

Identidades trans en el siglo XXI.

Abordaje integral de Niños y Adolescentes trans

Mariela Espósito

Introducción:

Las familias aman a sus hijos y quieren lo mejor para ellos. Quieren protegerlos y alejarlos de cualquier peligro y de cualquier persona que podría lastimar a sus niños o adolescentes.

Cuando los padres tienen a sus recién nacidos en brazos, muy pocos piensan que su niño pueda ser gay o transgénero. De hecho, muchos padres sueñan con momentos especiales en el futuro de su hijo, como su boda y cuando sus hijos sean padres, con parejas heterosexuales. Pero muchos jóvenes y adultos no son heterosexuales. Las investigaciones indican que entre el 2 y 7% de los adultos son lesbianas, gays o bisexuales (LGB). Los estudios también demuestran que los jóvenes, homosexuales y heterosexuales, se dan cuenta por primera vez que les atrae sexualmente otra persona alrededor de los 10 años de edad.

Muchos padres creen que la mejor manera de ayudar a que sus hijos transgénero se conviertan en adultos exitosos es ayudarles a tratar de integrarse con sus compañeros heterosexuales. Esto puede significar intentar cambiar la identidad de género de sus hijos. Los jóvenes sienten que al rechazar su identidad, una parte fundamental de quienes son como personas, sus padres están rechazándolos por completo.

Ser valorados por sus familias ayuda a los niños a aprender a valorarse y a estimarse. Si esto no sucede afecta su capacidad para quererse y cuidarse. También aumenta las conductas riesgosas, incluyendo el riesgo de infección por el VIH y la drogadicción, además de otras conductas negativas. También afecta su capacidad de hacer planes para el futuro. A los jóvenes que son rechazados puede irles mal en la escuela. Y, es menos probable que quieran llegar a tener una familia o ser padres.

Los adolescentes homosexuales y transgénero que fueron fuertemente rechazados por sus familias corrían un alto riesgo de tener problemas de salud física o mental al llegar a ser jóvenes adultos (entre 21 y 25 años). Los jóvenes que experimentaron un fuerte rechazo tenían probabilidad:

- 8 veces mayor de haber intentado suicidarse.
- 6 veces mayor de presentar altos niveles de depresión.
- 3 veces mayor de consumir drogas.
- 3 veces mayor de correr un alto riesgo de infectarse por el VIH y contraer enfermedades de transmisión sexual.

Definiciones:

Sexo Biológico:

Está relacionado a los rasgos biológicos y fisiológicos que diferencian a los individuos en varones, mujeres o intersexo. A partir de distintos factores (genitales externos e internos, cromosomas y hormonas).

Expresión de género:

Es la forma en que comunicamos nuestro género al resto de la sociedad (indumentaria, accesorios, corte de cabello)

Identidad de género:

Es la vivencia que tenemos sobre nuestro género. Interna e individual, cómo cada persona la siente, que puede corresponder o no al sexo asignado al nacer.

CISGENERO: Es cuando la identidad de género de una persona se corresponde con su sexo biológico (asignado al nacer).

TRANSGENERO: Es cuando la identidad de género de una persona NO se corresponde con su sexo biológico (asignado al nacer).

TRANS VARON: se autopercibe varón. **TRANS MUJER:** se autopercibe mujer.

Disforia de género:

Es un término que describe la angustia experimentada por una persona debido a incongruencia entre su género y su sexo asignado al nacer. Se utiliza cada vez menos. Se prefiere la denominación **Incongruencia de género**

Transición Social:

Es el proceso por el cual una persona cambia su expresión de género para que coincida mejor con su identidad de género.

Descripción:

Cada niño o adolescente tendrá distinta forma de presentación y necesidades individuales, las opciones de intervención que son apropiadas para uno pueden no ser útiles para otro. La construcción es individual lo mismo que el tiempo que le lleve su transición social. Siempre deberá ser llamado por el nombre de elección, independientemente de la expresión de género y cambio en el registro civil.

En el pasado se realizaban prácticas psicológicas que intentaban cambiar la identidad de género para estar alineado con su sexo asignado al nacer, conocidas como terapias de conversión o reparativas, carecen de eficacia, se consideran poco éticas y pueden causar daños duraderos a la salud emocional del niño o adolescente.

La transición social implica expresarse externamente en un rol de género consistente con la identidad autopercebida. Puede incluir: cambiar el nombre, pronombre, peinado o ropa. Debe ser dirigida por el niño o adolescente, puede abarcar todos los contextos sociales o inicialmente dentro del hogar. Es muy importante el rol que juegan los establecimientos de educación, ya que es el sitio donde el niño/a pasa la mayor parte del tiempo y debe ser acepado para evitar discriminación y bullying.

La asistencia psicológica tiene como objetivo explorar la historia del desarrollo y expresión de género del niño o adolescente, su funcionamiento emocional, intelectual y educativo. La relación con sus pares y familiares.

Se ha visto la asociación con trastorno generalizado del desarrollo, alteración en la conducta alimentaria, depresión, autoagresión, ansiedad hasta psicosis.

Muchos pueden experimentar rechazo familiar, acoso por parte de sus compañeros, discriminación y agresión física. Pero otros pueden tener un ambiente contenedor tanto en el plano familiar como educativo, por lo que solamente será necesario el apoyo psicológico cuando surja alguna preocupación.

Supresión de la pubertad:

El argumento para comenzar con el tratamiento fue originado a fines de la década del 80 en los Países Bajos, donde observaron que la incongruencia de género en niños y adolescentes no disminuía a pesar de la psicoterapia y que las comorbilidades asociadas (depresión, ansiedad, dificultad en la relación con sus pares) eran mayores en este grupo de niños.

Cuando se realiza el tratamiento en etapa temprana de la pubertad, además de sentirse más a gusto con su cuerpo bajo inhibición, permitirá en aquel que desee seguir con terapia hormonal cruzada lograr la apariencia física deseada con mejores resultados, incluso se puede evitar mastectomías en trans varones, o feminización facial en transgénero mujer.

Cuando comienza la pubertad se secreta en forma pulsátil la hormona liberadora de Gonadotropina (GnRH), producida en las células neuroendocrinas del hipotálamo y se une a receptores de la hipófisis anterior, estimulando la liberación de la hormona luteinizante (LH) y folículo estimulante (FSH). Estas hormonas estimularán a las gónadas en ambos sexos biológicos: masculino (SM), femenino (SF). Lo cual generarán la producción de

Testosterona (SM), Estrógenos y Progesterona (SF) permitiendo el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Si estos están asociados a una creciente aversión corporal o deterioro del bienestar psicológico tendría indicación de comenzar con análogos.

Los cambios puberales iniciales son: en el sexo biológico femenino la aparición de botón mamario y aumento del diámetro areolar. En el masculino, aumento de tamaño testicular (vol. 4cc), agrandamiento del pene y engrosamiento de la piel escrotal.

Análogo de GnRH (Acetato de Leuprolide o Triptorelina).

Estos medicamentos derivan de una substitución química en la posición 6 y 10 de la molécula nativa de GnRH, que aumenta su resistencia a la degradación enzimática y su afinidad por el receptor hipofisario de GnRH, conduciendo a una desensibilización del receptor y, finalmente, a la inhibición en la secreción de gonadotropinas y regreso de los esteroides sexuales a niveles prepuberales

Son el tratamiento de elección de la pubertad precoz central (PPC) progresiva desde 1980.

El tratamiento con aGnRH es bien tolerado en general. Los principales efectos indeseables son el dolor o reacción local y los abscesos estériles, seguidos de síntomas menores menopaúsicos (sofoco, cefalea y nauseas), mientras que la anafilaxia es extremadamente rara.

La suspensión de la medicación provocará una reactivación del eje hipotálamo hipofisario gonadal, por lo tanto su efecto es reversible.

Triptorelina (Decapeptyl y Gonapeptyl) presentación de 3,75 mg cada mes, 11,25 cada 3 meses o 22,5 mg cada 6 meses (ésta última presentación aún no disponible en la Argentina).

La primera dosis de la medicación activa el eje y las siguientes lo inhiben, como respuesta paradójica. Por ello, no es extraño que los trans varones muestren sangrado vaginal tras la primera dosis.

Efectos: regresión total o casi total de las mamas en estadio II (variable en III) o del tamaño testicular si éste es < 6-8 cc. Detención con regresión parcial en fases tardías de pubertad (\geq III) de mamas y testes (8-10cc), así como de vello facial. Nunca regresan la voz grave, el tamaño del cartílago cricoides ni la configuración ósea (mandíbula, manos y pies) ya instaurados en trans mujeres. Siempre se inhiben las menstruaciones.

Retraso en la adquisición de la masa ósea, aunque parece demostrarse que la terapia hormonal cruzada posterior permitiría un catch-up recuperador de la masa ósea que acabaría igualándola a la de la población general.

Retraso del estirón de crecimiento puberal y riesgo de reducción de talla final. Si bien, la terapia hormonal cruzada posterior, podría dar una estatura acorde con la del sexo deseado. No obstante, la altura final conseguida dependería del momento del bloqueo puberal.

Por último, la fertilidad estará inhibida durante el bloqueo y será recuperable si en algún momento se estimula la gónada con gonadotropinas, durante este tiempo no es factible criopreservación de gametos. Se desconoce los efectos exactos a largo plazo sobre la fertilidad.

Bibliografía

- 1) Caitlin Ryan Niños saludables con el apoyo familiar. *Ayuda para familias con hijos e hijas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero* San Francisco State University.
- 2) TelferMM, Tollit MA, Pace CC et al *Australian Standards of Care and Treatment Guidelines for Trans and Gender Diverse Children and Adolescents* Version 1.1 . The Royal Childrens Hospital ; 2018.
- 3) Mahfouda S, Moore JK, Siafarikas A, et al: *Puberty suppression in transgender children and adolescents*. Lancet Diabetes Endocrinol , May 22, 2017.
- 4) Corripio Collado R. *Indicaciones, eficacia y seguridad del tratamiento con análogos de GnRH*. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2017; Vol8. Ed 2.
- 5) Abramowitz J: *Hormone Therapy in Children and Adolescents*. Endocrinol Metab N Am 48 (2019) 331-3339.
- 6) Guerrero J, Barreda AC, González I: *Pros y contras de los tratamientos hormonales desde el punto de vista de la endocrinología pediátrica*. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2015; Vol 6. Supl 2. (45-51)