cerebro sexual. Alianza. Madrid, 1995.
28. Dorner G. Neuroendrocine response to estrogen brain differentiation in heterosexuals, homosexuals and transsexuals. Archives sexual Behavior 1988; 17: 57.
29. Glasser M. Paedophilia. En Principles and Practice of Forensic Psychiatry. R. Buglass y P. Bowden (eds.) Sección VIII: Deviation and criminal sexual behavior, Churchill Livingstone, London 1990; 739-748.
30. Eicher N et al. Transsexualitat and H-Y Antigen, F. der Mdzin 1981; 99: 1-2 y 9-12.
31. Engel H et al. H-Y Antigen in transsexualism. Human-Genetics 1980; 55: 315-319.
32. Ohno S. Major Sex Determining Genes, Springer, Heidelberg. New York, 1979.
33. Farré JM. Algunos aspectos psicopatológicos en el transexualismo: sobre un grupo clínico. Trabajo pendiente de publicación, 1997.
34. Citado en Doctor, RF. referencia (12).