

Respuesta a: Comentarios sobre las «Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad», emitidas por el Grupo de identidad y diferenciación sexual de la SEEN (GIDSEEN)



Reply to: Comments on the «Clinical practice guidelines for assessment and treatment of transsexuality» issued by the sexual identity and differentiation group of the SEEN (GIDSEEN)

Estimado Editor, escribimos como coautores de las *Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad*, del Grupo de Trabajo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN)¹. El tratamiento hormonal cruzado estándar para los transexuales adultos con hormonas del sexo opuesto y el enfoque, cada vez más común, de la supresión de la pubertad de los adolescentes con discordancias entre su identidad de género y el sexo biológico (DIG), asignan un papel crucial al endocrinólogo entre las distintas subespecialidades que participan en el cuidado de estas personas, como se indica en las recientes directrices de la *Endocrine Society*² y de la *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*³. En el presente número de *ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN*, Wittich reflexiona en su carta al editor sobre la asistencia a personas transexuales en nuestro país, realizando una valoración de la reciente guía publicada por el grupo de trabajo GIDSEEN, apuntando la ausencia de claridad, actualización y demanda de ámbitos de actuación innecesarios de esta guía de práctica clínica (GPC)⁴.

Estamos de acuerdo con la autora en la necesidad de la armonización en el territorio nacional de la atención sanitaria a los individuos con DIG, así como en la necesidad de una estrategia terapéutica centrada en el paciente, siendo fundamental el principio de accesibilidad a los recursos, así como la provisión de servicios de alta calidad asistencial, y con estos objetivos se desarrolló la GPC por el GIDSEEN¹. No obstante, estamos en desacuerdo con parte de las opiniones vertidas por la autora, y alguna de sus afirmaciones no se ajustan al contenido de la GPC.

Wittich está en desacuerdo con que el abordaje diagnóstico-terapéutico solo pueda desarrollarse en unidades funcionales de identidad de género, mediante grupos de trabajo interdisciplinarios, permitiendo una comunicación abierta y constante entre los especialistas involucrados en la atención de los sujetos con DIG, como queda recogido en las GPC internacionales^{3,5-10}. Como en otros ámbitos de la medicina, la provisión de servicios de alta calidad asistencial requiere un equipo multidisciplinar (y no la simple

transmisión de información entre profesionales), permitiendo a su vez el desarrollo de proyectos de investigación a nivel nacional en coordinación con las distintas unidades de identidad de género, con el objetivo de avanzar en el conocimiento de la entidad clínica y mejorar los cuidados y calidad de vida de estos pacientes.

Las intervenciones hormonales se indican únicamente después de que la evaluación psicológica integral haya confirmado no solo que se han cumplido los criterios diagnósticos del DSM sino también que el paciente está en disposición de hacer la transición hacia el otro sexo⁷. El reciente DSM-5¹¹, elimina el término «*Gender Identity Disorder*» y lo sustituye por «*Gender Dysphoria*», definido como «una marcada incongruencia entre el género experimentado/manifestado y el género asignado». La autora apunta que la *WPATH* exige una evaluación profunda, pero está en desacuerdo con que la evaluación psicológica sea un proceso prolongado. La duración de esta valoración dependerá de las características individuales de cada paciente, pero en general se requiere una evaluación de 4-6 meses^{2,5}. La experiencia de la vida real (EVR) es importante para proporcionar una idea de la nueva condición sexual, lo que permite que el paciente se acostumbre a las interacciones sociales que surgen de ella, si bien se debe adaptar a las posibilidades de cada caso durante el proceso de reasignación sexual². Tal asignación de sexo, al permitir al paciente experimentar la vida como una persona del sexo deseado, reduce la disforia de género y mejora el funcionamiento social y sexual¹². La EVR es uno de los criterios para el inicio del tratamiento hormonal cruzado recogido en la GPC del GIDSEEN y en la mayor parte de las GPC^{1,2,7,8}, si bien no queda recogida en la última versión los estándares de la *WPATH*⁴, donde sí es un criterio de reasignación quirúrgica genital. La justificación de la EVR como criterio recomendado, siempre que el entorno psicosocial de la persona lo permita, se basa en el consenso de expertos clínicos dado que esta experiencia ofrece amplias oportunidades para que los pacientes experimenten y se adaptan socialmente en el rol de género deseado, antes de someterse a un tratamiento hormonal cruzado y más adelante a una cirugía irreversible.

No es cierto que los autores de la GPC del GIDSEEN, «crean en factores genéticos y hereditarios especulativos que todavía no se han demostrado» y «que niegan la influencia de los esteroides sexuales en el desarrollo y funcionamiento del cerebro», como afirma Wittich. El GIDSEEN se limita a exponer de forma objetiva la literatura científica más relevante en este aspecto, como corresponde a una GPC y no de «opinión». Cito textualmente GPC del GIDSEEN: «Los estudios genéticos sobre trastornos del comportamiento en la infancia sugieren un componente hereditario, sin embargo, salvo la disforia de género que se presenta como secundaria a ciertos trastornos de la diferenciación sexual, no hay información clara sobre la etiopatogenia de las alteraciones de identidad sexual en la infancia y, dado que en la mayoría de los niños la disforia no persiste durante la adolescencia y la edad adulta, estos datos no son extrapolables a los de adultos. No existe un conocimiento adecuado acerca de los efectos de los esteroides sexuales en el desarrollo y funcionamiento cerebral, que identifique las bases biológicas de la formación de la identidad de género en humanos. En resumen, ni los estudios biológicos, ni los psicológicos proporcionan una explicación satisfactoria de la aparición

de esta situación en estas edades.» La evidencia actualmente disponible es demasiado limitada para llegar a una conclusión definitiva con respecto a uno o algunos de los factores biológicos causantes de la DIG¹⁰. Probablemente una etiología multifactorial desde una perspectiva biopsicosocial parece más plausible.

Las referencias 12 a 16 de la GPC catalogadas como «anticuadas» por la autora, corresponden a los años comprendidos entre 2004 y 2007.

En cuanto a la prevalencia de la transexualidad (DSM-4) o disforia de género (DSM-5), parece inapropiado basar la estimación de la prevalencia de esta entidad clínica en 2 estudios que muestran que el 1% de la población muestra «algún grado» de disforia de género. Si hablamos de prevalencia de DIG es importante destacar que no se han realizado de forma específica estudios epidemiológicos formales sobre la incidencia y prevalencia de esta entidad y que los esfuerzos para lograr estimaciones realistas están llenos de enormes dificultades¹³. Las estimaciones de prevalencia en nuestro entorno (nivel europeo y nacional) publicadas en revistas indexadas y recogidas en la GPC-GIDSEEN¹ y en la *WPATH-Standards of Care*³ sitúan la transexualidad de hombre a mujer (male-to-female) entre 1:11.900-45.000, y de mujer a hombre (female-to-male) entre 1:30.400-200.000. Como queda recogido en la GPC-GIDSEEN, con toda probabilidad estos valores infraestiman la prevalencia real de esta entidad clínica; no obstante, extrapolar a nuestro medio los hallazgos de datos de estudios no publicados en revistas científicas, o publicados en revistas no indexadas, y que además contrastan con la evidencia disponible, carece de rigor científico.

En conclusion, el «*WPATH-Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th version, 2011*» es un documento que sirve de guía para los profesionales involucrados en el tratamiento integral de los pacientes transexuales, sin embargo estos estándares junto con el resto de guías clínicas deben ser aplicados al ámbito de actuación de los profesionales. Las guías clínicas del GIDSEEN¹ se nutren de estas guías y de otras de nuestro ámbito de actuación, así como de la experiencia clínica contrastada y evaluada por pares (rigor científico) de profesionales en endocrinología, psicología y psiquiatría, obtenidos durante décadas de trabajo, y cuyo único objetivo es mejorar la atención integral de las personas transexuales.

Bibliografía

- 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.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer 3rd WJ, Spack NP, et al., Endocrine Society. *Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline.* *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94:3132-54.
- 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 1 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.wpath.org/documents/Standards of Care V7-2011 WPATH.pdf>
- Wittich R. Comentarios sobre las «Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad», emitido por el Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GID-SEEN). *Endocrinol Nutr.* 2013.
- Gooren LJ. Clinical practice. Care of transsexual persons. *N Engl J Med.* 2011;364:1251-7.
- Meriggiola MC, Jannini EA, Lenzi A, Maggi M, Manieri C. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline: Commentary from a European perspective. *Eur J Endocrinol.* 2010;162:831-3.
- Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol.* 2006;155:S131-7.
- Tugnet N, Goddard JC, Vickery RM, Khoosal D, Terry TR. Current management of male-to-female gender identity disorder in the UK. *Postgrad Med J.* 2007;83:638-42.
- Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: The Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol.* 2011;7:466-72.
- Meyer-Bahlburg HF. Sex steroids and variants of gender identity. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2013;42:435-52.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
- Weyers S, Elaut E, de Sutter P, Gerris J, T'Sjoen G, Heylens G, et al. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sex Med.* 2009;6:752-60.
- Zucker KJ, Lawrence A. Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism.* 2009;11:8-18.

Óscar Moreno-Pérez^{a,*} e Isabel Esteva de Antonio^b

^a Sección de Endocrinología y Nutrición, Unidad de Identidad de Género (UIG), Hospital General Universitario de Alicante, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

^b Unidad de Transexualidad e Identidad de Género de Andalucía (UTIG), Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oscarmorenop76@hotmail.com (Ó. Moreno-Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.11.002>