

Trastornos de identidad de género: guía clínica para el diagnóstico y tratamiento

GRUPO DE TRABAJO SOBRE TRASTORNOS DE IDENTIDAD
DE GÉNERO*

INTRODUCCIÓN

La transexualidad no es un fenómeno actual, existe desde muy antiguo y en diferentes culturas. El término *transexual* empieza a utilizarse en 1940 para denominar a los individuos que desean vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto y que quieren someterse a la cirugía de reasignación de sexo, existiendo pues una incongruencia entre el sexo con el que nacieron y el sexo al que se sienten pertenecer. El sentimiento de pertenecer a un determinado sexo biológica y psicológicamente se llama *identidad de sexo o de género*.

Benjamin¹, endocrinólogo estadounidense, recopila en su libro *The transsexual phenomenon* observaciones sobre la transexualidad y los resultados de las intervenciones médicas. En 1973 se propone el término de *síndrome de disforia de género*, que incluye el transexualismo pero también otros trastornos de identidad de género. *Disforia de género* es el término utilizado para designar a la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado. En 1980 aparece el transexualismo como diagnóstico en el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición). En una siguiente revisión de este manual (DSM-IV²) de 1994, el término transexualismo es abandonado y en su lugar se usa el de *trastorno de identidad de género* (TIG) (categoría 302.85) para designar a aquellos sujetos que evidencian una fuerte identificación con el sexo contrario e insatisfacción constante con su sexo anatómico. El CIE-10³ (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición) señala cinco formas diferentes de TIG y el término *transexualismo* (categoría F64.0) vuelve a usarse para designar a una de ellas. En 1979 se constituye la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) que aprueba unas directrices asistenciales (DA) que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial para los TIG⁴. Su última revisión es de 2001⁵.

ETIOLOGÍA

No se ha descrito ninguna alteración del sexo genético en estos sujetos y su cariotipo es el que corresponde al sexo biológico. Así, el origen de los TIG ha sido objeto de diversas teorías. Sabemos

Palabras clave: Trastornos de identidad de género. Transexual. Diagnóstico. Tratamiento.

Key words: Gender identity disorders. Transsexual. Diagnose. Therapy.

*Los miembros del Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género se exponen al final del artículo.

Correspondencia: Dr. A. Becerra Fernández.
Tapiada, 31. 28814 Daganzo. Madrid. España.
Correo electrónico: abecerra@telefonica.net

Recibido el 29-5-2002; aceptado para su publicación el 30-9-2002.

TABLA 1. Fases, responsables y duración del proceso de reasignación de sexo

Fases terapéuticas	Responsable	Duración
Diagnóstico (y psicoterapia)	Psicoterapeuta (psicólogo/psiquiatra)	3-6 meses
Valoración endocrinológica y tratamiento hormonal	Endocrinólogo	1,5-2 años
Experiencia de vida real	Paciente	1,5-2 años
Cirugía de reasignación de sexo	Cirujano	-
Controles y seguimiento	Endocrinólogo	De por vida

que existe un gen responsable de que la gónada indiferenciada se convierta en testículo (si está presente) o en ovario (si está ausente)⁶. Se han demostrado diferencias en ciertas estructuras cerebrales entre personas de diferente orientación sexual. Un estudio del hipotálamo de seis transexuales de hombre a mujer demostró que el núcleo basal de la estría terminal (BST) era significativamente más pequeño que el de hombres hetero u homosexuales⁷. La transexualidad podría originarse durante la etapa fetal: una alteración haría que el cerebro se impregnara hormonalmente de una sexualidad distinta a la genital⁶. Así, los TIG podrían desarrollarse como resultado de una interacción alterada entre factores genéticos, desarrollo cerebral y acción de las hormonas sexuales. Además, diversas influencias ambientales en períodos críticos del desarrollo, como el embarazo, la infancia o la pubertad, pueden influenciar la conducta y la orientación sexuales. Así, el estrés prenatal, la relación maternofilial de las primeras etapas de la vida, influencias familiares patógenas o abusos sexuales durante la infancia o la pubertad pueden determinar la conducta sexual adulta⁸. Por tanto, bastantes datos apoyan que la orientación e identidad sexuales pueden tener un sustrato biológico (genético, cerebral, hormonal) sobre el que inciden determinadas influencias ambientales sociales y familiares durante los llamados “períodos sensibles” de la vida para conformar la orientación e identidad sexual definitiva del adulto.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los transexuales tienen la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, con un profundo sentido de rechazo y un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente. Desde la infancia, su identidad mental es distinta a su fenotipo genital. Son mujeres que se sienten “atrapadas” en cuerpos de varón y varones que se sienten “atrapados” en cuerpos de mujer, sin presentar trastornos psiquiátricos graves que distorsionen la percepción de la realidad y que necesitan ser aceptados social y legalmente en el sexo elegido.

A diferencia de los travestidos, que alivian su conflicto vistiendo y comportándose como los individuos del sexo contrario, los transexuales necesitan conseguir la reasignación y adaptar su cuerpo al sexo opuesto al que se sienten pertenecer. El tratamiento

hormonal desempeña un papel importante en este proceso que idealmente debe suprimir los caracteres sexuales secundarios del sexo original e inducir los del sexo opuesto lo más completa y rápidamente posible⁵. Por ello existe una inclinación a “hormonarse” cuanto antes y a maximizar las dosis de hormonas, usando muy diversas pautas terapéuticas aprendidas de la experiencia de otros transexuales, olvidando que la automedicación con esteroides sexuales incrementa el riesgo de efectos adversos⁹. El autodiagnóstico y la intensidad del deseo de reasignación de sexo no pueden tomarse como verdaderos indicadores de transexualidad⁴. Dadas las consecuencias irreversibles de las intervenciones hormonales y quirúrgicas, es absolutamente vital en beneficio del propio sujeto realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial que sólo es posible en un proceso largo realizado por profesionales de salud mental cualificados⁵. El abordaje de este trastorno es complejo y su asistencia necesita de un equipo multidisciplinario ya que precisa de diversas intervenciones. Los resultados de estas intervenciones no han podido ser evaluados mediante estudios controlados y a largo plazo¹⁰, pero sus beneficios resultan evidentes: mejora la calidad de vida del paciente y su grado de satisfacción, así como su integración social y laboral, y desde el punto de vista médico no existen dudas en cuanto a los importantes beneficios del tratamiento hormonal y el éxito de la técnica quirúrgica a corto y largo plazo. Asimismo, se suscitan importantes cuestiones éticas, legales y de equidad¹¹. Esta complejidad del proceso obliga a que su atención se realice en la medicina pública, dentro del Sistema Nacional de Salud, por un equipo multidisciplinario cualificado, según las DA de la HBGDA. Estas DA señalan un protocolo clínico que se divide en diferentes fases (tabla 1).

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por el momento es imposible realizar el diagnóstico de transexualismo basándose sólo en criterios objetivos. Depende de la información suministrada por los pacientes, que a menudo es modificada, inconscientemente o a propósito. Dado el carácter subjetivo de la información y la importancia de la decisión a tomar, el período de diagnóstico suele ser largo. Para el diagnóstico de transexualidad debe cumplirse lo siguiente:

- Una escrupulosa historia clínica orientada al desa-

rollo de la identidad de género, desarrollo psicosexual (incluyendo orientación sexual) y aspectos de la vida cotidiana.

- Exploración física desde el punto de vista ginecológico, andrológico/urológico y endocrinológico.
- Evaluación clínica desde el punto de vista psiquiátrico/psicológico que detecte problemas psicopatológicos¹².

Debe recogerse tanto información general de la personalidad como sobre el desarrollo psicosexual, comportamiento y orientación sexual e imagen corporal. Debe evaluarse la existencia de psicopatología asociada (adicción, tendencias suicidas, perversiones, trastornos de personalidad, cuadros psicóticos, enfermedad mental orgánica o retraso mental). Se debe conocer la situación social y familiar del paciente cuyo apoyo es indispensable para el proceso de reasignación de género y es indispensable informarle ampliamente sobre las posibilidades y limitaciones de este proceso para no levantar expectativas excesivas¹².

Diferentes condiciones, como homosexualidad, tranvestismo, transexualidad y disforia de género han sido motivos de confusión con estados intersexuales patológicos. Desde 1975, la disforia de género se considera una entidad claramente diferenciada al existir una insatisfacción permanente con el sexo biológico y un claro deseo de modificar esta condición haciendo uso de la tecnología sanitaria disponible. Gran número de personas que demandan asistencia sanitaria por TIG no reúne los criterios específicos, y puede presentar algunos de los siguientes trastornos:

- Problemas de identidad de género en pacientes con ansiedad, depresión, abuso de drogas, trastorno de personalidad y otros trastornos sexuales.
- Algunos casos de tranvestismo masculino y homosexualidad masculina o femenina.
- La intensidad del TIG en algunas personas puede fluctuar por encima o por debajo del umbral clínico.
- Muchas formas de TIG en mujeres tienden a ser poco viables culturalmente, especialmente para los servicios de salud mental.

El diagnóstico se lleva a cabo según unos criterios

TABLA 2. Criterios diagnósticos de transexualismo⁵

Sentido de incomodidad con el sexo anatómico
Deseo de librarse de los propios genitales para vivir como miembro del otro sexo
Alteración continua (no limitada a períodos de estrés), durante al menos 2 años
Ausencia de intersexo físico o anomalía genética
Ausencia de alteración mental coexistente (esquizofrenia u otros)

establecidos en el DSM-IV o en el CIE-10 (tabla 2). Aunque cada manual clasifica a los TIG de forma diferente, en esencia, sus clasificaciones son muy similares (tabla 3).

APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La cuantificación del problema de la transexualidad en España presenta una serie de dificultades. A falta de registros en España, tenemos que basarnos en estudios de otros países, con el riesgo que supone la extrapolación de datos. Las cifras varían ampliamente de unos países a otros en función del diferente clima social y cultural para el abordaje del trastorno. Por otro lado, los estudios de prevalencia publicados utilizan diferentes métodos de recogida de datos y diferente definición de casos. Algunos consideran como transexuales a aquellas personas que demandan reasignación de sexo, incluyendo en el mismo grupo a otros TIG que no siempre son transexuales. Probablemente ésta sea una de las causas por las que sólo se acepta para intervención aproximadamente a una de cada diez demandas de reasignación de sexo¹⁰. Por último, en los datos recogidos se utiliza como denominador la población mayor de 15 años, en unos casos, sin establecer un límite superior de edad, y en otros se establece en 59 años.

Aunque los estudios epidemiológicos publicados hayan querido establecer una base similar para contabilizar los casos de TIG es probable que las diferencias culturales entre países puedan alterar la cuantificación real de esta problemática. Existen amplias diferencias de un lugar a otro en cuanto al acceso a los recursos sanitarios o a los costes del tratamiento, así como en las actitudes de la sociedad en general y de los propios profesionales ante este tipo de trastorno.

TABLA 3. Clasificación de los trastornos de identidad de género (TIG) según el DSM-IV y el CIE-10

Manual	Cuadros	Subdivisión	Criterios
DSM-IV	1. TIG	Infancia Adolescencia Adulto	Reúnen los criterios diagnósticos
CIE-10	2. TIG no específicos	-	No los reúnen
	1. Transexualismo	-	Los mismos que DSM-IV
	2. Tranvestismo	No fetichista Fetichista	Llevar ropa del sexo opuesto para experimentar pertenecer a él sólo de forma temporal
	3. TIG de la infancia	1. Niños 2. Niñas	Específicos para cada sexo
	4. Otros TIG	-	No específicos, genitales ambiguos
	5. TIG no específicos	-	No específicos

TABLA 4. Diversos estudios de prevalencia sobre los trastornos de identidad de género (TIG)

Autor	Año	País	Varón a mujer	Mujer a varón	Relación varón a mujer/mujer a varón
Pauly et al ¹³	1968	EE.UU.	1/100.000	1/400.000	4
Walinder et al ¹⁴	1971	Suecia	1/37.000	1/103.000	2,8
Hoening y Kenna ¹⁵	1974	Reino Unido	1/30.000	1/100.000	3,3
Eklund et al ¹⁶	1980	Países Bajos	1/45.000	1/200.000	4,4
Eklund et al ¹⁶	1986	Países Bajos	1/18.000	1/54.000	3
Bakker et al ¹⁷	1993	Países Bajos	1/10.000	1/30.000	3
Van Kesteren et al ¹⁸	1996	Países Bajos	1/11.900	1/30.400	2,5

TABLA 5. Aproximación epidemiológica de los trastornos de identidad de género (TIG) en España. Distribución por comunidades autónomas

	Total	Varones	Mujeres	Varones		Mujeres	
				> 15 años	TIG	> 15 años	TIG
Andalucía	7.236.459	3.558.950	3.677.509	3.225.121	271	3.332.559	109
Aragón	1.183.234	582.366	600.868	527.740	44	544.507	18
Asturias	1.081.834	519.530	562.304	470.798	40	509.560	17
Baleares	796.483	392.835	403.648	355.987	30	365.786	12
Canarias	1.630.015	808.092	821.923	732.293	62	744.827	24
Cantabria	527.137	256.766	270.371	232.681	20	245.010	8
Castilla-La Mancha	1.716.152	851.354	864.798	771.497	65	783.680	26
Castilla y León	2.484.603	1.225.516	1.259.087	1.110.563	93	1.140.985	38
Cataluña	6.147.610	2.997.637	3.149.973	2.716.459	228	2.854.506	94
Comunidad Valenciana	4.023.441	1.970.767	2.052.674	1.785.909	150	1.860.133	61
Extremadura	1.069.419	530.994	538.425	481.187	40	487.921	16
Galicia	2.724.544	1.310.415	1.414.129	1.187.498	100	1.281.484	42
Madrid	5.091.336	2.444.919	2.646.417	2.215.586	186	2.398.183	79
Murcia	1.115.068	551.343	563.725	499.627	42	510.848	17
Navarra	530.819	262.687	268.132	238.047	20	242.981	8
País Vasco	2.098.628	1.026.915	1.071.713	930.590	78	971.186	32
La Rioja	263.644	130.708	132.936	118.448	10	120.467	4
Ceuta	72.117	36.102	36.015	32.716	3	32.637	1
Melilla	60.108	30.569	29.539	27.702	2	26.768	1
España	39.852.651	19.488.465	20.364.186	17.659.977	1.484	18.454.495	607

Por otra parte, se desconoce cuántas de estas personas han sido atendidas e intervenidas en centros privados. De ahí que los datos de prevalencia de los diversos estudios¹³⁻¹⁸ sean tan diferentes (tabla 4), y que ésta se incremente con los años. Esto hace que las cifras más recientes sean las de mayor credibilidad.

Con todas estas limitaciones, para una aproximación epidemiológica en España hemos seleccionado como referencia los últimos datos del equipo de Amsterdam¹⁸, que durante 25 años ha tratado a más de 2.200 transexuales. Estos autores hallan una prevalencia de 1/11.900 para transexuales de varón a mujer y de 1/30.400 para transexuales de mujer a varón con una ratio varón a mujer/mujer a varón de 2,5/1, definiendo como caso a aquellas personas que ya habían iniciado tratamiento hormonal y considerando en el denominador sólo la población ≥ 15 años.

Los datos de población de España se han obtenido de una consulta al Instituto Nacional de Estadística¹⁹, actualizados al 1 de enero de 1998, que arrojan una población total de 39.852.651 habitantes (19.488.465 varones y 20.364.186 mujeres). Del total de la población, el 90,62% tiene ≥ 15 años (INE, 2000), lo que representa un total de 36.114.472 habitantes (17.659.977 varones y 18.454.495 mujeres). Según esto, las estima-

ciones de prevalencia de TIG en España representan un total de 2.087 transexuales (1.480 de varón a mujer y 607 de mujer a varón). Del total, tras el adecuado proceso diagnóstico serán candidatos a cirugía un máximo de 400 personas (2 de cada 10) (tabla 5).

En cuanto a los datos de incidencia, en los estudios realizados en Suecia entre 1972 y 1992 se ha recogido una incidencia de transexualismo, en una población mayor de 15 años que demanda reasignación de sexo, de 0,17/100.000, siendo la razón varón/mujer de 1,4/1²⁰. Según estas cifras, estimamos una incidencia anual para España de 61 personas que podrían demandar asistencia y seguir el proceso diagnóstico y terapéutico.

En España, el Servicio Andaluz de Salud inicia la prestación sanitaria pública para la atención integral de los pacientes transexuales en 1999. Desde entonces, han solicitado asistencia 275 pacientes (190 varón a mujer y 85 mujer a varón), de los cuales el 20% procede de otras comunidades autónomas, con una incidencia de 2-3 pacientes por semana. Un 15% de los solicitantes no fue subsidiario de tratamiento hormonal o quirúrgico por falta de criterios diagnósticos de transexualidad y en 2,5 años 40 pacientes han sido intervenidos de cirugía genital y no genital²¹.

ABORDAJE DEL PROBLEMA EN OTROS PAÍSES

Aunque en muchos países desarrollados está regulado el cambio de nombre y de sexo en los registros administrativos, la cobertura asistencial en el sistema público para la reasignación de sexo es muy variable. Así, en Alemania fue aprobado en 1980 un Código de Transexuales que permite el cambio de nombre y de sexo administrativos pero la prestación sanitaria pública aún no está cubierta. Recientemente se publicó, en ese país, una guía clínica para el diagnóstico y tratamiento¹². Otros países europeos tienen cobertura pública de las intervenciones, como los Países Bajos, Finlandia, Suecia y el Reino Unido, con distintos matices. En Alemania y Suiza puede conseguirse mediante sentencia judicial. En cuanto a la situación en España, contamos con un informe reciente editado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía¹¹ y otro del País Vasco²² donde se estudia la inclusión de esta prestación en el sistema público de salud (hasta el momento sólo aprobada en Andalucía). En los EE.UU., Canadá, Australia y Nueva Zelanda esta cirugía no está cubierta por el sistema público, pero sí se reintegran los gastos tras reclamación judicial. Aparte de la financiación de los procedimientos, en la mayoría de estos países existen centros públicos y privados con larga tradición en la asistencia a estos pacientes, donde se ha realizado buena parte de la investigación clínica y psicosocial¹¹. En general estos centros suelen seguir las DA de la HBIGDA. El diagnóstico lo realiza el psiquiatra, quien aconseja, apoya y deriva para tratamiento hormonal y quirúrgico. Para la cirugía los candidatos deben tener 18 años o más y haber seguido la experiencia de la vida real al menos durante 12 meses. Este proceso produce autoselección de casi un tercio, y del total que solicita asistencia sólo la décima parte llega a operarse¹⁰. La duración de todo el proceso oscila entre 2 y 3 años. La imposibilidad de completar la reasignación de sexo puede ser causa de importantes trastornos psiquiátricos, automutilaciones e incluso suicidio.

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS Y ACTUACIONES CLÍNICAS

Intervenciones psicológicas y psiquiátricas

Los pacientes con TIG deben ser atendidos por un equipo multidisciplinario: el *psiquiatra* o el *psicólogo* es quien primero suele atenderlos, y si el paciente consulta con el endocrinólogo, éste debe remitirlo al psiquiatra/psicólogo, quien pondrá en práctica su cometido (tabla 6). Estos profesionales comparten responsabilidad en la decisión de comenzar un tratamiento hormonal y quirúrgico junto con el facultativo que los prescriba. El tratamiento hormonal suele aliviar la ansiedad y depresión de los pacientes sin necesidad de recurrir a medicación adicional. La existencia de otra psicopatología no excluye la cirugía, pero puede retrasarla.

TABLA 6. Las 10 funciones del profesional de salud mental en la atención del paciente con trastornos de identidad de género (TIG)⁵

1. Diagnosticar con precisión el TIG del individuo
2. Diagnosticar cualquier enfermedad psiquiátrica acompañante y considerar su tratamiento
3. Clarificar los deseos del paciente y corregir falsas expectativas. Aconsejar al individuo sobre las posibles opciones de tratamiento y sus consecuencias
4. Ocuparse de la psicoterapia
5. Decidir sobre la elegibilidad y disposición para la terapia hormonal y la cirugía
6. Hacer recomendaciones oficiales a colegas médicos y cirujanos
7. Documentar el historial relevante del paciente en un informe de recomendación
8. Pertenecer a un equipo de profesionales con interés en los TIG
9. Educar a familiares e instituciones acerca de los TIG
10. Estar disponible para el seguimiento de los pacientes

Psicoterapia

No es un requisito absolutamente necesario para el proceso terapéutico y depende de las necesidades individuales, estableciéndose previamente sus objetivos y duración. Se debe tratar al paciente de una forma global, prestando interés a todos los aspectos, no sólo al problema de identidad de género. La psicoterapia no intenta curar el TIG sino ayudar a la persona a sentirse mejor con su identidad y a enfrentar otros problemas distintos, aclarando y aliviando conflictos, y está indicada en:

– Personas confusas acerca de su identidad de género o en las que el deseo de cirugía de reasignación es secundario a otros problemas.

– Candidatos a la cirugía de reasignación de sexo, para superar la ansiedad sobre su futuro o para ayudarles a adaptarse a su nueva situación.

Hay actividades que el paciente puede ir realizando durante la psicoterapia y que le ayudan a encontrarse mejor, como vestirse con ropa interior discreta del sexo contrario o unisex, depilación eléctrica de la barba, vivir períodos o actividades en el sexo opuesto, etcétera.

Elegibilidad y disposición para el tratamiento hormonal y la cirugía⁵

Antes de iniciar el tratamiento hormonal o de llevar a cabo la cirugía se requiere el cumplimiento de dos tipos de criterios (tablas 7 y 8).

– *Elegibilidad*. Son criterios objetivos y específicos. Sin ellos no debe iniciarse ningún tipo de tratamiento médico o quirúrgico.

– *Disposición*. Son datos adicionales que apoyan la decisión de pasar al tratamiento médico o quirúrgico. Dependen de la apreciación subjetiva del facultativo sobre diversos aspectos.

TABLA 7. Criterios de elegibilidad y disposición para el tratamiento hormonal en pacientes con trastornos de identidad de género (TIG)

<p>Criterios de elegibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> 18 años de edad o más Conocimiento de los efectos de las hormonas (beneficios y riesgos) > 3 meses de experiencia de vida real documentada (o psicoterapia) <p>Criterios de disposición</p> <ul style="list-style-type: none"> Identidad sexual consolidada por experiencia de vida real (o psicoterapia) Mantener (o mejorar) la salud mental estable (control satisfactorio de otros problemas: sociopatías, adicciones, psicosis, tendencias suicidas, etc.) Cumplimiento responsable del tratamiento <p>Excepciones</p> <ul style="list-style-type: none"> En algunos casos y para evitar males mayores (como el uso de hormonas no supervisadas), el tratamiento hormonal podría prescribirse a falta del último criterio de elegibilidad El tratamiento hormonal podrá prescribirse a quienes no puedan o no quieran operarse, o no puedan o no quieran vivir la experiencia de la vida real como del otro sexo, pero sólo tras diagnóstico y psicoterapia de al menos 3 meses de duración

TABLA 8. Criterios de elegibilidad y disposición para la cirugía genital en pacientes con trastornos de identidad de género (TIG)

<p>Criterios de elegibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Mayoría de edad legal Un año de tratamiento hormonal continuo, si no hay contraindicaciones médicas Un año de experiencia de vida real continua con éxito. Períodos discontinuos de regreso al sexo biológico indicarían ambivalencia y no se cumpliría este criterio Si lo exige el profesional de salud mental, participación regular responsable en la psicoterapia durante la experiencia en la vida real Mostrar conocimientos sobre costes, duración de la hospitalización, posibles complicaciones y rehabilitación posquirúrgica Conocer a diferentes cirujanos competentes <p>Criterios de disposición</p> <ul style="list-style-type: none"> Mostrar progresos en la consolidación de la identidad sexual Mostrar mejoría en las relaciones familiares y laborales y en la forma de afrontar problemas personales que dé lugar a una mayor salud mental (ausencia de sociopatías, toxicomanías, psicosis, tentativas de suicidio, etc.) <p>Excepciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Quien no cumpla los criterios de elegibilidad no debe ser operado. Pero si alguien ha vivido como miembro del otro sexo durante muchos años y se descarta psicopatología, puede ser operado sin pasar por el tratamiento hormonal ni por la experiencia de vida real reglamentarios
--

Intervenciones endocrinológicas

Valoración clínica

Una vez cumplidos los requisitos anteriores, se puede pasar a la siguiente fase: el tratamiento hormonal. Aunque antes debe realizarse una valoración global del paciente (tabla 9). La anamnesis da información sobre el tiempo de evolución del trastorno, y a la pregunta “¿desde cuándo se siente pertenecer al sexo opuesto?” el paciente responde “desde siempre” se

TABLA 9. Pruebas de valoración endocrinológica en pacientes con trastornos de identidad de género (TIG)

<p>Anamnesis</p> <ul style="list-style-type: none"> Antecedentes personales y familiares Hábitos higienicodietéticos y tóxicos Datos antropométricos y presión arterial Perfil hidrocarbonado y lipídico Pruebas de función renal y hepática Pruebas de coagulación Perfil hormonal (eje H-H-gonadal y otros) Técnicas de imagen (ecografía hepática, tomografía axial computarizada de silla turca, etc.) Cariotipo VIH, marcadores de hepatitis

TABLA 10. Contraindicaciones del tratamiento estrogénico

Absolutas	Relativas
Enfermedad tromboembólica	Hipertensión arterial grave
Obesidad mórbida	Diabetes mellitus
Cardiopatía isquémica	Antecedentes familiares de cáncer de mama
Enfermedad cerebrovascular	Hiperprolactinemia
Hepatopatía crónica	Tabaquismo
Hipertrigliceridemia grave	Cefalea refractaria

trataría de un *transexualismo primario, genuino o verdadero*; por el contrario, si da otra respuesta se trata de un *transexualismo secundario*. También debe obtenerse información sobre el grado de insatisfacción por el sentido de pertenencia al sexo opuesto, sobre las dificultades vividas personal, familiar y laboralmente, y sobre los problemas sociales en general. En esta fase de la entrevista debe establecerse una relación de confianza con el paciente, evitando los juicios de valor. Asimismo, sirve para conocer y confirmar el grado de convencimiento del individuo sobre su condición.

Los transexuales a menudo esperan, y a veces demandan, cambios rápidos y completos, a veces inmediatos al inicio del tratamiento hormonal. Pero los efectos inducidos por las hormonas son limitados y aparecen sólo gradualmente. Antes de empezar este tratamiento debe darse una clara información individualizada sobre los posibles beneficios y perjuicios del mismo para no crear falsas expectativas. Con frecuencia esta información alivia la ansiedad y la depresión de estas personas, mejorando la calidad de vida, aunque tiene sus limitaciones, y no todos los vestigios del sexo original se erradicar por igual en todas las personas. Debemos asegurarnos de que el paciente comprende toda la información que se le ofrece. Éste podría ser el momento para la firma del consentimiento informado (anexo 1).

Pero además el tratamiento hormonal presenta algunas contraindicaciones (tablas 10 y 11). Aparte de las enfermedades mentales, determinadas situaciones y cuadros orgánicos contraindican el tratamiento con esteroides sexuales, ya que supondrían mayor riesgo que

TABLA 11. Contraindicaciones del tratamiento androgénico

Absolutas	Relativas
Insuficiencia hepática	Epilepsia
Hepatitis aguda o crónica	Hemicrania
Síndrome nefrótico	Insuficiencia renal
Descompensación cardíaca	Insuficiencia cardíaca latente
	Poliglobulia
	Dislipemia grave

beneficio. Estas contraindicaciones pueden ser absolutas o relativas.

El tratamiento hormonal producirá importantes cambios antropométricos, como modificación cuantitativa de los comportamientos graso y muscular, de la distribución de la grasa corporal, del índice cintura-cadera, del grosor de los pliegues cutáneos, así como del peso corporal y de la presión arterial. Estos parámetros deben ser determinados antes del inicio del tratamiento y hacer el seguimiento en los sucesivos controles.

Además, el tratamiento cruzado con esteroides sexuales producirá en teoría una inversión del patrón de riesgo cardiovascular, no sólo por la modificación de los parámetros antropométricos sino también de los bioquímicos. El tratamiento con andrógenos en transexuales de mujer a varón podría incrementar la resistencia a la insulina, modificar el patrón lipídico o producir alteración de las enzimas hepáticas. Si esto último ocurre podría ser necesaria la realización de ecografía hepática y la serología del virus de la hepatitis. El hemograma y las pruebas de coagulación son parámetros que precisan estrecha vigilancia, sobre todo en el tratamiento con estrógenos y antiandrógenos en transexuales de varón a mujer. Si en cualquier momento se sospecha trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar debe realizarse una ecografía, una flebografía y una gammagrafía pulmonar.

Perfiles basales de los distintos ejes hormonales serán necesarios al inicio del tratamiento tanto para descartar alteraciones endocrinológicas como para el seguimiento antes y después de la cirugía. Es necesario vigilar la modificación de los valores sanguíneos de las hormonas masculinas y femeninas debida al tratamiento, así como el seguimiento de los valores de prolactina que con frecuencia incrementa sus valores normales hasta cuatro veces (rara vez pasa de 100 ng/ml), no sólo por el tratamiento estrogénico sino también por los andrógenos. El tratamiento con esteroides sexuales produce frenación del estímulo hipofisario (hormona foliculostimulante [FSH] y luteinizante [LH]) sobre las gónadas y una cierta atrofia de las mismas que se acompaña a veces de dolor.

Una vez desarrolladas las glándulas mamarias en transexuales de varón a mujer, precisan de vigilancia mediante mamografía o ecografía como sucede en cualquier mujer biológica como medida preventiva del cáncer de mama. Aunque el tratamiento estrogénico “de por vida” podría prevenir cualquier alteración de la próstata, se ha publicado algún caso de cáncer de próstata, por lo que estos pacientes precisan de controles ecográficos y bioquímicos periódicos para el diagnóstico precoz de esta enfermedad, sobre todo a partir de determinada edad.

Debe considerarse la necesidad de realizar un cariotipo, ya que a veces pueden existir genitales ambiguos o estados intersexuales, hipogonadismo masculino de diversa etiología, síndrome de Klinefelter, etc.

Tratamiento

1. *Objetivo terapéutico.* En los TIG, a falta de conocimientos claros sobre su etiología, el único tratamiento posible es rehabilitador, esto es, la reasignación de sexo, adecuando de la manera más completa y rápida posible el fenotipo al sexo que el sujeto se sien-

TABLA 12. Fármacos y dosis para el tratamiento hormonal del transexualismo

Mecanismo de acción	Compuesto químico	Nombre comercial	Dosis media	
Análogos de LHRH	Goserelina	Zoladex® 3,6	3,6 mg/mes, s.c.	
	Triptorelina	Decapeptyl® 3.75	3,75 mg/mes, i.m.	
Inhibidores de la síntesis andrógenos (testosterona y DHT)	Espironolactona	Aldactone®	100-200 mg/día, v.o.	
	Finasterida	Proscar®	5 mg/día, v.o.	
	Flutamida	Eulexin®	750 mg/día, v.o.	
Antigonadotrópicos	Acetato de ciproterona	Androcur®	100 mg/día v.o.	
	Medroxiprogesterona	Progevera®	5-10 mg/día, v.o.	
Bloqueadores receptores androgénicos	Linestrenol	Depo-Progevera®	150 mg/mes, i.m.	
		Orgametril®	5-10 mg/día, v.o.	
	Noretisterona	Primolut-Nor®	5-10 mg/día, v.o.	
		Androcur®	100 mg/día, v.o.	
	Acetato de ciproterona	Aldactone®	100-200 mg/día, v.o.	
		Etinilestradiol	Neo-Lyndiol®	100 µg/día, v.o.
	Estrógenos	Estrógenos conjugados	Premarin®	1,25-2,5 mg/día, v.o.
			Progylyuton®	2-4 mg/día, v.o.
		17β-estradiol	Gynodian Depot®	4-20 mg/mes, i.m.
			Estraderm TTS®	50-100 µg/día, v.t.d.
Andrógenos	Estriol	Synapause®	4-6 mg/día, v.o.	
		Ovestinon 0,250 mg®	4-6 µg/día, v.o.	
		Testex Prolongatum®	250 mg/15 días, i.m.	
	Ésteres testosterona	Androderm®	5 mg/día, v.t.d.	
	Parches testosterona			

te pertenecer mediante intervenciones psicológica, hormonal y quirúrgica.

2. *Para la reasignación del sexo son necesarias dos cosas:*

– Eliminación de los caracteres sexuales del sexo original: por desgracia esta supresión es incompleta. En transexuales varón a mujer no hay forma de revertir los efectos de los andrógenos sobre el esqueleto. La mayor talla, la forma de la mandíbula, el tamaño y forma de las manos y los pies, y la estrechez de la pelvis no pueden ser reparados una vez alcanzado el tamaño final, tras la pubertad. De forma similar, la talla más baja en transexuales de mujer a varón y la mayor anchura pélvica no podrá cambiar con el tratamiento.

– Inducción de los caracteres sexuales del sexo sentido: mientras en la mayoría de los transexuales de mujer a varón los andrógenos suelen producir un completo y llamativo desarrollo masculino, el efecto del tratamiento en transexuales de varón a mujer puede ser claramente insatisfactorio en cuanto a la reducción de la barba y la inducción del desarrollo mamario.

3. *¿Qué hormonas y qué dosis?* Existen multitud de esteroides sexuales sintéticos y semisintéticos (tabla 12) y no se ha demostrado que determinados fármacos sean más eficaces que otros, por ello su elección depende de la disponibilidad, tradición local, efectos adversos, vía de administración y coste. Las dosis óptimas tampoco han sido bien establecidas. Los primeros efectos del tratamiento hormonal empiezan a aparecer ya a las 6-8 semanas: cambios de la voz en transexuales de mujer a varón y desarrollo de nódulos mamarios dolorosos en transexuales de varón a mujer. Estos cambios pueden completarse en un período de 6 a 24 meses (el crecimiento del vello facial puede llevar de 4 a 5 años).

a) Tratamiento hormonal de transexuales de varón a mujer. La supresión de los caracteres sexuales originales puede realizarse mediante compuestos que ejercen un efecto antiandrógeno por diferentes mecanismos:

– Fármacos supresores de las gonadotropinas (LH y FSH hipofisarias) que son los que estimulan la producción gonadal de hormonas. Entre ellos destacan los análogos de LHRH, con un precio muy elevado. Como efectos adversos más importantes destacan los sofocos, muy parecidos a los de la mujer posmenopáusica. Sus efectos son reversibles y su uso queda reservado para la castración química, necesaria a veces en transexuales muy jóvenes para detener o retrasar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, a la espera de la mayoría de edad o de clarificar las dudas sobre su verdadera identidad de género. Otros inhibidores de las gonadotropinas pueden ser acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona y estrógenos a altas dosis.

– Fármacos que interfieren con la producción de testosterona o su conversión a 5 α -dihidrotestosterona (DHT): espironolactona y finasterida.

– Fármacos que bloquean los receptores androgénicos: acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona, flutamida y espironolactona.

La longitud del pene no se reduce con el tratamiento hormonal, pero, por su estado de flaccidez y acumulación de grasa infraabdominal, puede parecer más pequeño. Las erecciones espontáneas se suprimen en un período de 3 meses, pero las debidas al juego erótico no suelen desaparecer y el volumen testicular se reduce un 25% en el primer año. Este tratamiento reduce la masa muscular y la fuerza, así como las concentraciones de hemoglobina.

La inducción de los caracteres sexuales femeninos se lleva a cabo principalmente mediante estrógenos²³. Un segundo esteroide sexual producido por los ovarios es la progesterona, cuya función principal es preparar a la mucosa uterina para la nidación. Su efecto feminizante es limitado, pero hay algunos autores que aconsejan su utilización junto con los estrógenos para reducir el riesgo dependiente de los estrógenos de cáncer de mama. Hasta la fecha han sido publicados 3 casos de cáncer de mama en transexuales de varón a mujer, aunque sin clara relación con el tipo de estrógeno, dosis o duración del tratamiento. Al igual que las mujeres biológicas, estos pacientes deben someterse periódicamente a la palpación mamaria y a la práctica de mamografía para detectar de forma temprana el cáncer de mama. Tampoco deben olvidarse las medidas preventivas necesarias para el cáncer de próstata, aunque son pocos los casos, y el tratamiento con estrógenos podría incluso ser un factor de defensa frente a esta enfermedad. No hay un estrógeno superior a otro y la elección dependerá de la disponibilidad, del precio y de las preferencias de cada uno. Las diferencias sustanciales dependerán sobre todo de la fórmula química y la vía de administración. Todos los estrógenos que se administran por vía oral se absorben en el intestino y pasan primero por el hígado para ser metabolizados y después ejercer sus efectos sobre los lípidos, los factores de la coagulación y la renina. También el metabolismo hepático se relaciona con la fórmula química; así, mientras el etinilestradiol se metaboliza lentamente, el 17 β -estradiol lo hace mucho más rápido, lo que explica una diferencia de 10-20 veces en la dosis diaria indicada. La vía de administración puede determinar diferencias en los efectos beneficiosos y adversos; así, la vía transdérmica es la que menor riesgo de tromboembolismo produce²⁴, por lo que podría reservarse a los transexuales de mayor edad (mayores de 40 años) o como forma de mantenimiento una vez conseguidos los efectos feminizantes a través de otras vías de administración. Tras la cirugía, las dosis deben reducirse al mínimo, para que no se presenten síntomas de deficiencia y exista protección frente a la osteoporosis.

– Etinilestradiol: es el estrógeno más potente, muy barato y fácilmente disponible aunque sólo combinado con progesterona.

– Estrógenos conjugados: la dosis activa en transexuales puede ser hasta unas siete veces (5 mg/día) la de mujeres posmenopáusicas²⁵. Se metabolizan ampliamente en el hígado y presentan menos efectos adversos que otros.

– 17β-estradiol: es la más potente de las tres formas naturales de estrógenos (estradiol, estrona y estriol). Puede administrarse por vía oral, intramuscular o transdérmica. Esta última podría ser interesante por su menor frecuencia de efectos adversos, pero en muchos pacientes da problemas en el lugar de aplicación y además resulta más cara.

– Estriol: es menos potente. Se usa en vaginitis y otros problemas en la mujer posmenopáusica. En transexuales, se precisan altas dosis y no representan ventajas sobre otros.

En resumen, como tratamiento estándar se puede usar 100 µg/día de etinilestradiol por vía oral. La vía transdérmica debería reservarse para los mayores de 40 años, con mayor riesgo de tromboembolia (el 12% frente al 2,1% en más jóvenes²⁵), a dosis de dos parches de 100 µg/semana. La vía intramuscular *depot* no debe usarse habitualmente porque, en caso de efectos adversos, puede persistir varias semanas hasta que se normalicen los valores de estradiol en sangre y además, en caso de abuso, las dosis que se administran son muy superiores. Cuando se haya completado la genitoplastia la dosis puede ser reducida al mínimo que no produzca síntomas de deficiencia y que proteja frente a la osteoporosis.

La inducción de las características femeninas es muy variable, y al principio son habituales los nódulos periareolares dolorosos. El tamaño de las mamas puede ser cuantificado midiendo la hemicircunferencia, que al año puede alcanzar unos 10 cm, y puede llegar hasta 22 a los 24 meses, aunque en la mitad de los transexuales el tamaño es juzgado como insatisfactorio. Para realizar implantes de prótesis es recomendable esperar al menos un año. Por otra parte, la voz no suele cambiar de timbre. La grasa puede acumularse en la cadera, pero no es lo normal. La estructura esquelética tampoco se modifica: las manos, los pies y la pelvis son las zonas más llamativas que permanecen inmodificables. La piel se hace más fina y seca y las uñas, más quebradizas. Además, el tratamiento estrogénico suele producir cambios de humor y del estado emocional.

El tratamiento hormonal no erradica por completo el vello facial. Esto se consigue mediante electrólisis, que es un método seguro, aunque puede ocasionar algunas molestias y rara vez cambios de pigmentación, cicatrices y foliculitis, y habitualmente lento (hasta 2 años) que facilita a menudo la experiencia de la vida real (EVR). No precisa autorización médica. La depilación por láser es una técnica nueva alternativa, pero la experiencia con ella es aún limitada.

b) Tratamiento hormonal de transexuales de mujer a varón. La supresión del efecto de los estrógenos sobre

TABLA 13. Efectos adversos del tratamiento hormonal en transexuales de mujer a varón

Retención hidrosalina
Hipertensión arterial
Poliglobulia
Alteraciones perfil lipídico
Alteración función hepática
Calvicie y acné
Aumento de la agresividad
Aumento de la libido

TABLA 14. Efectos adversos del tratamiento hormonal en transexuales de varón a mujer

Mayores	Menores
Flebitis	Náuseas y vómitos matinales
Tromboembolia	Astenia
Cáncer de mama	Irritabilidad
Insuficiencia hepática	Cefaleas, vértigos
Hipertensión arterial	Retención hídrica
Depresión	Aumento de peso

los caracteres sexuales no puede ser anulado por anti-hormonas. Los antiestrógenos administrados a una mujer estimularían las gonadotropinas y, en consecuencia, la secreción ovárica de estrógenos. Podrían usarse los análogos de LHRH, pero aunque inhiben la función ovárica, no suprimen los caracteres sexuales femeninos y además producen sofocos. Los transexuales de mujer a varón aborrecen su menstruación y ésta puede desaparecer con progestágenos por sus propiedades antigonadotrópicas (acetato de medroxiprogesterona, linesterol o noretisterona), aunque también lo hace a los 2-3 meses del tratamiento androgénico. Para la inducción de los caracteres sexuales son necesarios los andrógenos²⁶. Éstos ejercen un poderoso efecto sobre el proceso de virilización, pero ésta puede tardar en ser total entre 2 a 4 años y a veces más, aunque los resultados dependen de factores genéticos y raciales. Se usa testosterona por vía intramuscular, ya que la vía oral no suprime totalmente la menstruación en la mitad de los transexuales y se necesitaría la adición de un progestágeno. El tratamiento con andrógenos suele provocar acné y efectos negativos sobre el perfil lipídico que coloca los transexuales de mujer a varón en la categoría de riesgo vascular de los varones. Por ello, deben procurar no fumar, hacer ejercicio físico y prevenir el sobrepeso y la hipertensión arterial.

Los cambios producidos en el aspecto externo suelen ser bastante satisfactorios, aunque el aumento de la secreción sebácea de la piel puede llegar a ser un problema. Respecto a otros varones, los transexuales de mujer a varón son más bajos de talla. El clítoris se alarga en todos los sujetos, aunque en grado variable y a veces es suficiente para relaciones sexuales satisfactorias con una mujer, toda vez que aumenta la libido tras el tratamiento androgénico. El tratamiento debe continuar tras la ovariectomía para prevenir los sofocos, la pérdida de las características masculinas y, ante todo, la osteoporosis.

c) Efectos adversos del tratamiento hormonal. Existen pocos estudios sistemáticos sobre los efectos adversos del tratamiento hormonal. Meyer et al²⁶ encuentran en 90 transexuales sólo alteraciones de las enzimas hepáticas y moderadas elevaciones en suero de colesterol y triglicéridos. En estudios de casos se describen embolismo pulmonar, trombosis cerebral, infarto de miocardio, hiperplasia de próstata y cáncer de mama en transexuales tratados con estrógenos, e infarto de miocardio en transexuales tratados con andrógenos (tablas 13 y 14).

En un estudio efectuado en 1989 por Asscheman et al²⁵ se señalan, en una población de 303 transexuales de varón a mujer, los siguientes efectos adversos: hiperprolactinemia (46 casos), cambios de humor depresivo (25), elevación de enzimas hepáticas (22), incremento de eventos tromboembólicos (19), hipertensión arterial (14) y otros. En 122 transexuales de mujer a varón: incremento de peso (21 casos), acné (15), elevación de enzimas hepáticas (7), hipertensión arterial (3) y otros. La ausencia de prestación sanitaria en el sistema público para los TIG promueve la automedicación con la que los riesgos se incrementan, como señala un reciente estudio⁹, donde se comunican los efectos adversos en 31 transexuales de varón a mujer y 26 transexuales de mujer a varón.

Experiencia de la vida real⁵

La experiencia de la vida real (EVR) es la adopción plena del rol del nuevo género en la vida cotidiana. Las manifestaciones del nuevo género pueden traer consecuencias personales y sociales inmediatas y profundas, con implicaciones familiares, vocacionales, interpersonales, educativas, económicas y jurídicas. Puede ser un factor de discriminación laboral, de divorcio y de restricción o pérdida del derecho a visitar a los hijos. Aunque puedan diferir mucho de cómo el sujeto se las imagine, el psicoterapeuta debe prever estas consecuencias, que deben ser afrontadas por el paciente para tener éxito en el nuevo género. Para evaluar la calidad de la EVR de una persona en el género sentido, los clínicos deben examinar las siguientes capacidades:

1. Conserva el empleo a tiempo parcial o completo.
2. Sigue estudiando.
3. Participa en alguna actividad voluntaria de la comunidad.
4. Lleva a cabo una combinación de los puntos 1 a 3.
5. Obtiene un nombre (legal) adecuado a su identidad de género.
6. Proporciona documentación de personas ajenas al psicoterapeuta que acreditan que el paciente funciona según el rol del género deseado.

La EVR, frente al test de la vida real, es una fase del proceso terapéutico y no debe tomarse como un método diagnóstico; éste ya fue hecho antes, aunque siempre cabe la posibilidad de modificarlo. Es el propio in-

teresado quien decide cómo y cuándo comenzar esta fase terapéutica. La EVR pone a prueba el nivel de decisión personal, la capacidad de actuar en el género sentido y la armonía de los apoyos sociales, económicos y psicológicos. También ayuda a la toma de decisiones, y si se realiza con éxito dará confianza para emprender nuevos objetivos.

Intervenciones quirúrgicas⁵

Cirugía de mamas

El aumento del tamaño de las mamas y su extirpación son práctica quirúrgica común en la población general por diversos motivos, desde estéticos hasta médicos. Las mamas son parte importante de los caracteres sexuales secundarios, aborrecidas por los transexuales de mujer a varón y añoradas por los transexuales de varón a mujer. Para los primeros la mastectomía suele ser la primera cirugía a la que se someten (en muchos casos la única) y puede realizarse durante la fase del tratamiento hormonal. En los segundos, la mamoplastia puede realizarse si el endocrinólogo y el psicoterapeuta han documentado que el desarrollo mamario después de 18 meses de tratamiento hormonal es insuficiente para el bienestar del paciente en el rol del nuevo género.

Cirugía genital

– *De varón a mujer.* La transformación de los genitales externos masculinos en femeninos se realiza mediante una técnica muy elaborada y experimentada durante más de 40 años. La intervención consta de diferentes fases: castración, penectomía, vaginoplastia (creación de la neovagina con la piel del pene), clitoroplastia (con parte del tejido del glande) y labioplastia (con piel del escroto).

– *De mujer a varón.* La transformación de los genitales femeninos en masculinos difiere de la anterior en que hay que extirpar los genitales internos y en que para la reconstrucción de los genitales externos se utilizan multitud de técnicas de dudoso resultado y aún en período experimental.

Comprende las siguientes intervenciones: histerec-tomía, salpingo-ooforectomía, vaginectomía, metai-doiplastia, escrotoplastia, uretroplastia, prótesis testicular y faloplastia.

Otras cirugías

Para completar la feminización pueden realizarse otros tipos de intervenciones quirúrgicas, como la condroplastia para reducción del cartílago tiroideo, la lipoplastia de la cintura, la rinoplastia, la reducción de huesos faciales, las cuerdas vocales, etc. Estas cirugías no precisan del consentimiento del psicoterapeuta y algunas de ellas son de dudosos resultados. Los transexuales de mujer a varón pueden necesitar de otras cirugías como liposucción de caderas, muslos y nalgas.

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES⁵

Los TIG en niños y adolescentes son entidades muy complejas, asociadas con intenso malestar e insatisfacción. El resultado de estos cuadros es variable e incierto, pero al final sólo unos pocos de estos sujetos serán transexuales. El psicoterapeuta debe ser experto en psicopatología del desarrollo de niños y adolescentes, y reconocer y aceptar el problema de identidad de género. Problemas emocionales y de comportamiento pueden relacionarse con conflictos familiares que deben evaluarse. En estos casos, la fase diagnóstica puede alargarse y el tratamiento debe orientarse a resolver otros cuadros que puedan producir malestar. El niño y su familia necesitarán apoyo para afrontar decisiones sociales difíciles. Por la gran variabilidad de resultados y la rapidez con que puede cambiar de identidad de género en adolescentes se recomienda retrasar al máximo cualquier intervención. Éstas pueden ser:

1. *Intervención totalmente reversible.* Uso de análogos de LHRH o de medroxiprogesterona para suprimir la producción de estrógenos o testosterona y frenar así los cambios físicos de la pubertad.

2. *Intervención parcialmente irreversible.* Uso de hormonas para masculinizar o feminizar. Algunos cambios sufridos precisarían de tratamiento quirúrgico para ser revertidos.

3. *Intervención irreversible.* Procedimientos quirúrgicos.

El paso de un escalón a otro se hará de forma gradual, y sólo cuando la familia y el paciente hayan tenido tiempo para asimilar los efectos de cada una de las intervenciones. No se debe empezar el tratamiento con análogos de LHRH antes del estadio II de Tanner para que el adolescente experimente el comienzo de la pubertad en su sexo biológico. Con esta actitud se ganará tiempo para seguir explorando la identidad del género del sujeto y otros aspectos del desarrollo, en la psicoterapia, y resultará más fácil luego el paso al sexo opuesto si todo sigue adelante. Antes de administrar análogos LHRH debe cumplirse lo siguiente: *a)* durante la infancia, el adolescente ha demostrado un intenso patrón de identidad con el sexo opuesto y aversión al rol social esperado para su género; *b)* al iniciar la pubertad aumenta mucho el malestar con su género y sexo, y *c)* la familia acepta y participa en la terapia.

Se podrá pasar al segundo escalón a partir de los 16 años y con el consentimiento de los padres. Es un criterio de elegibilidad para el tratamiento hormonal la estrecha colaboración durante al menos 6 meses con el psicoterapeuta, quien hará un seguimiento además durante las fases de experiencia de la vida real y de tratamiento hormonal. No se deberá realizar ninguna intervención quirúrgica antes de la edad adulta (18 años), ni tampoco sin experiencia previa en la vida real en el rol

del sexo sentido, durante al menos 2 años.

IMPLICACIONES LEGALES Y SOCIALES

En la legislación española no existe ninguna ley explícita en relación con la transexualidad. En ausencia de una normativa específica, las demandas interpuestas por los interesados se apoyan en la interpretación de diversos artículos de la Constitución²⁷ y otras leyes. El respeto y la protección de la dignidad humana, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la identidad y orientación sexuales son los aspectos reflejados en las leyes. En 1983 se excluyó del delito de lesiones las operaciones que modificaban el sexo anatómico (antes consideradas castración), estableciéndose una cierta cobertura legal para ellas²⁸ y en 1995²⁹, además de esa despenalización, se especificó que "...el consentimiento válido, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de transplante de órganos efectuado con arreglo a lo dispuesto por la Ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo...". Por tanto, la base de la despenalización o autorización es el libre consentimiento de la persona para realizarse la intervención quirúrgica (anexo 1). En los menores de edad, este consentimiento no es válido cuando lo suscribe el menor o sus representantes legales, ya que es potestad del Juez. Este hecho deberá tenerse en cuenta en el futuro, en el que con la existencia de mayor tolerancia ante el transexualismo y mayores avances médicos cabe esperar que observaremos demandas del tratamiento a edades más tempranas.

Cualquier ciudadano puede solicitar la sustitución del nombre con el que fue inscrito el nacer por el de uso habitual presentando documentos que lo acrediten, pero la modificación del dato registral relativo al sexo necesita una sentencia firme en un juicio ordinario. A partir de 1979, algunos juzgados aceptan esta modificación, y en 1987 se reconoce el derecho de un transexual a inscribirse con sexo y nombre distintos a los del nacimiento. Se crea jurisprudencia, pero sin una clara normativa, por lo que cada juez aplica su propio criterio en cada caso. En 1991 se unifican los criterios y se exige la irreversibilidad física tras la cirugía. Más tarde, se da prioridad al sexo psicológico y social frente al morfológico y se aprueba el cambio de sexo antes de terminar la transformación quirúrgica. Aunque la Constitución lo defienda, la legislación no permite el matrimonio entre transexuales, aunque sí les reconoce el derecho de adopción a título individual. Tampoco existen leyes en relación a la violación de transexuales, el acceso al tratamiento hormonal en prisión o la asignación de la misma en relación al sexo, ni existen referencias al transexualismo en las leyes que regulan el empleo, lo que conlleva frecuentes discriminaciones laborales que comprometen la integración social y personal de estos sujetos.

Desde su despenalización en 1983, el tratamiento integral de los transexuales, tanto psicoterápico como

Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género. Trastornos de identidad de género: guía clínica para el diagnóstico y tratamiento

médico y quirúrgico, se ha realizado en la medicina privada. El Sistema Nacional de Salud no lo contempla como prestación sanitaria, salvo en estados intersexuales patológicos³⁰, hasta 1999, año en que se incluye en las prestaciones del Sistema Andaluz de Salud. Al menos hasta ahora, no hay otras comunidades autónomas con competencias transferidas en cuestión de sanidad que hayan imitado a la andaluza, aunque están tramitándose varias iniciativas parlamentarias en relación con los problemas médicos, legales y sociales de los transexuales.

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTUACIONES CLÍNICAS

Las actuaciones clínicas para la asistencia de los TIG deben ser practicadas por un equipo multidisciplinario. El proceso diagnóstico debe llevarlo a cabo el psiquiatra o psicólogo y suele durar de 3 a 6 meses. La psicoterapia, si es precisa, llevará otros 6 meses. La valoración endocrinológica y el tratamiento hormonal suelen requerir de 1,5 a 2 años previos a la cirugía de reasignación de sexo, con controles cada 3 meses durante el primer año, y después cada 6 meses. Tras la cirugía es absolutamente necesario un seguimiento médico a largo plazo y, en algunos casos, también psicológico; por ello se recomienda realizar controles periódicos de por vida, primero anuales y luego más espaciados. Estos controles sirven para detectar y corregir efectos adversos del tratamiento, así como para el diagnóstico temprano del cáncer de mama o próstata, de la osteoporosis y de la enfermedad cardiovascular o hepática. Este seguimiento es importante además para conocer los beneficios y limitaciones del tratamiento médico y de la cirugía, como parte fundamental de la investigación clínica.

***GRUPO DE TRABAJO SOBRE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN):**

Coordinador:

Antonio Becerra Fernández, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Miembros:

Rafael Barril Vicente, Hospital Militar, Zaragoza.

José Enrique Campillo Álvarez, Facultad de Medicina, Universidad de Extremadura, Badajoz.

Aniceto Charro Salgado, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Daniel Antonio de Luis Román, Hospital Río Hortega, Valladolid.

José Ángel Díaz Pérez, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Luis Enríquez Acosta, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Isabel Esteva de Antonio, Hospital Carlos Haya, Málaga.

Marcelino Gómez Balaguer, Hospital Dr. Peset, Valencia.

Javier López Ruiz del Portal, Hospital Virgen del Val, Manzanares (Ciudad Real).

Inmaculada Moraga Guerrero, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Isabel Pavón de Paz, Hospital General Universitario, Getafe (Madrid).

Gonzalo Piédrola Maroto, Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Adela Rovira Loscos, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Eloy Ruiz Rodríguez, Hospital de la Princesa, Madrid.

Daniel Sola López, Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

M.^a Elena Torres Vela, Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Fernando Villamil Fernández, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benjamin H. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press, 1966.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
3. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO, 1993.
4. Levine SB, Brown G, Coleman E, Cohen-Kettenis P, Hage JJ, Van Maasdam J, et al. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's The Standards of Care for Gender Identity Disorders (5th version), 1998. Disponible en: <http://www.tc.umn.edu/nlhome/m201/cole001/hbigda/hstndrr.htm>
5. Meyer W III, Bockting W, Cohen-Kettenis P, Coleman E, Di-Ceglie D, Devor H, et al. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's The Standards of Care for Gender Identity Disorders (6th version), IJT 2001;5(1). Disponible en: <http://www.symposion.com/ijt/soc-01/index.htm>
6. Migeon CJ, Wisniewski AB. Sexual differentiation: from genes to gender. Horm Res 1998;50:245-51.
7. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature 1995;378:68-70.
8. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJJ. Transsexualim: a review of etiology, diagnosis and treatment. J Psychosomatic Research 1999;46:315-33.
9. Becerra A, De Luis DA, Piédrola G. Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. Med Clin (Barc) 1999;113:484-7.
10. Best L, Stein K. Surgical gender reassignment for male to female transsexual people. The Wessex Institute for Health Research & Development, UK, DEC Report No. 88, 1998. Disponible en: <http://www.epi.bris.ac.uk/rd/publicat/dec/dec88.pdf>
11. Briones E. Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía. Sevilla: AETSA, 2000.
12. Becker S, Bosinski H, Clement U, Eicher W, Goerlich T, Hartmann U, et al. German Standards for the Treatment and Diagnostic Assessment of Transsexuals. IJT 1998;2(4). Disponible en: <http://www.symposion.com/ijt/ijt0603.htm>
13. Pauly IB. The current status of the change of sex operations. J Nerv Mental Dis 1968;147:460-71.
14. Walinder J. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. Br J Psychiatry 1971;119:195-6.
15. Hoening J, Kenna JC. The prevalence of transsexualism in England and Wales. Br J Psychiatry 1974;124:181-90.
16. Eklund PLE, Gooren LJJ, Bezemer PD. Prevalence of transsexualism in the Netherlands. Br J Psychiatry 1988;152:638-40.
17. Bakker A, Van Kesteren PJM, Gooren LJJ, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. Acta Psychiatr Scand 1993;87:237-8.
18. Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. Arch Sex Behav 1996;25:589-600.
19. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población a 1-1-1998. INE, 2000.
20. Landén M, Walinder J, Lundström B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. Acta Psychiatr Scand 1996;93:221-3.
21. Esteva I, Bergero T, Giraldo F, Cano G, Ruiz S, Crespillo C, et al. Unidad de trastornos de identidad de género de Andalucía. Experiencia del primer año de funcionamiento. Endocrinol

- Nutr 2002;49:71-4.
22. Baile M, Asua J. Cirugía para cambio de sexo. Vitoria: Departamento de Sanidad. Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA), 1999.
 23. Asscheman H, Gooren LJJ. Hormone treatment in transsexuals. *J Psychol Human Sex* 1992;5:39-54.
 24. Meyer WJ, Webb A, Stuart CA, Finkelstein JW, Lawrence B, Walker PA. Physical and hormonal evaluation of transsexual patients during hormonal therapy. *Arch Sex Behav* 1986;15:121-38.
 25. Asscheman H, Gooren LJJ, Eklund PLE. Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism* 1989;38:869-73.
 26. Pavón I, Monereo S, Alameda C. Tratamiento de reasignación de sexo en pacientes transexuales. *Med Clin (Barc)* 2000;115:783-8.
 27. Constitución Española de 1978. Artículos 10, 14, 18.1, 32.1 y 32.2, BOE de 29-12-1978.
 28. Reforma del Código Penal, Ley Orgánica 3/1983, Artículo 428,

ANEXO I

Consentimiento informado para el tratamiento hormonal de los trastornos de identidad de género o disforia de género (transexualismo)

Los trastornos de identidad de género, disforia de género o transexualismo son aquella condición clínica en la que una persona presenta una discrepancia entre su sexo anatómico, y la identidad sexual psíquica y social a la que se siente pertenecer. Aún no se sabe cuál es el origen de esta disociación, pero sí se sabe que no existe un trastorno psicopatológico conocido, cuyo tratamiento sería diferente.

El tratamiento consiste en realizar el cambio de los caracteres sexuales que presenta por los del sexo al que se siente pertenecer

Hay que considerar tres aspectos en dicho tratamiento: *a)* el psicológico, para ayudar a la integración de la personalidad en el sexo deseado; *b)* el médico, que se realiza mediante la administración de hormonas para modificar los caracteres sexuales secundarios, y *c)* el quirúrgico, para realizar modificaciones en los genitales y órganos sexuales y conseguir el mayor parecido y funcionalidad con el sexo deseado

Usted ha acudido a este centro sanitario con el objeto de obtener un tratamiento integral de su situación de transexualidad, para lo cual será atendido en varios servicios médicos y quirúrgicos. El estudio y seguimiento iniciales son realizados de manera conjunta por los servicios de psiquiatría y de endocrinología durante un período mínimo de 6 meses, para confirmar el diagnóstico de transexualismo y descartar la existencia de posibles contraindicaciones al tratamiento hormonal, antes de empezar

Estando de acuerdo con este diagnóstico, y de forma libre y voluntaria, usted acude a este servicio de endocrinología para que se le prescriba el tratamiento hormonal adecuado que modifique su cuerpo y los caracteres sexuales hacia el sexo opuesto al que usted se siente pertenecer

Las modificaciones que se producirán en su organismo aparecerán de forma lenta y gradual, sin que se pueda precisar el tiempo necesario para completar el cambio, ni que los resultados finales vayan a coincidir con las expectativas que haya puesto en el tratamiento. Por eso, recibirá las explicaciones necesarias en cada fase del tratamiento. También debe saber que algunos de los cambios que se produzcan serán irreversibles una vez iniciado el tratamiento

Para realizar dicho tratamiento se van a emplear fármacos, cuyo uso en España se encuentra legalmente autorizado para diversas situaciones clínicas, entre las que no se incluye el transexualismo, ni su uso para el cambio de los caracteres sexuales. Usted debe conocer que la administración de dichos fármacos puede ocasionar en el organismo efectos secundarios adversos de diferentes tipos. Esta información se le explica en un documento anexo

Estos riesgos pueden ser mayores en algunas circunstancias, por lo que es importante que usted comunique previamente si ha presentado algún tipo de alergia a medicamentos u otras sustancias, las enfermedades que ha padecido en el pasado o que tenga en la actualidad (especialmente del hígado, cardiovascular, alteraciones en la coagulación), si ha tomado anteriormente dichos fármacos y si tuvo algún síntoma que se pudiera relacionar con ellos

Una vez finalizada la fase del tratamiento hormonal, se le ofrecerá la posibilidad de realizar un tratamiento quirúrgico para extirpar sus órganos sexuales y posterior reconstrucción para conseguir el mayor parecido y funcionalidad de sus genitales con el sexo de su identidad sexual

Si después de leer este informe y el documento anexo desea alguna aclaración puede realizar las preguntas que considere necesarias para resolver sus dudas

Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género. Trastornos de identidad de género: guía clínica para el diagnóstico y tratamiento

Don/Doña
de años de edad y D.N.I. n.º
con domicilio en
Población CP Provincia

DECLARO:

1. Encontrarme en mi total y plena capacidad mental y psíquica para decidir libre y voluntariamente sobre mi condición sexual.
2. Que desde que tengo uso de razón, y a pesar de mi apariencia externa y caracteres sexuales y genitales de, yo siempre me he considerado un/a
3. Conocer que mi condición de transexual necesita de un tratamiento hormonal que me ayudará a resolver la discrepancia que existe entre mi sexo psíquico de y el genético de, que considero no me pertenece, y que este tratamiento es prolongado y siempre previo al tratamiento quirúrgico.
4. Que he leído atentamente este informe y el documento sobre los efectos beneficiosos e indeseables del tratamiento hormonal y que han sido aclaradas mis dudas de forma satisfactoria sobre las hormonas y fármacos utilizados para realizar el cambio de mis caracteres sexuales, por parte del médico endocrinólogo.
5. Aceptar de forma libre y voluntaria recibir el tratamiento hormonal necesario para modificar mis caracteres sexuales, así como acudir a los controles médicos que sean necesarios, tanto previos como posteriores al inicio del mismo.
6. Que si cambio de opinión y decido no realizar el cambio de mis caracteres sexuales, podré retirar este consentimiento en cuanto lo desee, informando de dicho cambio de opinión al médico/equipo médico que me atiende.

Y para que así conste, tras haber sido debidamente informado y haber leído y comprendido todo el contenido de este escrito.

DECIDO:

Dar mi consentimiento para que se me prescriba el tratamiento hormonal para realizar el cambio de mis características sexuales actuales por las del sexo al que me siento pertenecer, asumiendo los plazos de tiempo y el riesgo de posibles consecuencias desfavorables que no sean debidas a una conducta profesional negligente.

Firmo el presente en, a de de
El médico

Fdo.: Fdo.: N.º coleg.

Renuncia al consentimiento informado para el tratamiento hormonal de los trastornos de identidad de género o disforia de género (transexualismo)

Don/Doña
de años de edad y D.N.I. n.º
con domicilio en
Población CP Provincia

DECLARO:

Que de forma libre y voluntaria, y a partir de la fecha, retiro el consentimiento otorgado previamente para recibir el tratamiento hormonal que iba a producir el cambio de mis caracteres sexuales.

Firmo el presente en, a de de
El médico

Fdo.: Fdo.: N.º coleg.

Tratamiento hormonal para la reasignación de varón a mujer

Los efectos del tratamiento aparecen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. Su acción suele empezar a notarse después de 2-4 meses de tratamiento, siendo algunos de sus efectos irreversibles después de 6-12 meses. Los estrógenos, utilizados para desarrollar las características femeninas, no se deben utilizar a dosis altas, pues sus resultados a medio y largo plazo son similares que con dosis menores, siendo también menores sus efectos secundarios. Los antiandrógenos se usan para impedir la acción de los andrógenos y hacer retroceder las características masculinas. Los resultados obtenidos pueden ser menos evidentes si no se han extirpado los testículos. Los efectos que se van a observar son:

1. En relación con la actividad sexual, la capacidad de erección disminuye hasta desaparecer totalmente. Los orgasmos eyaculatorios son menos intensos al disminuir la producción de semen. La satisfacción sexual es variable y subjetiva, y va a depender de cada persona
2. Los testículos y la próstata se atrofian
3. La fertilidad disminuye al descender la producción de semen. Puede ser reversible al suspender el tratamiento, pero puede ocurrir esterilidad permanente tras 6 meses del uso de estrógenos
4. El aumento de las glándulas mamarias es variable, no predecible y no es siempre simétrico. No se puede elegir el tamaño deseado aumentando la dosis de estrógenos
5. La grasa se redistribuye aumentando en la zona de las caderas y muslos, hombros y brazos, y cara
6. El vello corporal (el que depende de los andrógenos) disminuye. El facial no siempre desaparece del todo, aunque se hace menos denso y oscuro
7. La voz sufre pocos cambios, ya que la laringe adulta es poco sensible a estas hormonas
8. Hay un cambio del carácter con incremento de la emotividad, que depende mucho de las características psicológicas previas de cada persona

También pueden aparecer, con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables depresión, retención de líquidos, alteraciones digestivas, alteración de la función hepática, cálculos en la vesícula, alteraciones en la coagulación, tromboflebitis o tromboembolismo pulmonar (muy excepcional)

En algunos casos, la aparición de efectos secundarios obliga a suspender el tratamiento (casi siempre temporalmente) o a reducir las dosis. Esto puede retrasar o dificultar la consecución de los objetivos previstos del cambio corporal

En nuestro servicio recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga, y se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto

Tratamiento hormonal para la reasignación de mujer a varón

Los efectos del tratamiento se producen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. Su acción se suele empezar a notar a partir de las primeras dosis de andrógenos y sus efectos son prácticamente irreversibles casi desde el principio. Los andrógenos, que se emplean para desarrollar las características masculinas, no deben utilizarse en dosis altas, ya que sus resultados a medio y largo plazo van a ser similares que con dosis menores, siendo también menores sus efectos secundarios. Los efectos que se van a observar son:

1. La actividad sexual aumenta. El clítoris aumenta su tamaño varios centímetros, a veces con dolor
2. La fertilidad disminuye y desaparecen los ciclos menstruales
3. Aumento del vello facial y corporal, de distribución masculina, haciéndose más grueso y oscuro
4. Pueden aparecer acné y alopecia
5. La masa muscular aumenta y la grasa adopta una distribución masculina
6. La voz puede hacerse más grave, aunque no siempre llega al tono masculino clásico
7. Hay un cambio del carácter, con un aumento de la agresividad, que depende mucho de las características psicológicas previas de cada persona
8. El tamaño de las glándulas mamarias apenas disminuye, aunque pueden ablandarse

También pueden aparecer, con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables retención de líquidos, dolor de cabeza, alteraciones de la función hepática, aumento de las cifras de la presión arterial, elevación de la glucosa y del colesterol en la sangre. Los tres últimos aumentan el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (infarto de corazón o cerebral, trombosis cerebral, etc.)

En algunos casos, la aparición de efectos secundarios obliga a suspender el tratamiento (casi siempre temporalmente) o a reducir las dosis. Esto puede retrasar o dificultar la consecución de los objetivos previstos del cambio corporal

En nuestro servicio recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga, y se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto

Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género. Trastornos de identidad de género: guía clínica para el diagnóstico y tratamiento

25 de junio de 1983.

29. Reforma del Código Penal, Ley Orgánica 10/1995, Artículo 156, 23 de noviembre de 1995.
30. Real Decreto 63/1995 de 20 de marzo, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE n.º 35, 10-2-1995, p. 4538-43). Anexo III, apartado 5.