

***Psicoterapia preoperatoria en grupos de hombres y mujeres transgéneros
participantes en el proceso de reasignación de sexo***

Roberta Rodrigues Alves Torres*; **Giancarlo Spizzirri****; **Edna Terezinha
Benatti*****; **Carmita Helena Najjar Abdo******

Instituto de Psiquiatría (IPq) del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de
la Universidad de São Paulo (HC-FMUSP)

e-mails: * roberta.torres@hc.fm.usp.br; ** giancki@usp.br; ***

edna.tbenatti@hc.fm.usp.br; **** prosexmail@uol.com.br

Revista Brasileira de Psicodrama. 2016. 24(2), 7-16. DOI: 10.15329/2318-
0498.20160015

Resumen

Los individuos transgéneros fueron divididos en dos grupos, para el seguimiento psicoterapéutico semanal, en el Programa de Estudios en Sexualidad (ProSex) del Instituto de Psiquiatría (IPq) del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la USP (HC-FMUSP), desde 2011; el primer grupo, constituido por mujeres transgéneras (MTS) - sexo masculino y que se identifican con el género femenino, y el segundo por hombres transgéneros (HTS) - sexo femenino y que se identifican con el género masculino. Se analizaron los datos clínicos y psicodinámicos de estos grupos. Se verificó a lo largo de los años la relevancia de este abordaje para dirimir conflictos y sufrimiento asociados con esa condición, y fueron tenidas en cuenta las particularidades, durante el trabajo con los grupos, relacionadas al género con el cual los individuos se identifican.

Palabras clave: Disforia de Género, Psicoterapia de Grupo, Psicodrama, Cirugía de Reasignación Sexual

INTRODUCCIÓN

Según Abdo (2014), los trastornos de identidad sexual o disforia de género se caracterizan por el deseo irreversible de vivir y ser aceptado como alguien perteneciente al sexo opuesto, y ese deseo es acompañado por un sentimiento persistente de gran incomodidad y de inadecuación en relación al mismo sexo de nacimiento. Esta condición causa un sufrimiento clínicamente significativo y / o un perjuicio en el funcionamiento social, ocupacional y en otras áreas importantes de la vida.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10) (Organización Mundial

de la Salud - OMS, 1993) emplea el término diagnóstico *transexualismo* para designar a las personas que presentan una incongruencia marcante entre el sexo de nacimiento y el género con el que se identifican, y que desean someterse a la cirugía de reasignación sexual. Por su parte, en *el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5ª edición (Asociación Psiquiátrica Americana - APA, 2013), la transexualidad por sí sola no se considera un trastorno, aunque sí está acompañada por un sufrimiento clínicamente significativo y recibirá la denominación de Disforia de Género (DG). Las modificaciones que se contemplan en el DSM-5 probablemente serán incorporadas por la CID-11, prevista para 2018. Además, para que un individuo en la vida adulta o en la infancia / adolescencia reciba el diagnóstico de DG, deberá presentar sufrimiento significativo por lo menos seis meses, según el DSM-5 (APA, 2013, Spizzirri, 2016).

Los trastornos de la identidad sexual en la infancia se inician antes de la pubertad y tienen como característica un sufrimiento intenso y persistente en relación a pertenecer a determinado sexo, con el deseo de ser o la insistencia de que se es del sexo opuesto. Este cuadro genera profunda perturbación en el sentido de feminidad y masculinidad, y la evolución hacia el transexualismo en la vida adulta no es regla general (Abdo, 2014, OMS, 1993).

Es frecuente que los niños trans no se identifiquen con el género que les fue atribuido al nacer, presentando manifestaciones de esa incongruencia en diversos comportamientos. Por ejemplo, aquellas niñas que nacieron con el sexo masculino tienden a manifestar interés en vestirse con ropas y aderezos femeninos, no se sienten atraídas por juegos socialmente considerados como masculinos o violentos y prefieren las actividades y la compañía de las niñas. Muchas veces, se rehúsan a orinar en pie, además de expresar que son, o desean ser, niñas. Pueden demostrar rechazo al pene y / o a los testículos, y desean tener vagina (APA, 2013).

Por su parte, los que nacieron con el sexo femenino presentan en la infancia comportamientos y reacciones negativas a todo lo que se refiere al contexto sociocultural femenino, incluyendo ropas, juegos y actividades que les recuerden las exigencias del medio cultural en comportarse y presentarse como niñas. Sienten ganas de realizar actividades y juegos junto a otros niños, con quienes tendrán mayor afinidad. Muchas veces, afirman que serán hombres cuando crezcan y sienten mucha angustia en la pubertad, cuando las hormonas comienzan a traer resultados femeninos a su cuerpo (APA, 2013). Es importante resaltar que no todo individuo transgénero presentará DG, que se manifiesta a través de sufrimiento psíquico, sea consecuencia de esa condición (por comprometimiento en la adaptación al medio social), sea por la falta de adecuación de su cuerpo (uso de hormonas y procedimientos quirúrgicos).

Este estudio se centrará en individuos transgéneros adultos con DG, que nacieron con el sexo masculino y se autoidentifican como mujeres transgéneras (MTS), así como individuos que nacieron con el sexo femenino y se autoidentifican como hombres transgéneros (HTS).

La transexualidad sobrepasa el deseo de obtener ventaja social. Puede afectar tanto a la autoestima como al concepto de sí mismo, lo que dificulta al individuo relaciones afectivas y / o sexuales. No es infrecuente que estos individuos presenten historias de cuadros depresivos, a menudo acompañados de intención suicida, acciones de mutilación del propio cuerpo, aislamiento, prejuicio y discriminación. Es importante recordar que algunos de ellos relatan intención suicida, si no tienen medios para adecuar su cuerpo al género con el que se identifican (Spizzirri, 2016).

En Brasil, los individuos que plean someterse a la cirugía de reasignación sexual (adecuación por intervención quirúrgica para el sexo deseado) deberán, entre otros procedimientos, ser acompañados por lo menos dos años en psicoterapia. Esta serie de

intervenciones, para los individuos transgéneros con DG, que se inicia con la evaluación psiquiátrica y recibe el nombre de proceso transexualizador. El ProSex forma parte de este programa en el HC-FMUSP. A continuación, se muestra el flujo de estos procedimientos.

Proceso transexualizador

- Evaluación psiquiátrica para establecer la hipótesis diagnóstica de transexualismo según la CID-10, en el ProSex.

- Posterior a la evaluación, el paciente es encaminado para el proceso psicoterapéutico - se le informa de que es indispensable el acompañamiento psicoterapéutico (individual o grupal), en el ProSex.

- Después de seis meses de psicoterapia y con la confirmación del diagnóstico, el paciente es encaminado al Servicio de Endocrinología del HC-FMUSP, para la realización de terapia hormonal con esteroides sexuales.

- Después de dos años de seguimiento por el equipo interdisciplinario, el individuo recibe laudo psiquiátrico autorizando la cirugía de reasignación sexual o es reconducido a la psicoterapia por un tiempo mayor.

La psicoterapia, según Días (1994, 1997, 2000), es uno de los recursos para que el individuo acelere su proceso de búsqueda ante los siguientes aspectos: sensación basal de incompleto, sensación basal de inseguridad, miedo basal de la vida y pérdida parcial de la identidad. Siendo estas, sensaciones que están presentes en todos los seres humanos, a partir de la formación de estructura del ego en los primeros meses de vida. Las vivencias de satisfacción e insatisfacción, asociadas a climas externos expresados por las figuras cuidadoras de niño, pudiendo estos climas ser inhibidores o facilitadores, traerá una mayor o menor incidencia de esas sensaciones de falta. La psicoterapia: (i) clarifica y concientiza el proceso de búsqueda al orientar al individuo sobre faltas internas y externas; (ii) sistematiza los procedimientos de búsqueda al utilizar técnicas para el abordaje de contenidos internos, además de ayudar en el manejo de las defensas intrapsíquicas y de los vínculos compensatorios; (iii) controla las variables internas al permitir que el individuo conozca sus defensas y tendencias reactivas cuando se acerque al proceso de búsqueda; (iv) controla variables externas al crear situaciones artificiales como dramatizaciones, cuestionamientos, contactos con personas en sesiones de grupo, motivando al individuo para ir a buscarlas en la vida. La psicoterapia no crea un proceso de búsqueda, pues ésta sólo sucede cuando el individuo tiene ese proceso activado en su interior, asociado a la presencia de angustia patológica (Días, 1994, 1997, 2000).

La psicoterapia posibilita crear nuevas respuestas a viejos comportamientos y encontrar un significativo sentido del existir. Posibilita la construcción de un nuevo proyecto de vida, o la readecuación de éste. Amplía la resiliencia del individuo, posibilitando una mayor tolerancia con sus dificultades. Puede ayudar en la posibilidad de lidiar con las dificultades de su existencia en todas las formas que el sufrimiento humano puede asumir, además de favorecer el crecimiento y la maduración personal. Es uno de los facilitadores en el proceso del autoconocimiento, así como en el reconocimiento del concepto de identidad real, además de propiciar el distanciamiento

del concepto aprendido sobre sí mismo y de los estereotipos que el individuo aprehendió como subyugados por los padrones familiares y sociales.

OBJETIVO

Este trabajo busca relatar aspectos del proceso psicodinámico y clínico oriundos del acompañamiento psicoterapéutico, con enfoque psicodramático, de individuos transgéneros con DG que pleitean la reasignación sexual.

MÉTODO

En la recolección de las informaciones para la realización de este estudio, adoptamos los siguientes procedimientos:

1) Los datos clínicos y psicodinámicos fueron obtenidos de dos grupos de individuos transgéneros con DG, en seguimiento psicoterapéutico desde 2011, en el ProSex: Grupo: 1 (G1) - constituido por MTS - y Grupo 2 (G2) - constituido por HTS -. La Tabla 1 a continuación muestra los datos sociodemográficos de los participantes de los grupos al inicio de su formación en 2011.

2) Se realizaron sesiones de psicoterapia semanales, con una duración de 1 hora y 30 minutos, coordinadas por dos psicólogas con formación psicodramática.

3) Se emplearon técnicas psicodramáticas, entre ellas: juegos, dibujos y el compartir sobre los temas propuestos por el grupo o indicados por las psicoterapeutas.

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de los individuos transgéneros participantes de dos grupos de psicoterapia en el ProSex en 2011

Variables	Mujeres transgéneras (MTS)	Hombres transgéneros (HTS)
Participantes (número de individuos)	16	8
Edad media (en años)	32,7	30,5
<i>Educación</i>		
Primaria o secundaria incompleta (%)	9 (56,2%)	3(37,5%)
Secundaria (%)	3 (18,7%)	2 (25%)
Superior incompleto (%)	4 (25%)	1 (12,5%)
Superior completo (%)	0	2 (25%)
<i>Actividad profesional</i>		
Estudiante	2 (12,5%)	0
Empleado (%)	13(81,2%)	6 (75%)
Jubilado%	0	1 (12,5%)
Desempleado%	1 (6,2%)	1 (12,5%)

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y DISCUSIÓN

La psicoterapia de grupo, entre otros aspectos, es un recurso disponible para ayudar a los pacientes a conocer y / o reconocer sus sentimientos, así como a gestionarlos en el cotidiano. Durante las sesiones de psicoterapia, los pacientes pudieron contar sus historias de vida, sus dificultades, sus miedos y sus rabias y, con el tiempo, percibieron varios puntos comunes en sus vivencias. Acogida, confianza, discordancias fueron elementos fundamentales de elaboración en ese proceso.

La psicoterapia de grupo propicia reflexiones y cuestionamientos, abriendo espacios para nuevas adecuaciones emocionales, incluso las provenientes de las transformaciones corporales, como consecuencia del tratamiento hormonal. A continuación, se exponen algunas consideraciones del proceso de psicoterapia de los dos grupos (G1 y G2), en dos recortes a lo largo del tiempo: (I) el primero, después de dos años; y (II) el segundo, después de cinco años (incluso los pacientes aptos para la realización de la cirugía de reasignación sexual, después de dos años de seguimiento, permanecieron en los grupos hasta la realización de la cirugía).

(I) Los grupos pasaron por cambios después de dos años de seguimiento psicoterapéutico, entre estos cambios están:

- a) El G1 pasó a tener once integrantes y el G2 seis (además de las terapeutas).

En el G1, cuatro individuos fueron encaminados a psicoterapia individual por presentar competitividad y agresividad durante las sesiones de grupo. Estas expresiones, según nuestra experiencia, no son inusuales, pero se manifestaron de forma acentuada y fueron interpretadas como no terapéuticas para el manejo grupal. En el G2, un participante fue encaminado al proceso individual debido a una autoagresión asociada al intento de suicidio; dada esta situación, acordamos que el seguimiento individual sería beneficioso.

Un integrante del G1 decidió que no quería ser sometido a la cirugía de reasignación sexual, pues esa perspectiva comprometería su actividad como profesional del sexo y abandonó el proceso psicoterapéutico, así como un integrante del G2, el cual tenía buena condición financiera y resolvió buscar ayuda por medios propios.

- b) En ese período, resaltamos algunas diferencias observadas entre los grupos G1 y G2:

1) Relaciones parentales, relacionales y económicas

En el G1, seis integrantes vivían con sus familias de origen, y dos no se sentían responsables de ayudar a la familia económicamente. Por su parte, 14 ayudaban o encaminaban dinero para el sustento de la familia. Sólo dos integrantes tenían pareja fija al inicio del tratamiento y otros seis iniciaron relaciones afectivas en el primer año de psicoterapia.

En el G2, cinco vivían con la familia de origen, y dos volvieron a residir con los familiares durante ese período. Ninguno de los integrantes se sentía responsable de ayudar a la familia económicamente. Tres tenían parejas fijas al inicio del tratamiento y, después de un año de terapia y de los cambios en el cuerpo como consecuencia de la

hormonioterapia, sólo uno mantuvo la relación afectiva. Llama la atención que, en relación a la figura paterna, seis tenían histórico de padres alcohólicos.

La relación de independencia y compromiso con la familia fue notablemente diferente entre los grupos. En el caso de las MTS, se observó la necesidad de auxiliar a sus familias económicamente, lo que no fue observado con los HTS. Una posible explicación puede ser la resultante de los papeles sociales aprendidos en la infancia, siendo el género masculino proveedor y el femenino, cuidador.

2) *Sobre la agresividad*

En el G1, ante situaciones de discriminación y rechazo, las MTS presentaban respuestas más agresivas en los grupos sociales con los que conviven; además, se mostraron menos tolerantes a situaciones preconcebidas. Las MTS tienden a ser más elocuentes, y son más comunes respuestas con mayor rapidez, así como intolerancia a lo que consideran insultos. Aparentemente, los HTS, del G2, presentan mayor tolerancia ante situaciones consideradas prejuiciosas, aunque sienten mucha indignación. De nuevo, por medio de lo expuesto, se percibe el conflicto entre el género aprendido y aquel con el cual los integrantes de los grupos se identifican; en otras palabras, los hombres, en nuestra cultura, tienden a ser más agresivos cuando son intimidados, mientras que las mujeres tienden a comprender los sentimientos involucrados en esas situaciones.

3) *Sobre el uso de bebidas alcohólicas*

En el G1, al ser cuestionadas sobre ese tema, dos MTS relataron hacer uso de bebidas alcohólicas de forma exagerada. La mayoría entiende que bebe socialmente. En el G2, cuatro participantes relataron hacer uso abusivo de alcohol. Estos HTS mostraron mayor apertura al ser cuestionados sobre el tema y confirmaron más fácilmente que ese uso traía problemas para sus vidas en general. Durante el proceso, reevaluaron este comportamiento. Después de dos años de psicoterapia, destacamos las siguientes frases de dos MTS del G1:

“Durante toda mi vida busqué mi feminidad por encima de todo; me siento bien psicológicamente, sé de todos los riesgos, y aunque falle alguna cosa, cualquier cosa es mejor que tener un pene que siento asco y tristeza”.

“Después de dos años estoy bien. Antes yo no estaba, debido a problemas que tenía conmigo misma. Debido al proceso de terapia todo en mi vida cambió para mejor, me siento feliz, estoy trabajando con mucho amor. Estoy bien con mi familia y conmigo misma”.

(II) Después de cinco años del inicio de la psicoterapia en grupo

El G1 cuenta ahora con siete integrantes, y dos fueron sometidos a la cirugía de reasignación sexual y, posteriormente, encaminados a la terapia individual postquirúrgica. Dos MTS iniciaron un seguimiento individual: una por dificultad en conciliar el horario del grupo con el trabajo, y la otra por presentar dinámica de autoagresividad. Como ya se ha mencionado, situaciones como ésta no agregan beneficios durante el proceso grupal y, también, indican un mayor aprovechamiento con el acompañamiento individual.

Los temas referentes a la envidia y la rabia son recurrentes durante el proceso psicoterapéutico. Otros asuntos siempre regresan a la sesión y, la mayoría de las veces, están relacionados a los papeles femeninos y masculinos, además de idealizaciones que generan frustraciones. Aunque se sienten y se perciben como mujeres, las MTS idealizan el significado de lo que es tener una vagina, o sea, es frecuente la frase: "Sólo seré una mujer completa después de la cirugía ...". Trabajar en la desconstrucción de ese ideal de que solamente tener una vagina las hará completas y felices ayuda en el objetivo de acercarlas a su identidad real.

Algunas MTS del G1 realizaron cirugías para adecuar su cuerpo a las características sexuales secundarias femeninas, como prótesis mamaria, desgaste la nuez de adán, plástica de nariz y feminización de rasgos de la cara. Estos procedimientos vinieron acompañados de mejora en la autoestima. Todas las MTS relataron sentimiento de sufrimiento en la espera por la realización de la cirugía de reasignación sexual.

El G2 permaneció con seis participantes, con eventuales soportes de sesiones individuales, cuando eran necesarias. Cuatro fueron sometidos a la cirugía de retirada del útero y, de ellos, tres realizaron la mastectomía. La cirugía de un integrante fue suspendida como consecuencia de los conflictos familiares que esa situación podría causar. Reiteramos la importancia del soporte familiar, lo que viene siendo conversado con el paciente. Como las cirugías para los HTS fueron más cercanas unas de otras, optamos por mantenerlos en el grupo de origen y no encaminarlos para la atención individual.

Aunque los HTS habían reportado satisfacción con las cirugías realizadas, se notó un clima depresivo en el grupo en razón de una exigencia por parte de los familiares, ya que, realizados los procedimientos quirúrgicos, los parientes tenían expectativas de que las anheladas adecuaciones físicas serían acompañadas por actitudes más aceptadas socialmente, relacionadas al papel preconizado al género masculino. La construcción de la identidad masculina fue discutida, así como los miedos de los enfrentamientos internos y externos derivados de esta situación. Así como las MTS, los HTS comentaron sobre la angustia por la espera de los procedimientos quirúrgicos.

CONSIDERACIONES FINALES

Los pacientes, en su mayoría, relataron mejoría en la calidad de vida después de estos años de psicoterapia en grupo, además de experimentar un mayor respeto por sí mismos, así como del medio social y de los familiares. Aunque el inicio del proceso de la psicoterapia fue considerado como obligatorio y esencial para la realización de los procedimientos quirúrgicos, los participantes de los grupos (pacientes y terapeutas) crearon lazos afectivos, colaborando para el enfrentamiento de las situaciones inherentes al proceso.

A lo largo del tiempo, la psicoterapia de grupo se viene mostrando como un recurso terapéutico fundamental en el acompañamiento de esos individuos, trascendiendo el objetivo inicial de obligatoriedad, siendo útil para ampliar la construcción de nuevos proyectos de vida, así como viabilizar formas de concretarlos.

Es importante enfatizar que los HTS, por el uso de la testosterona, necesitan una mirada cuidadosa, pues, muchas veces, por no estar acostumbrados con los efectos de una liberación mayor de esa hormona en el organismo, esto puede resultar en expresiones y/o acciones más impulsivas o agresivas. Por su parte, las MTS aparentemente presentan menos conflictos con el modelo femenino, sin embargo, anhelan una perfección de sus cuerpos que escapa a la realidad tangible. Y por último, vale resaltar que las cuestiones

psicodinámicas de los individuos transgéneros no son diferentes de aquellos que no presentan esa condición. La diferencia está en el sufrimiento que ellos traen asociado, y que nos permite, a todos, entrar en contacto con emociones tan primordiales, que traen mejor comprensión del mundo y de la diversidad sexual del ser humano.

REFERENCIAS

Abdo, C. H. N. (2014). *Sexualidade humana e seus transtornos* (4a. ed.). São Paulo: Leitura Médica.

Associação Psiquiátrica Americana (APA) (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5). Porto Alegre: Artmed.

Dias, R. C. V. (1994). *Análise psicodramática: Teoria da programação cenestésica*. São Paulo: Ágora.

Dias, R. C. V. (1997). *Psicodrama: Teoria e prática*. São Paulo: Ágora.

Dias, R. C. V. (2000). *Vínculo conjugal na análise psicodramática*. São Paulo: Ágora.
Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Spizzirri, G. (2016). *Morfometria cerebral e imagens de tensores de difusão da microestrutura da substância branca em homens para mulheres transexuais antes e durante o processo transexualizador* (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

Roberta Rodrigues Alves Torres. Psicóloga en el Programa de Asistencia a la Persona Transgénera y con Disforia de Género para el Proceso Transexualizador del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HC-FMUSP). Psicóloga y Supervisora en el Programa de Estudios en Sexualidad (ProSex) del Instituto de Psiquiatría del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (IPq-HCFMUSP).

Giancarlo Spizzirri. Doctor en Ciencias del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP). Psiquiatra responsable en el Programa de Asistencia a la Persona Transgénera y con Disforia de Género para el Proceso Transexualizador del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HCFMUSP).

Edna Terezinha Benatti. Psicóloga en el Programa de Asistencia a la Persona Transgénera y con Disforia de Género para el Proceso Transexualizador del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HC-FMUSP).

Psicóloga en el Programa de Estudios en sexualidad (ProSex) del Instituto de Psiquiatría del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

Carmita Helena Najjar Abdo. Profesora Doctora Libre-Docente, Asociada al Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP). Fundadora e Coordinadora del Programa de Estudios en Sexualidad (ProSex) del Instituto de Psiquiatría del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).