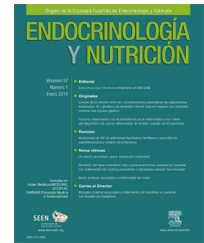




ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

www.elsevier.es/endo



REVISIÓN BREVE

Atención psicomédica a personas transexuales en España en la era de la despatologización de la transexualidad como trastorno mental. Una revisión global

Regina-Michaela Wittich*

Estación Experimental del Zaidín, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Granada, España

Recibido el 10 de octubre de 2012; aceptado el 2 de abril de 2013

Disponible en Internet el 3 de agosto de 2013

PALABRAS CLAVE

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV - TR;
Clasificación internacional de enfermedades - 10;
Estándares de cuidado (World Professional Association for Transgender Health 2011);
Experiencia de vida real;
Borrador Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5;
Etiología de la transexualidad

Resumen

Objetivo: Identificar fortalezas y debilidades en los protocolos españoles de atención sanitaria a personas transexuales y compararlos con los estándares internacionales actuales. Revisar el estado actual de la etiología y prevalencia de la transexualidad. Sugerir medidas para optimizar esta atención en vistas a una mejora significativa, incluyendo opciones de ahorro de recursos financieros.

Métodos: Comparación entre los contenidos relacionados con la transexualidad incluidos en la CIE-10, el DSM-IV y los protocolos españoles de las unidades de (trastornos de) identidad de género, los estándares internacionales para el cuidado de personas transgénero y el último borrador del DSM-5. Revisión sistemática de la literatura relacionada con la etiología y la prevalencia de la transexualidad.

Resultados: Se han identificado discrepancias significativas respecto al periodo mínimo de diagnóstico, el acceso a la terapia sustitutiva hormonal y el acceso a las cirugías genitales, así como a la exigencia de la experiencia de vida real. Se ha comprobado el impacto hormonal sobre la etiología de la transexualidad, y la infraestimación de su prevalencia. Se desestima la exigencia del tratamiento exclusivamente en unidades funcionales por carecer de justificación médica.

Conclusiones: El acceso al tratamiento endocrinológico y quirúrgico requiere una revisión profunda y se recomienda la descentralización de la atención a personas transexuales, ya que todos los hospitales universitarios disponen de psiquiatras, psicólogos clínicos y endocrinólogos. Aunque las cirugías de reasignación de género precisan además de cirujanos plásticos, su formación actual ya incluye esta especialidad.

© 2012 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: r.wittich@csic.es, rwittich@eez.csic.es

KEYWORDS

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV - TR;
International Classification of Diseases - 10;
Standards of care (World Professional Association for Transgender Health 2011);
Real life experience;
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5 draft version;
Etiology of transsexualism

Psycho-medical care of transsexuals in Spain in the era of depathologization of transsexualism as a mental disorder. An overall review

Abstract

Objective: To identify the strengths and weaknesses of Spanish healthcare protocols for transsexual persons and to compare them to current international protocols. To review the current status as regards transsexuality etiology and prevalence. To suggest measures to optimize care to achieve a significant improvement, including options for saving financial resources.

Methods: A comparison of the contents of texts related to transsexualism in the ICD-10, DSM-IV, and guidelines of the Spanish gender units with international standards of care for transgender persons and the last draft version of the DSM-5. Systematic revision of the literature related to the etiology and prevalence of transsexualism.

Results: Significant discrepancies have been found as regards the minimum time period for diagnosis, access to hormone replacement therapy and to genital surgery, and the requirement of the so-called real-life experience. Impact of sex hormones on the etiology of transsexualism and underestimation of its prevalence was confirmed.

Conclusions: The access to hormonal and surgical treatment requires a profound review, and decentralization of transsexual care is recommended, because all university hospitals have psychiatrists, clinical psychologists, and endocrinologists available. Although gender reassignment surgery also requires plastic surgery specialists, plastic surgeons currently receive training in this field.

© 2012 SEEN. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Antecedentes

El 28 de septiembre de 2011 el Parlamento Europeo aprobó un texto sobre la orientación sexual y la identidad de género, que obligaba a todos los estados miembros, declarando en el punto 13 que la UE

«Condena con la máxima firmeza el hecho de que en algunos países, incluso en el seno de la UE, todavía se perciba la homosexualidad, la bisexualidad o la transexualidad como una enfermedad mental, y pide a los diferentes Estados que luchen contra este fenómeno; pide, en particular, la despsiquiatrización de la vivencia transexual y transgénero, la libre elección del equipo encargado del tratamiento, la simplificación del cambio de identidad y la cobertura por parte de la seguridad social.»¹

En este contexto sociopolítico nos encaminamos hacia un progreso sustancial que requiere la reformulación de los estándares o protocolos españoles de atención a personas transexuales bajo numerosos aspectos, incluyendo la despatologización en general de la transexualidad, que ya ha sido aprobada por diferentes parlamentos europeos, como el de España (15/03/2010) y los de algunas de sus comunidades autónomas.

Más relevantes, sin embargo, aunque en algunos aspectos aún insuficientes, son los criterios de diagnóstico de los borradores de la quinta edición de *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), redactados en diciembre de 2010 por la American Psychiatric Association (APA)², que incluyen la sustitución del término *gender identity disorder* (trastorno de identidad de género, TIG) por *gender identity dysphoria* (disforia de identidad de género, DIG) y con ello admiten la eliminación parcial de la anterior patologización mental³. Además, se ha cambiado el título por uno más adecuado y se ha eliminado la subtipificación

respecto a la orientación sexual y la autoginefilia, entre otros.

Con respecto a la renovación del catálogo publicado por la OMS, especialmente la sección F64 de la CIE-10⁴, se aplica casi lo mismo, aunque no quedó claro en qué nuevo contexto se encontrará la transexualidad tras su descatalogación como trastorno mental⁵.

Por otro lado, hay que considerar que la definición de transexualidad dentro del marco del DSM-IV y la F64.0 del CIE-10 de la OMS solo eran definiciones antiguas, subsumidas como enfermedades mentales, es decir, que seguían criterios exclusivamente formales y administrativos, aún patologizantes, con respecto al diagnóstico de la transexualidad; en cualquier caso, los médicos tienen la obligación de mantener sus conocimientos al día en las respectivas disciplinas para desarrollar correctamente la anamnesis, el diagnóstico y el tratamiento de sus pacientes.

Casi simultáneamente con los borradores del DSM-5, tras la sexta, de 2001⁶, se ha publicado la séptima edición de los estándares de cuidado (*standards of care*, SOC) de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH)⁷. Los aspectos más novedosos e importantes de esta edición se concentran en el hecho de que el psiquiatra o psicólogo clínico, aparte del diagnóstico, se dedique al asesoramiento de su paciente, para facilitarle lo más posible su camino durante la transición. Con respecto a las novedades más importantes, contrastaré las versiones sexta y séptima.

Comparación de elementos estimados como necesarios, definidos en las ediciones sexta y séptima de los SOC (2001 versus 2011) de la WPATH^{6,7}, para el acceso del paciente a la denominada hormonación cruzada y a las cirugías de reasignación de sexo (CRS) tras evaluación positiva de la DG y confirmación de la respectiva elegibilidad por el especialista mental.

En los SOC-6 (2001)⁶ se requería haber vivido 3 meses en el rol opuesto deseado (experiencia de vida real) o haber experimentado 3 meses de psicoterapia antes de la administración de hormonas, además del diagnóstico y recomendación de un especialista clínico. Para la CRS se requería haber vivido un año en el rol del sexo deseado, aparte de la recomendación del especialista mental. Es decir, el proceso total se podía desarrollar en un año o poco más.

En los SOC-7 (2011)⁷ se han actualizado los requisitos recomendados de elegibilidad para la terapia con hormonas feminizantes o masculinizantes: evaluación positiva de DIG que permita confirmar la elegibilidad para la terapia con hormonas, junto con el consentimiento del paciente, todo en una carta dirigida al especialista en endocrinología, solicitándose asimismo confirmación telefónica del especialista mental si este no formara parte de un equipo multidisciplinario del mismo hospital. Ya no se requiere un periodo de experiencia de vida real, término completamente eliminado de los SOC en su séptima versión. La elegibilidad para el acceso a las cirugías relativamente menores (mastectomía o mamoplastia) requiere: documentación que acredite DIG persistente, capacidad del paciente para tomar decisiones informadas, edad mínima (dependiendo del país) y, si existieran psicopatologías concomitantes, que estén bien controladas. En el caso de la mastectomía no se requiere terapia hormonal. A los pacientes que deseen una mamoplastia se les recomienda al menos 12 meses de terapia hormonal para que se puedan desarrollar suficientemente las mamas.

Para las CRS hay diferentes requisitos dependiendo de las cirugías. La ovario-histerectomía y la orquidectomía requieren 2 informes psicomédicos independientes y una terapia hormonal ininterrumpida de 12 meses, excepto en caso de que el paciente tuviera alguna contraindicación médica, se manifestase reacio a la administración de hormonas o no dispusiera de medios para ello. Estas CRS no requieren periodos de vivir en un rol del género deseado. Por el contrario, para el acceso a la CRS genital (faloplastia o vaginoplastia) sí se exige, aparte de la evaluación de la DIG y una hormonación continuada de 12 meses, haber vivido un año ininterrumpidamente en el rol de género congruente con la identidad de género del paciente. Es decir, todo el proceso (la evaluación de la DIG, la fase de hormonación y vivir en el rol deseado) puede completarse en el plazo de un año, siempre que los diferentes facultativos del equipo psicomédico multidisciplinario colaboren estrechamente entre ellos y con el paciente.

Otro criterio nuevo de los SOC-7 a destacar, resultado de la intensa investigación clínica-científica y psicológica de la anterior década, es que ya no se requiere vivir en un rol clásico-estereotípico de uno de los 2 sexos opuestos; se puede aceptar un rol no binario de identidad de género. Esto concede al paciente más dignidad, autonomía y libertad de decisión. La casi única deficiencia de la séptima edición de los SOC se puede encontrar, en opinión de la autora, en una posible falta de consideración de las circunstancias personales del paciente, como el riesgo de pérdida del empleo o situaciones propias de la coyuntura familiar o social que no le permitieran, durante un tiempo, vivir abiertamente la identidad deseada, aunque se llevara a cabo el tratamiento hormonal lográndose un alivio significativo⁸ y/o la CRS, incluso la genital.

Con objeto de corregir una deficiencia estructural nacional, mientras tanto, se han redactado las así llamadas Leyes Integrales de Transexualidad: la primera, la de Navarra, de 2009⁹; la del País Vasco se aprobó parlamentariamente el 28 de junio de 2012¹⁰; la de la Región de Murcia¹¹ se está debatiendo en la actualidad, y la de Andalucía se encuentra en fase de planificación¹². Estas leyes pretenden la revisión de las guías clínicas ya existentes o su nueva elaboración, en cooperación con representantes de las asociaciones y/o sociedades de personas transexuales, siguiendo los estándares internacionales formulados por la WPATH⁷, es decir, los SOC. Adicionalmente, estas leyes integrales regulan aspectos de la educación, la (re-) integración laboral y el apoyo administrativo, entre otros, y exigen el respeto a la dignidad y autonomía de la persona transexual en todos estos aspectos.

La nueva versión de la guía española para la atención a personas transexuales de 2012¹³, que supone la actualización de la primera versión de la guía, publicada en 2003¹⁴ (existiendo versiones internas desde 2001), se distingue por su riqueza de detalles y por sus numerosas explicaciones y repeticiones donde se consideró necesario, además de por haber sido redactada en un lenguaje dirigido no solo a los colegas de los autores, sino también a los facultativos de psicología clínica y psiquiatría, a los cirujanos plásticos y al personal técnico y de enfermería, entre otros. En lo que se refiere a los cirujanos plásticos, hace 2 años se publicó la Orden SAS/1257/2010¹⁵, que prevé para este grupo altamente especializado una formación profesional que incluya la reconstrucción genital de personas transexuales, entre otras técnicas de gran complejidad. Con ello se pretende garantizar una cobertura nacional completa como parte de la futura optimización de la atención sanitaria a personas transexuales, representando además el primer paso hacia la descentralización de la atención quirúrgica de esta prestación sanitaria en el ámbito estatal. Esto último debería complementarse con el reconocimiento mutuo de resultados clínicos entre los diferentes hospitales, reduciéndose así los viajes largos causados por la todavía existente derivación de pacientes a los actualmente escasos centros de referencia en el país. Asimismo, podrían reducirse las largas listas de espera, de incluso años, y evitarse con ello el desarrollo de posibles psicopatologías adicionales en estos pacientes. Este conjunto de medidas también reduciría los costes totales de la atención a las personas transexuales.

Respecto a la etiología de la transexualidad, resulta extremadamente importante la influencia de los esteroides sexuales en el desarrollo y funcionamiento del cerebro, hecho que ha sido puesto de manifiesto muy claramente por varios estudios científicos¹⁶. De hecho, diversos análisis realizados mediante resonancia magnética (RM) muestran una clara asociación entre áreas cerebrales que se puede relacionar con el efecto de los estrógenos sobre el desarrollo cerebral. Esta conclusión es producto de una clara correlación de parámetros entre mujeres biológicas y personas transexuales m > f (hombre > mujer), aunque aún se requiere una confirmación estadística dado que el número de estudios realizados todavía podría considerarse insuficiente. En uno de ellos, del Instituto de los Países Bajos de Investigación Cerebral y la Universidad Libre de Ámsterdam, se identificaron similitudes estructurales en los cerebros de mujeres transexuales y biológicas (heterosexuales)¹⁷. Un segundo

proyecto arrojó resultados idénticos, incluyendo unos controles adicionales que solventaron las posibles carencias metodológicas del anterior¹⁸. Otro estudio reciente del Departamento de Neurociencia Clínica del Stockholm Brain Institute, realizado con 48 hombres y mujeres heterosexuales (no transexuales) y 24 mujeres transexuales (m > f), no confirmó los resultados anteriores¹⁹. Sin embargo, los resultados de Luders et al.²⁰, muy similares a los obtenidos en 1995 y 2000 por el grupo de Swaab^{16,17}, habían proporcionado evidencias claras de que la transexualidad, manifestada en mujeres transexuales, está asociada a diferencias morfológicas cerebrales. Estos resultados se han confirmado mediante el análisis de reacciones localizadas en el cerebro en estudios realizados por electroencefalograma (EEG) que han puesto de manifiesto que los cerebros del grupo transexual m > f presentan mayores similitudes con los del grupo de mujeres heterosexuales (cissexuales o no transexuales) que con los del grupo de hombres²¹. Un reciente estudio de la Universidad de Barcelona (2011) ha confirmado estos resultados²², y la UTIG de Madrid asume la hipótesis bastante confirmada de que la etiología de la transexualidad se basa en una diferenciación sexual neurobiológica²³.

Conclusiones

Las listas de espera y los costes globales del tratamiento a personas transexuales podrían verse reducidos considerablemente si se siguiera los SOC de la WPATH a modo de guía orientativa, con la flexibilidad necesaria para el bienestar del paciente, sin tomarlos como si fueran una normativa legal. Asimismo, sería de gran ayuda lograr el reconocimiento mutuo de los resultados de analíticas clínicas en todo el territorio nacional. Al mismo tiempo podría reducirse la probabilidad de desarrollo secundario de nuevas psicopatologías, posible y no excluible consecuencia de un proceso de atención sanitaria en las U(T)IG que se prolonga habitualmente unos 4 años entre la primera cita y la CRS genital.

En este contexto es trascendental el intento de la APA de desarrollar una guía propia y complementaria para el tratamiento de los problemas asociados a la identidad de género (todavía considerados en esta publicación trastorno de identidad de género [TIG] de personas transexuales²⁴ aunque el término actualmente haya sido sustituido por DIG). De hecho, dentro del marco de los SOC publicados por la WPATH (aunque este «Task Force»²⁴ se refiere todavía a la sexta edición de los SOC de 2001) es evidente la tendencia a la despatologización de la transexualidad, con una mayor autonomía y libertad de opción para las personas transexuales. El posicionamiento de la OMS en el futuro CIE-11, en cambio, y como mencionaron los 3 autores en su función de miembros del Grupo de Trabajo sobre la Clasificación de Trastornos Sexuales y Salud Sexual, todavía no está claro²⁵.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Parlamento Europeo: Orientación sexual e identidad de género en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Parlamento europeo, texto aprobado el 28 de septiembre de 2011 en Estrasburgo [actualizado 3 Oct 2011; consultado 6 Jul 2012]. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//ES>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5 [consultado 26 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/GenderDysphoria.aspx>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text revision. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
4. World Health Organization. Multiaxial version of ICD-10. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992. p. 168–70.
5. Meeting of Heads of WHO Collaborating Centers for the Family of International Classifications. Cologne, Germany: 10-25 October, 2003; p. 55 [consultado 6 Jul 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/network/en/CologneFinalReport.pdf>
6. WPATH –The World Professional Association for Transgender Health–Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 6th version in Spanish. Galveston, EE.UU.; 2001 [consultado 29 Sep 2011]. Disponible en: <http://www.wpath.org/documents2/Spanish%20Translation%20-%20SOC.pdf>
7. WPATH. The World Professional Association for Transgender Health–Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th version. Atlanta, EE.UU. 2011 [consultado 3 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.wpath.org/documents/Standards of Care V7-2011 WPATH.pdf>
8. Gómez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, Esteva I, Guillaumon A, Godás T, Cruz Almaraz M, et al. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinol*. 2012;37:662–70.
9. Boletín Oficial del Estado, n.º 307, martes 22 de diciembre de 2009, Sec. I, p. 108177–87 [consultado 18 Jul 2012]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/12/22/pdfs/BOE-A-2009-20656.pdf>
10. Boletín Oficial del País Vasco, n.º 132, viernes 6 de julio de 2012.
11. Asamblea Regional de Murcia. Boletín Oficial (VII legislatura), n.º 141, 16 de marzo de 2011 [consultado 3 Ene 2013]. Disponible en: <http://hermes.asambleamurcia.es/documentos/pdfs/boar/Boar.07/110316.141.pdf>
12. Parlamento Andaluz. Proposición de ley para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales [consultado 3 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.conjuntosdifusos.blogspot.com.es/2012/12/proposicion-de-ley-integral-de-no.html>
13. Moreno-Pérez Ó, Esteva de Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GID-SEEN) (anexo1). *Endocrinol Nutr*. 2012;59:367–82.
14. Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género. Trastornos de identidad de género. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento, compilado y editado por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. *Endocrinol Nutr*. 2003;50:19–33.
15. Boletín Oficial del Estado, n.º 119, sábado 15 de mayo de 2010, Sec. III, p. 42857-74 (tema: formación de cirujanos plásticos: CRS genital).
16. Peper JS, van den Heuvel MP, Mandl RC, Hulshoff Pol HE, van Honk J. Sex steroids and connectivity in the human brain: a review of neuroimaging studies. *Psychoneuroendocrinol*. 2011;36:1101–13.
17. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*. 1995;378:68–70.

18. Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J Clin Endocrinol Metabol*. 2000;85:2034–41.
19. Savic I, Arver S. Sex dimorphism of the brain of male-to-female transsexuals. *Cereb Cortex*. 2011;21:2525–33.
20. Luders E, Sánchez FJ, Gaser C, Toga AW, Narr KL, Hamilton LS, et al. Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage*. 2009;46:904–7.
21. Flor-Henry P. EEG analysis of male to female transsexuals: discriminant function and source analysis. *Clin EEG Neurosci*. 2010;41:219–22.
22. Rametti G, Carrillo B, Gómez-Gil E, Junque C, Zubiarre-Elorza L, Segovia S, et al. The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *J Psychiatr Res*. 2011;45:949–54.
23. Asenjo-Araque N, Rodríguez-Molina JM, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la unidad de trastornos de identidad de género de Madrid (UTIG Madrid). *Semergen*. 2011;37:87–92.
24. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler AE, Green R, Menvielle EJ, et al. Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Arch Sex Behav*. 2012;41:759–96.
25. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-1. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24:568–77.