

Agencia de Evaluación de Tecnologías

Sanitarias de Andalucía

Informe sobre consulta específica

Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía

Eduardo Briones Pérez de la Blanca

INCLUYE LA QUINTA REVISIÓN DE LOS CRITERIOS THE HARRY BENJAMIN
INTERNATIONAL GENDER DYSPHORIA ASSOCIATION, Inc.

Sevilla, mayo 2000



Luis Montoto 89, 4ª Planta
41071 Sevilla
Teléfono 954558832, Fax 954558853
Email: aetsa@cica.es

Edita: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
Avda. Luis Montoto, 89. 4ª planta
41071 Sevilla
ESPAÑA - SPAIN

Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía / Eduardo Briones Pérez de la Blanca. -- Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2000.

ISBN: 84-923802-6-8

1. IDENTIDAD DE GÉNERO 2. TRANSEXUALISMO / DIAGNÓSTICO / CIRUGÍA I. BRIONES PÉREZ DE LA BLANCA, Eduardo II. ANDALUCÍA. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (ed.)

Dirección del estudio: Mercedes Loscertales Abril

Documentación: Antonio Romero Tabares

Depósito legal:

ISBN: 84-923802-6-8

Imprime:

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se mencione explícitamente la fuente.

IMPRESO EN PAPEL RECICLADO

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
(AETSA)

Dirección: Mercedes Loscertales Abril

AETSA y el autor de este informe agradecen a D. Julián García Cabello, Jefe del Servicio de Informes Económicos y Financieros de la Dir. Gral. de Aseguramiento, Financiación y Planificación de la Consejería de Salud, su ayuda para la realización del análisis económico.

ÍNDICE

Justificación del informe.	7
Fundamentos jurídicos para la inclusión de la prestación.....	11
Definición del problema según el estado actual de la ciencia. Implicaciones y consecuencias derivadas.....	13
Aproximación epidemiológica: estimaciones sobre magnitud y gravedad...	15
Datos de prevalencia:	15
Datos de incidencia:.....	16
Abordaje actual en otros países de nuestro entorno.....	19
Consideraciones sobre la efectividad de las técnicas, procedimientos y actuaciones clínicas en la transexualidad.....	21
Fuentes de información y métodos de búsqueda.	21
Aspectos metodológicos.....	22
Resultados de las revisiones sistemáticas.	22
Cirugía de hombre a mujer.	23
Cirugía mujer a hombre	24
Consideraciones para un abordaje asistencial en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.....	27
Estándares de calidad asistencial	27
Abordaje terapéutico en el sistema sanitario público de Andalucía. ...	28
Evaluación económica. Estimación de costes.	31
EVALUACIÓN ECONÓMICA.....	31
COSTE DE LOS PROCESOS.	32
COSTE DE LA PRESTACIÓN.....	35
Conclusiones.....	37
Recomendaciones.....	39
Referencias.	40
ESTÁNDARES ASISTENCIALES EN TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO (Quinta revisión)	43

JUSTIFICACIÓN DEL INFORME.

Los trastornos de identidad de género y la transexualidad son situaciones reconocidas desde antiguo y que aparecen de forma constante en diferentes culturas. Consisten básicamente en una insatisfacción sostenida con las características físicas del sexo de nacimiento y un deseo manifiesto de cambiarlo en la medida de lo posible, y de ser aceptado social y legalmente en el género elegido, sin que se acompañe de trastornos psiquiátricos graves que puedan distorsionar la percepción de la realidad.

Los transexuales se sienten incapaces de funcionar en su sexo biológico de nacimiento y tienen un deseo profundamente arraigado de pertenecer al sexo opuesto que se asocia a menudo con aversión a su propio cuerpo. A diferencia de las personas travestidas, que encuentran alivio de su conflicto vistiendo y comportándose en la forma que se considera apropiada del otro sexo, los transexuales solicitan todos los medios posibles que estén disponibles para conseguir la reasignación al género opuesto. Las causas y factores evolutivos de los Trastornos de Identidad de Género no son aún bien conocidas y han sido objeto de varias teorías, reconociéndose que existen diferentes patrones que pueden conducir a la expresión de aspiraciones transexuales.

Las formas de manifestarse esta problemática han estado siempre moduladas por la respuesta social, tanto en lo relacionado a su aceptación e integración como en la posibilidad de recibir tratamiento. A partir de los años cincuenta comenzaron a estar disponibles y a realizarse intervenciones médicas y quirúrgicas destinadas reconciliar la identidad sexual con las características físicas de las personas con este problema. Las técnicas incluyen tratamientos hormonales y cirugía genital capaces de transformar los caracteres sexuales de forma funcional y funcionante, pero excluyendo las de propósito únicamente cosmético.

Las organizaciones profesionales sanitarias han reconocido paulatinamente la naturaleza del problema y ha sido incorporado en los manuales de diagnóstico y clasificaciones internacionales de enfermedades. Reciben la denominación genérica de Trastornos de Identidad de Género (TIG), siendo la transexualidad una forma especial dentro de éstos que requiere un tratamiento diferenciado. Durante algún tiempo ha existido un cierto nivel de confusión entre diferentes condiciones como homosexualidad, transvestismo, transexualidad y disforia de género frente a estados intersexuales patológicos. Diferentes instituciones en varios campos clínicos han dejado claro que la disforia de género es una entidad diferenciada por el hecho de existir una insatisfacción permanente con el sexo biológico y un claro deseo de modificar esta condición haciendo uso de la tecnología sanitaria disponible. Desde 1975 ha sido recogida en las clasificaciones internacionales de enfermedades (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders e International Classification of Diseases).

El abordaje de este problema es siempre un proceso complejo, dado que las intervenciones son múltiples, vinculadas a diferentes disciplinas sanitarias y sus efectos o resultados pueden valorarse en diferentes dimensiones (éxito de la técnica quirúrgica a corto y largo plazo, satisfacción del paciente, calidad de vida, integración social y laboral, etc). Asimismo, se suscitan importantes cuestiones éticas, legales y de equidad.

Dadas las consecuencias irreversibles de las intervenciones hormonales y quirúrgicas, es absolutamente vital en beneficio del propio paciente realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial, que sólo es posible en un proceso a largo plazo realizado por profesionales cualificados.

Muchas de estas consideraciones fueron ya hechas por el sexólogo estadounidense, Harry Benjamin en su libro "The transsexual phenomenon", publicado en 1966. Este autor fué el primero en recopilar de forma sistemática observaciones sobre la transexualidad y los resultados de las intervenciones médicas.

Por tanto, podemos afirmar que la transexualidad es un problema grave, aunque poco frecuente, y que en la actualidad se encuentra parcialmente excluido de financiación sanitaria pública en España por el R.D. de Ordenación de Prestaciones de 1995. En el ANEXO III, "Prestaciones que no son financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria" se recoge explícitamente en los siguientes términos, " se excluye la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos".

En Andalucía, como en otros ámbitos, este problema se ha encontrado envuelto en la marginalidad y sujeto a la posibilidad de recibir asistencia privada, de calidad no siempre contrastada. Se tiene información sobre los problemas que causa en ausencia de asistencia sanitaria adecuada estando sujetos al autodiagnóstico y automedicación, asumiendo riesgos muy elevados. Incluso cuando reciben sólo apoyo psicopatológico se han descrito importantes complicaciones como drogadicción, mutilaciones, suicidio, etc.

A comienzos de los ochenta se producen las primeras reclamaciones de reintegro de gastos tras la realización de intervenciones en clínicas privadas, originando demandas judiciales recursos ante los Tribunales Superiores de Justicia. Recientemente, se han planteado algunas quejas ante el Defensor del Pueblo Andaluz.

En Noviembre de 1998 se constituyó un grupo de trabajo en la Consejería de Salud, con el **objetivo** de analizar el problema actual de la transexualidad en el marco de la Comunidad Autónoma, su dimensión como problema de salud y las implicaciones para su reconocimiento en el panel de prestaciones cubiertas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Este grupo ha analizado las diferentes dimensiones del problema en cuatro subgrupos y las consecuencias asistenciales de su inclusión.

En Febrero de 1999 se aprueba en Parlamento de Andalucía una Proposición no de Ley relativa a la inclusión en las prestaciones del Sistema Sanitario Público Andaluz del proceso de reasignación de sexo de las personas transexuales y medidas de acompañamiento para la normalización social de las mismas, en la que se insta al Consejo de Gobierno a adoptar medidas en este sentido.

Por otra parte, la Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/98) incluye en su artículo 4:

1. Las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía serán, como mínimo, las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.
2. La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que superen las establecidas en el apartado anterior, será objeto de una evaluación previa de su efectividad y eficiencia en términos tecnológicos, sociales, de salud, de coste y de ponderación en la asignación del gasto público, y llevará asociada la correspondiente financiación.

Este informe se realiza como respuesta a este mandato de la Ley de Salud de Andalucía respecto a la evaluación de nuevas prestaciones, y está orientado a fundamentar las decisiones sobre la inclusión de la asistencia sanitaria al colectivo de transexuales en las prestaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Trata de recopilar la información generada por el Grupo de Trabajo, integrando los diferentes enfoques y aportando la perspectiva de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias, especialmente en los aspectos de efectividad de las diferentes técnicas y estándares asistenciales necesarios para asegurar los mejores resultados.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS PARA LA INCLUSIÓN DE LA PRESTACIÓN.

Existen multitud de precedentes de solicitudes y reclamaciones de asistencia en diferentes países que han sido paulatinamente considerados como ajustados a derecho. En España, diversas sentencias de Tribunales Superiores de Justicia han accedido a la petición de reintegro de gastos ante este tipo de intervenciones.

En Andalucía existen varios precedentes, bien recogidos en un informe del Defensor del Pueblo Andaluz (Enero 1998) ante un caso de demanda de tratamiento. En él se pone de manifiesto la discordancia entre el reconocimiento científico internacional como problema de salud, las recomendaciones del Parlamento Europeo, el espíritu de la legislación sanitaria española y la realidad social y sanitaria de los afectados.

En concreto, el informe de la Comisión de Peticiones del Parlamento Europeo sobre las discriminaciones de los transexuales de 19 de Julio de 1989 y en la Recomendación 117/1989 del Consejo e Europa, solicita que se proporcionen tratamientos integrales, instando a los Estados miembros a que “aprueben disposiciones sobre el derecho de los transexuales a un cambio de sexo de carácter endocrinológico, plástico-quirúrgico y la prohibición de su discriminación”. Se concretan además, los criterios que deben seguirse en siete fases del tratamiento, que por su interés se recogen en el Anexo I.

Del informe del Defensor del Pueblo Andaluz se deducen dos conclusiones valiosas a partir del tratamiento jurisprudencial:

- Que cuando queda diagnosticada la transexualidad, el tratamiento de reasignación sexual se convierte en una prestación debida.
- Que la decisión de conversión sexual constituye la única y adecuada vía para superar el conflicto patológico entre la constitución biológica y la estructura psicológica.

Advierte asimismo que, según su criterio, este tratamiento “debe quedar limitado exclusivamente a aquellas personas transexuales a las que se diagnostique con certeza clínica su enfermedad, y que se acredite que el único tratamiento eficaz es la conversión sexual, excluyendo cuando responde a objetivos estéticos o frívolos”.

Finalmente, recomienda que se asuma esta prestación en los casos convenientemente diagnosticados, garantizando el tratamiento integral del problema. Para ello, se analizan las exclusiones realizadas por el R.D. 63/1995 de Ordenación de Prestaciones en el ANEXO III, argumentando el carácter patológico de estos trastornos y su posible inclusión con las salvedades especificadas. Asimismo, se menciona la Disposición Adicional Quinta del R.D. 63/1995, en la que se especifica que las exclusiones generales “no afectan a las actividades y prestaciones realizadas por las CC.AA. con cargo a sus propios recursos” y la posibilidad, por tanto, de que sea asumida por la Comunidad Autónoma de Andalucía en el marco de sus competencias.

En un informe en profundidad de asesoramiento jurídico sobre esta materia competencial se concluye que el ordenamiento actual “faculta a la Comunidad Autónoma de Andalucía para regular en toda su extensión la prestación de asistencia sanitaria integral a las personas transexuales, a través de una norma, con rango de Decreto...”. Este informe fué realizado a petición de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, como parte del grupo de trabajo para el estudio de la problemática asistencial de las personas transexuales de Andalucía (Anexo II). Esta conclusión es congruente con el respeto al orden constitucional de distribución de competencias y, en particular, con las que se reserva el estado en la legislación.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA SEGÚN EL ESTADO ACTUAL DE LA CIENCIA. IMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS DERIVADAS.

La transexualidad es un problema de salud bien definido y descrito en las clasificaciones internacionales de enfermedades (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) e International Classification of Diseases (ICD-10), adoptada por la Organización Mundial de la Salud, versiones actualmente en vigor.

El término “transexual” se empezó a usar en medios profesionales y públicos en los años 50, como forma de designar a aquellas personas que aspiraban o vivían de hecho en un papel de género anatómicamente contrario, tanto si habían recibido o no tratamiento hormonal o quirúrgico. Durante los años 60 y 70, se utilizó clínicamente el término “transexual puro o verdadero” en aquellas personas con un patrón de desarrollo de identidad de género atípica, que se consideraba característico y capaz de predecir el éxito de la terapéutica, culminada por la cirugía genital. Algunas características eran: la identificación con el género opuesto se expresa conductualmente de forma consistente en la infancia, adolescencia y vida adulta, ausencia de excitación sexual por vestir las ropas del género opuesto y ausencia de interés heterosexual.

Este patrón fué descartado al encontrarse que era demasiado teórico: muy pocos casos cumplían en realidad los criterios y era incapaz de predecir el éxito terapéutico. A partir de entonces comenzó a adoptarse el término síndrome de disforia de género para designar la presencia de este tipo de problemas en ambos sexos, hasta que se desarrolló una nomenclatura oficial.

Los conceptos relacionados con el transexualismo fueron introducidos en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales en 1980 (DSM-III) para individuos con disforia de género que demostraran al menos dos años de interés continuo en modificar su anatomía sexual y transformar su cuerpo y su papel social. Otros casos con disforia de género podían ser clasificados como trastornos de la identidad de género de la adolescencia, tipo adulto no-transexual o sin especificar en otra categoría. Esta terminología ha sido ampliamente ignorada por los medios de comunicación que utiliza habitualmente el término transexual para cualquier persona que desee cambiar o cambie de hecho de sexo.

En 1994, el Comité del DSM-IV reemplazó el diagnóstico de transexualismo por el de Trastorno de Identidad Sexual (TIS) y dependiendo de la edad, se diferenció entre TIS de la infancia, de la adolescencia o de adultos. Los que no cumplen estos criterios se clasifican en la categoría de TIS no especificados, que incluye una gran variedad de situaciones relacionadas y a las personas indecisas a abandonar su rol de género.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV, deben cumplirse todos los siguientes criterios para el diagnóstico de trastornos de identidad de género (categoría 302.85):

- A Un fuerte deseo o identificación persistente con el sexo opuesto (no meramente un deseo hacia cualquiera de las ventajas culturales de ser del otro sexo).
- B Disconfort persistente con el sexo propio o sensación de inadecuación en el papel del género de ese sexo.

- C El problema no es simultáneo con una condición física intersexual.
- D El problema causa distress clínicamente significativo o incapacidad en áreas de funcionamiento sociales, ocupacionales u otras.

La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) recoge el transexualismo bajo el código F64.0, dentro del apartado de “trastornos de la identidad sexual”.

Se define como el deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto, por lo general acompañado por el sentimiento de incomodidad o de inadecuación al sexo anatómico propio, y por el deseo de someterse a cirugía y a tratamiento hormonal para hacer el propio cuerpo tan congruente como sea posible con el sexo preferido por la persona.

Aunque el enunciado es algo distinto, ambas clasificaciones internacionales coinciden en lo fundamental, suponiendo un buen punto de partida para el diagnóstico diferencial.

Debe aclararse que el propósito principal de estas clasificaciones es guiar el tratamiento y la investigación y están basadas en el razonamiento clínico y en el consenso profesional. Al no contar con base en la investigación científica no tienen valor predictivo ni de pronóstico, aunque sí para establecer el diagnóstico.

También se debe reseñar que los TIS se consideran trastornos de Salud Mental, en la medida en que son patrones de comportamiento que producen una desventaja adaptativa significativa y causan sufrimiento personal. En ningún caso deben dar pie a estigmatización o detrimento de los derechos civiles y constitucionales. El reconocimiento por los organismos internacionales como problema de salud está basado en el consenso profesional y en la creciente evidencia sobre la eficacia del tratamiento en condiciones adecuadas.

En el apartado referente a la efectividad de las actuaciones frente al problema se tratarán en mayor profundidad los aspectos relacionados con el diagnóstico diferencial y la importancia de seguir los estándares asistenciales.

APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA: ESTIMACIONES SOBRE MAGNITUD Y GRAVEDAD.

La cuantificación de la transexualidad en Andalucía, considerando ésta como el grado máximo de las Disforias de Género, presenta una serie de dificultades. En primer lugar, dada la falta de registros de este problema en nuestro país, nos basamos en estudios publicados en otros países europeos, teniendo en cuenta el riesgo que suponen las extrapolaciones en este campo. Dichos estudios presentan a su vez variaciones muy importantes, dependiendo las mismas del clima social y cultural que presente cada país en el abordaje de la transexualidad.

En segundo lugar, los estudios de prevalencia publicados consideran como transexuales a aquellas personas que demandan reasignación de género, incluyendo en el mismo grupo a otros trastornos de identidad sexual que no siempre pueden ser considerados transexuales. Probablemente, esta sea una de las causas por las que sólo se acepta para intervención aproximadamente a 1 de cada 10 demandas de reasignación de sexo (Best & Stein 1998).

Por último, en las tasas recogidas, se utiliza como denominador la población mayor de 15 años, sin establecer un límite superior de edad, que sí va a existir en la práctica, como criterio para recibir tratamiento hormonal y/o quirúrgico.

Una vez realizadas estas consideraciones, hemos seleccionado entre los estudios publicados aquellos de ámbito europeo, en concreto los de Megens en Holanda en el período 1975-1992 (Megens 1996), sobre 1285 holandeses transexuales y de Landen en Suecia entre 1972 y 1992 (Landen 1996).

Los datos de población de Andalucía se han obtenido de la proyección para 1999 (hipótesis media), publicados por el Instituto de Estadística de Andalucía en "Proyección de la Población de Andalucía 1991-2006".

Datos de prevalencia:

Los estudios de Prevalencia en Holanda se han realizado en población mayor de 15 años, considerando transexual a quienes reciben tratamiento hormonal tras demandar reasignación de sexo. La razón hombre/mujer es de 3/1, siendo la prevalencia en varones de 1/18000 y en mujeres de 1/30400.

Según esto, las estimaciones de Prevalencia en nuestra Comunidad Autónoma serían, por grupos de edad y sexo las siguientes:

Grupo de edad	Prevalencia Varones	Prevalencia Mujeres	Prevalencia Ambos Sexos
15 a 39	83	47	131
15 a 49	108	62	170
15 a 59	127	74	201
Total	159	99	258

En Suecia, las Prevalencias se han calculado en población mayor de 15 años que demanda reasignación de género. La razón hombre/mujer es también de 3/1, siendo la prevalencia en varones de 1/37000 y en mujeres de 1/103000, que representaría en Andalucía las siguientes cifras:

Grupo de edad	Prevalencia Varones	Prevalencia Mujeres	Prevalencia Ambos Sexos
15 a 39	41	14	55
15 a 49	52	18	71
15 a 59	62	22	84
Total	77	29	106

Datos de incidencia:

Los estudios realizados en Suecia entre 1972 y 1992, han recogido una incidencia de transexualismo, en población mayor de 15 años que demanda reasignación de género, de 0,17/100000, siendo la razón hombre/mujer de 1,4/1.

En base a estas cifras, hemos calculado distintas estimaciones de incidencia anual para Andalucía, según género y grupo de edad que consideremos, obteniendo los siguientes resultados:

Grupo de edad	Incidencia Varones	Incidencia Mujeres	Incidencia Ambos Sexos
15 a 39	3	2	5
15 a 49	4	2	6
15 a 59	5	3	8
Total	6	4	10

La Incidencia en varones en el grupo de 15 a 90 años y más, es coincidente en números absolutos, con las estimaciones que, en base a las mismas tasas, se han obtenido para la región del Sur y Oeste del Reino Unido, siendo la población de varones en dicha región muy similar a la nuestra.

Existen varias observaciones realizadas en varios estudios que apuntan hacia una mayor prevalencia de personas candidatas a demandar asistencia sanitaria por trastornos de identidad de género (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 1998):

- Ocasionalmente se diagnostican problemas ocultos de identidad de género en pacientes con ansiedad, depresión, abuso de drogas, trastornos de personalidad y otros trastornos sexuales.
- Algunos casos de transvestismo masculino y homosexualidad masculina o femenina pueden tener una forma de TIG.
- La intensidad de TIG en algunas personas puede fluctuar por encima o por debajo del umbral clínico.

- Muchas formas de TIG en mujeres tienden a ser poco visibles culturalmente, especialmente para los servicios de salud mental.

Es importante tener en cuenta que, aunque los estudios epidemiológicos han establecido una base similar de TIG alrededor del mundo, es probable que las diferencias culturales entre países puedan alterar las expresiones conductuales de esta problemática. Existen amplias diferencias de un lugar a otro en el acceso y los costes del tratamiento, así como en las actitudes sociales y de los profesionales. En Andalucía desconocemos cuántas de estas personas han sido asistidas e intervenidas en centros privados

A pesar de estas incertidumbres, **globalmente** podemos considerar que *la población que podría demandar servicios y ser diagnosticados de Trastornos de Identidad de Género en Andalucía podría oscilar entre **100** y **300** personas.*

*De éstos, tras un adecuado proceso diagnóstico serían candidatos a cirugía, un **máximo** de **60** personas (2 de cada 10).*

*De los datos de incidencia podemos inferir que **5-10** personas nuevas anualmente podrían demandar asistencia y seguir el proceso diagnóstico y terapéutico.*

ABORDAJE ACTUAL EN OTROS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO.

En muchos países desarrollados se han adoptado soluciones legislativas por las que se permite el cambio de sexo registral, bien mediante soluciones administrativas o legislativas. Sin embargo, la cobertura sanitaria de las intervenciones está mucho menos regulada, la forma de provisión de servicios es muy variable y son pocos los países en que existe cobertura por el sistema sanitario público.

Es interesante el caso de Alemania donde existe un Código de Transexuales, aprobado en 1980 y que ha permitido el desarrollo legislativo para el cambio de nombre y de sexo en los registros administrativos. Sin embargo, la prestación no está cubierta por el sistema sanitario público y no existe aún regulación ni guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento. Recientemente, se ha publicado una propuesta en este sentido (Becker, 1998) en la que se establecen con bastante precisión y coherencia los criterios diagnósticos y terapéuticos.

En cuanto a la situación de cobertura sanitaria, contamos con un informe realizado recientemente por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA, 1999), en el que se incluye una encuesta sobre financiación pública de esta intervención dirigida a la Red Internacional de Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (INAHTA).

De las respuestas recibidas en esta encuesta, se deduce que la situación es muy variable en los diferentes sistemas sanitarios (ver tabla en Anexo IV). Varios países europeos tienen cobertura pública de estas intervenciones: Holanda, Finlandia, Suecia, Reino Unido con matizaciones y en algunas áreas, junto a Alemania y Suiza por sentencia judicial. En Finlandia, en concreto, un grupo de trabajo se encuentra elaborando actualmente un informe sobre esta materia para definir las intervenciones de forma más precisa.

En el caso concreto del Reino Unido (Best & Stein 1998), el filtro se produce siempre a través de los médicos generales que normalmente derivan el caso a los servicios de salud mental para valoración y confirmación del diagnóstico. Puede ocurrir que no se identifique adecuadamente el problema y no se ofrezca ninguna intervención. Las personas diagnosticadas reciben consejo y apoyo y pueden ser derivadas para terapia hormonal, aunque existe una importante variación geográfica en la provisión de estos servicios. Los estándares asistenciales de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association son seguidos por la mayoría de centros. Los pacientes deben ser vistos y derivados por dos psiquiatras independientes antes de aceptar la terapia hormonal o quirúrgica. Los pacientes derivados para cirugía, deben tener 18 años como mínimo y generalmente siguen el test de la vida real durante al menos 12 meses, a través del que existe una importante autoselección, estimada en un tercio. Se ha estimado que, del total de personas que solicitan asistencia por disforia de género, sólo 1 de cada 10 es aceptados para cirugía. No existe constancia de ninguna regulación respecto a la competencia, formación y experiencia del equipo quirúrgico. Se estima, asimismo, que el tiempo de espera en el Reino Unido es aproximadamente 2-3 años desde la indicación hasta la realización de la cirugía. Algunas autoridades sanitarias no financian de forma rutinaria los procedimientos quirúrgicos, mientras que otras han impuesto un límite en el número de intervenciones por año. En estos casos, los pacientes suelen acudir a centros privados que siguen criterios y calidad asistencial variable. Algunos da-

tos sugieren que aquellos que no pueden pagar el tratamiento pueden padecer problemas psiquiátricos e incluso de suicidio.

En otras áreas del mundo como Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda esta cirugía no está cubierta por el sistema público, aunque se han producido muchos casos de reintegro de gastos tras reclamación judicial. En otro sistema sanitario público regional, como el de Alberta (Canadá) se ha aceptado el reembolso de gastos en nueve casos y la decisión global se encuentra actualmente en estudio. Algunas aseguradoras de dejan al juicio clínico la decisión sobre la necesidad de determinados procedimientos, de acuerdo con el marco legal y pueden incluirse casos muy seleccionados.

Independientemente de la financiación de los procedimientos, en la mayoría de estos países existen centros tanto públicos como privados, con larga tradición en la asistencia a estos pacientes, donde se ha realizado buena parte de la investigación clínica y psicosocial.

CONSIDERACIONES SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS Y ACTUACIONES CLÍNICAS EN LA TRANSEXUALIDAD.

Fuentes de información y métodos de búsqueda.

Para la realización de este apartado del informe se ha contado principalmente con las revisiones sistemáticas sobre la cirugía de reasignación de género realizadas como parte de informes de Agencias de Evaluación. En concreto, existe una revisión de buena calidad para la cirugía hombre a mujer (Best & Stein 1998), elaborada por el Wessex Institute para el South and West Development and Evaluation Service, y dos no-sistemáticas, formando parte de informes de evaluación, una para intervenciones de reasignación mujer a hombre (Alberta Heritage Foundation for medical Research 1996) y otra hombre a mujer (Alberta Heritage Foundation for Medical Research 1997).

Además de la investigación sintetizada en estos informes, se ha contado una revisión realizada por el subgrupo de cirugía a partir de 147 referencias localizados en Medline en el periodo 1985-98 que ha sido cotejada con las revisiones anteriores y ha servido para complementarla (Anexo 5).

La revisión sistemática antes mencionada publicada en Septiembre de 1998 ha sido evaluada en cuanto a su rigor metodológico y relevancia de acuerdo con los criterios de A. Oxman (Oxman 1994). Se considera que la estrategia de búsqueda y la selección de artículos es válida, así como la forma de presentación de resultados, la valoración crítica de los estudios de investigación y su relevancia para este informe.

Para localizar la información más reciente sobre los criterios de selección de pacientes y la normativa internacional sobre el asunto, realizamos una exploración de la Internet mediante un buscador estándar. En este caso usamos una versión en español del buscador Altavista, con capacidad de búsqueda avanzada por operadores booleanos. Los términos de búsqueda fueron "gender dysphoria", "transsex*", "transgender*", "harry benjamin" AND "association", en búsquedas independientes. Se forzó la búsqueda de estos términos sólo en el título de los documentos web.

De las múltiples referencias encontradas por el buscador, se seleccionaron las páginas de "The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association" (URL: <http://www.tc.umn.edu/~nlhome/m201/colem001/hbigda/>) y de The International Journal of Transgenderism (URL: <http://www.symposion.com/ijt/>), en las que, a su vez se localizaron los artículos relevantes para este informe.

Es importante reseñar la existencia de los estándares asistenciales de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association que incluyen criterios para la selección de pacientes, diagnóstico diferencial y tratamiento. Aunque basados en el consenso profesional, son ampliamente aceptados y se revisan periódicamente. Para este informe contamos con la quinta versión revisada y publicada en Junio de 1998 que, por su importancia se presenta traducida al castellano como un documento adjunto.

Aspectos metodológicos.

En 1979 Meyer y Reter publicaron los resultados del seguimiento de 50 pacientes transexuales de la clínica John Hopkins de identidad de género en el que no se encontraban diferencias significativas en indicadores psicosociales entre los intervenidos y los que no. Este estudio fué ampliamente citado como la prueba de escasa efectividad a largo plazo de la cirugía de reasignación de sexo. En opinión de los autores, “estos pacientes tienen severos problemas psicológicos que no se eliminan con la cirugía”. La metodología del estudio fué criticada por la escasa comparabilidad entre los grupos de pacientes, el tipo de seguimiento, la arbitrariedad de las puntuaciones y las escalas utilizadas y la duda acerca de que los criterios diagnósticos empleados. Tampoco se documentaron los resultados quirúrgicos y su posible relación con los resultados psicosociales (Fleming 1998).

Este ejemplo puede servir para ilustrar las dificultades en el diseño de estudios en este campo, la diversidad de medidas de efecto que se pueden utilizar y la posibilidad de que se vean influidos por posiciones personales y opiniones de los investigadores.

A partir de entonces, se han publicado multitud de estudios principalmente en el área de cirugía de reasignación de hombre a mujer. Tampoco hoy existen indicadores o medidas de efecto claramente establecidas de la efectividad de la intervención, aunque se cuenta con escalas validadas de adaptación social, indicadores de estrés y sufrimiento psiconeurótico. La aleatorización de pacientes también es muy difícil, dado que existe per se una fuerte preferencia de los pacientes por la intervención quirúrgica. En esta situación es muy importante considerar la calidad metodológica de los estudios y la forma de medir los índices de complicaciones, tanto de la técnica quirúrgica como de arrepentimiento del cambio de sexo o de automutilación o suicidio.

La mayoría de estudios están sujetos a posibles sesgos o errores debidos a la selección favorable de casos para publicación, falta de validación de las escalas de medición de los resultados, enmascaramiento de las mediciones, selección y pérdidas en el seguimiento, etc.

Resultados de las revisiones sistemáticas.

En consonancia con las dificultades metodológicas antes comentadas, existen pocos estudios con criterios de selección estandarizados y las medidas de resultados clínicos y psicosociales son bastante heterogéneas entre ellos. En la revisión del Wessex Institute (Bern & Stein 1998) sólo se cuenta con un estudio prospectivo y controlado, con un proceso de aleatorización, aunque atípico (Mate-Kole, 1990), junto a numerosos estudios de seguimiento y series de casos, sólo algunos con comparaciones pre-post intervención.

En primer lugar, cabe destacar que entre los publicados a partir de 1980, la mayoría encuentra claros beneficios en la intervención en términos de mejora en salud mental, sintomatología psiconeurótica, función sexual, bienestar personal, imagen corporal y disminución de consultas psiquiátricas y dosis de hormonas.

CIRUGÍA DE HOMBRE A MUJER.

En el **único estudio prospectivo y controlado** (Mate-Kole 1990), 40 pacientes en la lista de espera para reasignación de hombre a mujer, fueron asignados de forma alterna a cirugía en el plazo de tres meses o tratamiento rutinario, siendo evaluados al cabo de dos años comparando los resultados entre operados y no-operados. Tras dos años de seguimiento el grupo intervenido mejoró significativamente en el índice de síntomas psiconeuróticos (Crown-Crisp experiential index, mide ansiedad fóbica y somática, obsesión, depresión e histeria), y en algunos ítems de los índices de actividad social y sexual. No se produjeron cambios en la escala de características de la personalidad en ninguno de los grupos (Bern Sex Role Inventory). El grupo control mostró una tendencia significativa hacia el desempleo, mientras que no hubo cambios en el grupo intervenido.

Estos resultados deben ser tomados con cierta precaución porque no existió enmascaramiento de los evaluadores de los pacientes, no hay información sobre efectos adversos y no podemos estar seguros de que las medidas de efecto elegidas sean realmente decisivas en la medición de calidad de vida de las personas con disforia de género.

En la revisión antes comentada, se localizan además, un gran número de estudios descriptivos o de seguimiento de casos, la mayoría con resultados positivos en cuanto a satisfacción del paciente e integración social. En estos estudios se documenta también un importante rango de efectos adversos que incluyen:

- **Complicaciones postoperatorias:** infecciones, hemorragias, incontinencia urinaria, estenosis y necrosis vaginales y uretrales, fístulas rectales, etc.
- **Efectos adversos graves:** insatisfacción con los resultados de la cirugía, rechazo y arrepentimiento de la intervención, suicidio.

Uno de los estudios más completos (Eldh 1997) analiza una serie de 175 pacientes intervenidos en el Karolinska Hospital de Estocolmo. A partir de los datos obtenidos de las historias clínicas se deduce que el nivel de complicaciones disminuyó sensiblemente a partir de 1986 en que se cambió de técnica quirúrgica. Aún así, después de 1986 las complicaciones en ambos sexos fueron: infección (12%), hemorragia (10%), fístulas (1%), necrosis parcial (3%), estenosis vaginal (4%), prolapso escrotal (4 %), uretra larga (12%), reintervención correctora (18%). También se produjeron dos casos de rechazo a la reasignación y dos casos de suicidio postintervención.

Por otro lado, se remitió un cuestionario a 136, con una tasa de respuesta del 66 % (90 casos). De éstos, 68 casos manifestaban no tener problemas con su nueva identidad sexual, 9 tenían dudas (de los que 8 eran mayores de 30 años) y 13 no contestan. Las personas intervenidas de hombre a mujer que completaron el cuestionario, 62% no tenían problemas de identidad sexual, 56% eran plenamente aceptados por su entorno familiar y social y 34 % tenían una vida sexual satisfactoria.

Cada una de estas posibles complicaciones se presenta con incidencia muy variable entre estudios y las cifras deben ser interpretadas con gran precaución, dada la calidad metodológica antes comentada y las posibles diferencias entre centros quirúrgicos (por ejemplo, las tasas de suicidio varían entre 0-18% en las diferentes series de casos). En cualquier caso, deben interpretarse como una llamada de atención sobre el delicado equilibrio entre riesgos y bene-

ficios en estas intervenciones y la necesidad de estándares de calidad asistencial.

Algunos autores (Lundstrom, 1985) han propuesto factores y prerrequisitos para un buen resultado de estas intervenciones, aunque no se tiene certeza de su valor predictivo:

- Personalidad estable.
- Apoyo familiar adecuado.
- Jóvenes (<30 años en el primer contacto).
- Elevada motivación.
- Estructura corporal adecuada para el nuevo rol.

CIRUGÍA MUJER A HOMBRE

Existen diferentes abordajes posibles en este campo, especialmente en lo que respecta a la construcción de pene y testículos. Algunos autores consideran que las intervenciones estándar en cirugía de mujer a hombre son: transformación de las mamas, y extirpación del útero, vagina y anexos, considerando la faloplastia en estado aún experimental (Becker et al 1998).

Sin embargo, la faloplastia fué incluida en un documento del Parlamento británico sobre derechos y libertades de los transexuales y existe un volumen creciente de literatura con experiencias positivas con esta técnica, especialmente la originada por el grupo de JJ Hage en Holanda.

Existe un informe de Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Dic 1996) sobre faloplastia en transexuales, que encuentra que la información sobre resultados en la literatura es muy limitada. Se han publicado varias revisiones o series de casos, entre las que se encuentran:

- Hage et al publican su experiencia con 25 casos usando la técnica de Snyder con resultados positivos en la mayoría.
- Tsoi en un estudio sobre 36 casos en Singapur, informa de que estaban satisfechos con su nueva situación y se adaptaban socialmente en un 95 %.
- Lief & Hubschman informan que en su serie existe satisfacción general con la cirugía y todos los operados habían mejorado en su actividad sexual y orgásmica, no siendo la faloplastia un factor fundamental para ello.

Hage et al han señalado que, aunque los objetivos quirúrgicos de la faloplastia puedan estar claros, las aspiraciones de los pacientes no siempre son valoradas adecuadamente. Básicamente, pueden hacerse técnicas de transplante e implante tratando de obtener suficiente rigidez para permitir la penetración, o bien, técnicas menos cruentas que usan el clítoris como base (metoidioplastia). Se sugiere que deben ofrecerse las diferentes posibilidades para elegir de acuerdo con las aspiraciones y hábitos corporales (Hage JJ 1993, Hage JJ 1995).

Según los autores del informe de la AHFMR, el estado actual de la faloplastia es el de un procedimiento altamente especializado, cuyos resultados están determinados por una selección adecuada de los pacientes, asesoramiento y seguimiento y altos niveles de maestría quirúrgica.

La técnica está empezando a ser aceptada en algunos centros como parte del estándar asistencial y se han producido avances recientes, aunque debe considerarse sólo como una fase posible de un proceso que es largo y complejo, especialmente en la selección adecuada de la técnica más favorable para cada caso.

CONSIDERACIONES PARA UN ABORDAJE ASISTENCIAL EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.

Estándares de calidad asistencial

La **Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin** ha elaborado los Estándares Asistenciales, publicados por primera vez en 1979 y actualmente en su quinta revisión. Una encuesta realizada a las clínicas de reasignación de sexo en Norteamérica y Europa ha proporcionado una buena indicación del grado de seguimiento: 13 de 19 clínicas encuestadas seguían los estándares de forma completa o muy próxima, mientras que los seis restantes los usan como guía general o parcial (Petersen 1995).

Además de presentar los estándares completos en el documento adjunto, se resumen a continuación algunas de sus principales definiciones y recomendaciones:

- El principal propósito es articular el consenso profesional de esta organización internacional acerca del manejo psiquiátrico, psicológico, médico y quirúrgico de los TIG. Se especifican los criterios a seguir para los diferentes pasos en la terapéutica a través de criterios objetivos y de juicios clínicos, especificando también la cualificación necesaria de los profesionales en cada uno de ellos.
- El Objetivo global de las terapias específicas psicoterapéuticas, endocrinas o quirúrgicas es conseguir una sensación de confort personal duradera con el género propio con el objeto de maximizar el bienestar psicológico y la autorrealización personal.
- El umbral clínico se sobrepasa cuando las incertidumbres y preguntas sobre la identidad de género se vuelven tan intensas como para aparecer como el aspecto más importante de la vida personal, o evitar el establecimiento de una identidad de género relativamente libre de conflictos. Cuando esta insatisfacción cumple los criterios de una de las dos principales nomenclaturas (DSM-IV o CIE-10), son formalmente clasificados como trastorno de identidad de género (TIG). Algunas de éstas personas superan otro umbral clínico: presentan un deseo persistente de transformación quirúrgica de su cuerpo.
- Existen algunas observaciones que obligan a ser cautelosos al elegir las opciones terapéuticas:
 - 1) Algunas personas, a pesar de ser diagnosticadas cuidadosamente, cambian espontáneamente sus aspiraciones.
 - 2) Otras, se acomodan a su identidad de género sin intervenciones médicas.
 - 3) Otras abandonan durante la psicoterapia.
 - 4) Algunas clínicas de identidad de género tienen una tasa inexplicablemente alta de abandonos.
 - 5) El porcentaje de personas que se benefician de la triada terapéutica varía significativamente de un estudio a otro.

Otras Sociedades profesionales han publicado recientemente estándares asistenciales en Alemania e Italia, con objeto de mejorar la adaptación a su contexto sanitario de los publicados por la Harry Benjamin Association (Becker 1998, Ravenna 1998). Una de las aportaciones más interesantes de los estándares alemanes son las condiciones que deben considerarse para **diagnóstico diferencial**:

- Situaciones de disconformidad o dificultad con las expectativas del papel de género que no han alcanzado el punto de un trastorno duradero de identidad de género.
- Trastornos transitorios o parciales de identidad de género, como en las crisis adolescentes.
- Transvestismo y transvestismo fetichista, que en ciertos momentos puede conducir a un deseo de cambio de sexo.
- Dificultades con la identidad de género resultantes del rechazo a reconocer una orientación homosexual.
- Alteraciones psicóticas.
- Problemas graves de personalidad que afecten a la identidad de género.

Cuando existen alteraciones psiquiátricas con percepción de la realidad alterada, tales como esquizofrenia, trastornos disociativos de identidad, etc, deben tratarse estas condiciones antes de contemplar el abordaje hormonal o quirúrgico.

Otro aspecto importante es la edad de comienzo de la terapia médica o quirúrgica. La mayoría de estándares aconsejan diferir cualquier intervención hasta los 18 años o la mayoría de edad legal. Para considerar de forma diferenciada el abordaje en niños y adolescentes, se cuenta con las recomendaciones elaboradas recientemente por el Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido (The Royal College of Psychiatrists, 1998)

Abordaje terapéutico en el sistema sanitario público de Andalucía.

En Andalucía contamos con la experiencia de varios grupos de profesionales, tanto en el campo de la salud mental como en la endocrinología y la cirugía que han estado colaborando en los grupos de trabajo y que han realizado documentos de base para el abordaje terapéutico.

A partir de la información elaborada por los grupos de trabajo y los estándares de la HBIGDA pueden elaborarse protocolos asistenciales consensuados específicos en las diferentes áreas.

A la hora de elaborar estos protocolos, es importante destacar los siguientes aspectos:

- La cualificación de los profesionales de salud mental es fundamental, con especial énfasis en el diagnóstico diferencial.
- Debe requerirse un informe completo de uno ó dos psicólogos o psiquiatras acreditados antes de iniciar la fase hormonal o quirúrgica. La coordinación y unificación de criterios entre los diferentes profesionales y servicios implicados es un elemento clave para garantizar la calidad de la prestación.

- Dado que el cambio de género tiene profundas consecuencias personales y sociales, la decisión debe estar precedida de una información completa sobre los cambios familiares, interpersonales, educacionales, profesionales, económicos y legales que se pueden producir.
- La prueba de la “vida real” es un elemento imprescindible en el diagnóstico y tratamiento. Debe realizarse de acuerdo a los estándares de la Asociación Harry Benjamin.
- Las intervenciones quirúrgicas son sólo una parte de las opciones terapéuticas. Una vez tomada la decisión por la cirugía, debe informarse con detalle a cada persona de las diferentes posibilidades técnicas, las posibles complicaciones y resultados a corto y largo plazo.
- Algunas técnicas quirúrgicas presentan una especial dificultad, sobre todo en el campo de la cirugía de mujer a hombre, por lo que deben ponerse en marcha bajo condiciones en las que pueda garantizar un elevado nivel de calidad asistencial.

Teniendo en cuenta alguna de las incertidumbres antes apuntadas parece aconsejable incluir en la organización asistencial mecanismos de evaluación de calidad asistencial en el desarrollo de esta nueva prestación. El diseño de un sistema de información y registro de casos sería de gran utilidad en este sentido, a la vez que permitiría plantear estudios de investigación de resultados a corto y largo plazo.

EVALUACIÓN ECONÓMICA. ESTIMACIÓN DE COSTES.

La estimación del coste de establecer la prestación de asistencia sanitaria a la transexualidad en la C.A. de Andalucía es una labor que presenta diversas dificultades, que son fundamentalmente tres:

- Concreción de la demanda de asistencia sanitaria y del colectivo que puede ser objeto de operación quirúrgica para reasignación de género.
- Establecimiento del proceso asistencial.
- Evaluación económica del proceso y del establecimiento de la prestación sanitaria.

Este estudio se centrará en el aspecto de la evaluación económica y se utilizarán como datos de partida las estimaciones sobre la demanda y sobre los pasos del proceso descritos en apartados anteriores.

El resultado debe calificarse de aproximativo dada la relativa indeterminación existente en todos los aspectos de esta cuestión.

Los pacientes que requieren reasignación quirúrgica de género, generalmente reciben atención psiquiátrica individualizada, tratamiento hormonal y terapia de grupo. Esto dificulta separar los costes adicionales de la cirugía, de aquellos que se hubieran producido sin intervención.

En este estudio nos hemos centrado en la atención quirúrgica exclusivamente dada la ausencia de estimaciones sobre los otros aspectos del proceso. Además como procesos quirúrgicos solo se han contemplado los correspondientes a la transformación sexual básica e inicial, es decir se han excluido posibles intervenciones no esenciales al cambio de sexo (por ejemplo, estéticas de modificación de rasgos cutáneos, caderas, etc) y otras posteriores a la inicial con el fin de atender complicaciones y otras necesidades.

En este sentido, la intervención estándar en cirugía de hombre a mujer supone una penectomía, una orquidectomía y una vaginoplastia. Según los protocolos asistenciales, este proceso puede implicar una operación con una duración de entre 6 y 9 horas y una estancia hospitalaria de entre 9 y 10 días.

La intervención estándar en cirugía de mujer a hombre conlleva una transformación de mamas, la extirpación del útero, vagina y anexos, y una posible faloplastia. Se considera que este proceso exigiría de 17 a 19 horas de quirófano y una estancia de entre 21 y 25 días, distribuidos en tres etapas.

EVALUACIÓN ECONÓMICA.

En el Reino Unido, han calculado un coste por intervención simple de reasignación de hombre a mujer (penectomía, orquidectomía y vaginoplastia) de 9600 libras, o sea, aproximadamente 2467200 pts. Así mismo, han estimado que tras la intervención, la reducción en tratamientos hormonales y consultas psiquiátricas, pueden suponer un ahorro de 950 libras (244150 pts) por paciente y año (Bern & Stein, 1998).

En los Estados Unidos y Canadá el coste por intervención varía entre 20000 y 60000 dólares o más, dependiendo de los centros y las técnicas elegidas o sea, de 3 a 9 millones de pts aproximadamente.

Si aplicamos estas cifras en Andalucía, considerando tres millones de pesetas como coste adicional para el SSPA y para un programa que incluya 30 intervenciones en una primera fase, la estimación sería de 90 millones de pesetas.

Para evaluar el coste de esta prestación sanitaria en la C.A. de Andalucía en primer lugar se van a calcular los costes unitarios de la intervención quirúrgica, y en segundo lugar se estimarán el coste total y anual de la atención para esta demanda asistencial.

COSTE DE LOS PROCESOS.

Una estimación detallada y precisa del coste del proceso exigiría además del conocimiento concreto de este, de los datos de costes unitarios de los productos intermedios y servicios finales que se consumirían, incluyendo los costes de servicios estructurales, del Centro que fuera a realizar la intervención. Es decir, se requiere del coste (directo, indirecto y de facultativos) de productos intermedios como pruebas bioquímicas, microbiológicas, radiológicas, hematológicas, etc y del bloque quirúrgico y estancias en U.C.I.; y se necesita los costes unitarios directos, indirectos y de facultativos de los servicios finales que intervienen.

Con la limitación de datos existente podría recurrirse al valor derivado del G.R.D. para este proceso, calculado con pesos del sistema hospitalario americano y costes de hospitales de Andalucía. Pero esta estimación no es posible porque, al parecer, no existe ningún G.R.D. que contemple íntegramente cualquiera de los dos procesos de reasignación de género.

Con los datos disponibles se puede realizar una estimación basada en la agrupación de los consumos del proceso entre partidas: coste del quirófano, coste de los facultativos de servicios finales y coste de la estancia.

Para realizar los cálculos se han obtenido el coste medio de la hora de quirófano en hospitales del nivel 1 del S.A.S., el coste de la hora de los facultativos especialistas y el coste medio de la estancia en hospitales de nivel 1 del S.A.S. En este último caso se han depurado los costes de atenciones que no correspondan a la hospitalización (urgencias, consultas y cirugía ambulatoria) y los del quirófano y de la intervención en la operación de Facultativos, utilizando la U.P.A. (unidades ponderadas de asistencia) y considerando la estancia como exclusivamente médica (no quirúrgica).

En los cuadros 1 y 2 al final de esta sección se pueden observar los cálculos realizados con los parámetros del proceso señalados anteriormente, y para dos supuestos: operación sin estancia en U.C.I. y procesos con un día de estancia en U.C.I. Esta diferenciación se ha realizado por la alta probabilidad de darse ésta última y por su mayor coste respecto a la estancia médica (5,8 veces en la escala de U.P.A.).

En el cuadro 1 se presenta la estimación del coste de la reasignación de hombre a mujer. El importe oscila entre 944.295 pesetas y 1.565.444 pesetas dependiendo de los valores (mínimos o máximos) de los intervalos de estancias y horas de quirófano estimadas y de la existencia o no de estancia en U.C.I.

Cuadro 1**ESTIMACION DEL COSTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LA TRANSEXUALIDAD. GENITOPLASTIA FEMINIZANTE***Valoración por costes del proceso*

	COSTE UNITARIO	UNIDADES	COSTE TOTAL
HORAS DE QUIROFANO	86.104	9	774.936
FACULTATIVOS EN OPER.		3	
HORAS DE FACULTATIVO	4.923	27	132.921
ESTANCIAS MEDICAS	41.907	10	419.070
COSTE TOTAL Ptas y (Euros)			1.326.927 (7 974,992)

Elaboración: D.G.Aseguramiento, Financiación y Planificación. Sº Informes Econ.y Financ. (18/06/99)

Notas:

- *El número de estancias, horas de quirófano y de Facultativos es una estimación realizada por SAS (Subd. Asist. Esp.)*
- *Para el calcular el precio de la estancia se ha utilizado la escala de UPA. El valor de la UPA (Unidades Ponderadas de Asistencia del INSALUD) estimado para el grupo de Hospitales Regionales del SAS en 1997, actualizado a pesetas de 1999 es de 41.907 ptas.*
- *El coste de la hora de quirófano utilizado es el coste medio del Servicio de Urología en H. Reg. del SAS (incluye personal no Facultativo y Anestesista y consumos de material sanitario y no sanitario). Fuente SAS.*
- *El coste medio por hora de Facultativo utilizado se ha calculado con retribuciones medias SAS de 1999.*

En el cuadro 2 se recoge la estimación del coste de la reasignación de mujer a hombre. En este caso el importe oscila entre 2.558.474 pesetas y 3.124.718 pesetas.

Cuadro 2**ESTIMACION DEL COSTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LA TRANSEXUALIDAD. GENITOPLASTIA MASCULINIZANTE****VALORACION POR COSTES DEL PROCESO**

	COSTE UNITARIO	PRIMEA FASE		SEGUNDA FASE		TERCEA FASE		COSTE TOTAL
		UNIDADES	COSTE TOTAL	UNIDADES	COSTE TOTAL	UNIDADES	COSTE TOTAL	
HORAS DE QUIRÓFANO	86.104	7	602.728	8	688.832	4	344.416	1.635.976
FACULTATIVOS EN OPER.		3		2		2		
HORAS DE FACULTATIVO	4.923	21	103.383	16	78.768	8	39.384	221.535
ESTANCIAS MÉDICAS	41.907	12	502.884	10	419.070	5	209.535	1.131.489
PRÓTESIS TESTICULAR	24.476	2	48.952					48.952
PRÓTESIS PENEANA	1.250.000					1	1.250.000	1.250.000
COSTE TOTAL Ptas y (Euros)			1.257.947 (7 560,414)		1.186.670 (7 132,030)		1.843.335 (11 078,666)	4.287.952 (25 771,111)

Elaboración: D.G.Aseguramiento, Financiación y Planificación. Sº Informes Econ.y Financ. (18/06/99)

Notas:

- El número de estancias, horas de quirófano y de Facultativos es una estimación realizada por SAS (Subd. Asist. Esp.)
- Para el calcular el precio de la estancia se ha utilizado la escala de UPA. El valor de la UPA (Unidades Ponderadas de Asistencia del INSALUD) estimado para el grupo de Hospitales Regionales del SAS en 1997, actualizado a pesetas de 1999 es de 41.907 ptas.
- El coste de la hora de quirófano utilizado es el coste medio del Servicio de Urología en H. Reg. del SAS (incluye personal No Facultativo y Anestesista y consumos de material sanitario y no sanitario). Fuente SAS.
- El coste medio por hora de Facultativo utilizado se ha calculado con retribuciones medias SAS de 1999.

COSTE DE LA PRESTACIÓN.

Para evaluar el coste total y anual de la prestación hemos partido de la estimación de la demanda asistencial que puede satisfacerse mediante operación quirúrgica expresada en la sección 4 de este informe. La demanda total actual oscilaría entre 20 y 60 casos, la demanda anual nueva sería de 1 o 2 personas, y la proporción de casos de reasignaciones de hombre a mujer respecto a la opuesta estaría en torno a 2/1.

En el cuadro 3 se ha evaluado el coste total para los puntos extremos del intervalo de demanda y para los supuestos de coste mínimo de la operación sin estancias en U.C.I., y el de coste máximo de la operación con una estancia en U.C.I.

Cuadro 3

ESTIMACIÓN DEL COSTE TOTAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LA TRANSEXUALIDAD

	OPERACIÓN CON COSTE UNITARIO MAXIMO	
	COSTE MÍNIMO	COSTE MÁXIMO
REASIGNACIÓN DE HOMBRE A MUJER : Nº CASOS	13	40
REASIGNACIÓN DE HOMBRE A MUJER : COSTE	17.250.051	53.077.080
REASIGNACIÓN DE MUJER A HOMBRE : Nº CASOS	7	20
REASIGNACIÓN DE MUJER A HOMBRE : COSTE	30.015.664	85.759.040
REASIGNACIONES DE GÉNERO TOTALES : Nº CASOS	20	60
REASIGNACIONES DE GÉNERO TOTALES : COSTE	47.265.715 (284 072,668)	138.836.120 (834 421,886)

Elaboración: D.G.Aseguramiento, Financiación y Planificación. Sº Informes Econ.y Financ. (18/06/99)

Nota: Todas las cantidades en Pesetas y (Euros)

Para el caso de costes mínimos el coste total de la operación oscilaría entre 30,3 millones de pesetas y 89,4 millones dependiendo del número de casos atendidos (de 20 a 60).

Para el caso de costes máximos el coste total oscilaría entre 42,4 millones de pesetas y 125,7 millones.

Entre otras palabras, el coste total puede oscilar entre 30,3 millones de pesetas y 125,7 millones dependiendo del supuesto del coste unitario considerado y del número de casos atendidos.

En cuanto al coste anual, el coste máximo de casos nuevos (supuestos de costes unitarios máximos y con dos intervenciones, de las cuales una de reasignación de mujer a hombre) se situaría en 4.715.418 pesetas.

En los primeros ejercicios del establecimiento de la prestación el coste anual se ve incrementado, lógicamente, por los casos existentes que se puedan atender anualmente. En el supuesto de atender 10 casos anuales (incluidos los nuevos) el coste máximo anual en los primeros ejercicios se elevaría a 21,2 millones de pesetas aproximadamente.

CONCLUSIONES.

- 1) Los trastornos de identidad de género y la transexualidad son problemas de salud graves que han sido reconocidos como tales por algunos sistemas sanitarios públicos de la Unión Europea y por las organizaciones profesionales.
- 2) En las personas no intervenidas, se han descrito elevadas tasas de ansiedad, abuso de drogas y marginalización, intentos de suicidio, suicidio o automutilación, incluso a pesar de estar recibiendo tratamiento psicológico y de apoyo.
- 3) Las clasificaciones internacionales de enfermedades actualmente en uso, recogen estos trastornos con definiciones específicas (DSM-IV y CIE-10) y se consideran trastornos de Salud Mental, en la medida en que son patrones de comportamiento que producen una desventaja adaptativa significativa y causan sufrimiento personal. En ningún caso estos diagnósticos deben dar pie a estigmatización o detrimento de los derechos civiles y constitucionales.
- 4) La cobertura de esta prestación en otros sistemas sanitarios de nuestro entorno es variable, estando actualmente incluida su financiación en, al menos cuatro países europeos, (Holanda, Finlandia, Alemania y Suiza) a la vez que existe una recomendación del Parlamento Europeo al respecto.
- 5) La inclusión de la asistencia sanitaria en Andalucía como prestación específica es coherente con el ordenamiento jurídico actual.
- 6) El número de personas candidatas a ser intervenidas, calculado a partir de los estudios realizados en otros países europeos, se estima en un rango entre 100 y 300 personas. De éstos, tras un adecuado proceso diagnóstico serían candidatos a cirugía, un máximo de 60 personas. El número anual de nuevos casos podría oscilar entre 5 y 10.
- 7) Se han realizado numerosos estudios desde 1980 que publican los resultados obtenidos con este tipo de intervenciones. La mayoría encuentra claros beneficios en la intervención en términos de mejora en salud mental, función sexual, de síntomas psiconeuróticos, bienestar personal y disminución de consultas psiquiátricas y dosis de hormonas.
- 8) La calidad científica de estos estudios es baja, dado que las propias características del problema han hecho muy difícil llevar a cabo ensayos controlados y aleatorizados. La mayoría de estudios son descriptivos sobre series de casos, excepto un estudio controlado prospectivo.
- 9) En la investigación publicada se encuentra también un importante rango de efectos adversos que incluyen: insatisfacción con los resultados de la cirugía, rechazo y arrepentimiento de la intervención, infecciones, hemorragias, incontinencia urinaria, estenosis y necrosis, fístulas rectales, etc. Cada una de estas posibles complicaciones se presenta con incidencia muy variable entre estudios y las cifras deben ser interpretadas con gran precaución, dada la calidad metodológica antes comentada y las posibles diferencias entre centros quirúrgicos.
- 10) Es difícil establecer índices de efectividad del proceso global. La presencia de fracasos en casos no bien seleccionados obliga a la prudencia y a mantener los estándares.

- 11) La especialización del tratamiento requiere la especial capacitación de los profesionales en este campo. En la cirugía se requiere estar familiarizado con las técnicas, especialmente en el caso de la faloplastia que puede resultar de mayor complejidad.
- 12) No está disponible ningún análisis coste-efectividad o coste-utilidad de la intervención, en consonancia con la calidad de la investigación. Sin embargo puede deducirse que el coste para el sistema sanitario será bajo, en torno a cifras de 100 millones de pesetas en la primera fase de inclusión de la prestación.

RECOMENDACIONES.

- I. En función de las conclusiones anteriores, se **recomienda** la incorporación a las prestaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía del tratamiento integral de las personas con trastornos de identidad de género, incluyendo las intervenciones de reasignación de género.
- II. La **selección de candidatos** y las intervenciones deben realizarse mediante **criterios estandarizados**, previamente consensuados y en un centro sanitario con capacidad técnica contrastada y elevados estándares de calidad asistencial.
- III. Es muy importante considerar los estándares asistenciales de la Asociación Harry Benjamin como referencia, especialmente para el diagnóstico diferencial y los requisitos de acceso a las diferentes fases de tratamiento (Diagnóstico y recomendación de tratamiento por profesionales de salud mental acreditados –psicólogos o psiquiatras, test de la vida real, información detallada al paciente de los procedimientos y sus consecuencias, etc.)
- IV. La organización y coordinación asistencial serán claves en el desarrollo de la prestación. La puerta de entrada debe ser la atención primaria, con los Equipos de Salud Mental de Distrito como garantía de continuidad asistencial. La pequeña magnitud del problema hacen también recomendable la especialización y centralización de la selección de candidatos para los tratamientos hormonales y quirúrgicos y su realización.
- V. Resulta aconsejable desarrollar un programa de formación e información específico para los profesionales que vayan a participar en las distintas fases del proceso.
- VI. Deben establecerse mecanismos de evaluación continua y auditoria del programa, con especial atención al seguimiento de los estándares que se acuerden, los resultados de la cirugía y la mejoría e integración social de las personas intervenidas.
- VII. Finalmente, la implantación del procedimiento en el Sistema Sanitario Público de Andalucía ofrece una buena oportunidad para realizar investigación de calidad en este campo dirigida a las lagunas del conocimiento en este campo, así como mantener un registro prospectivo que permita evaluar los resultados a medio y largo plazo, usando o elaborando escalas e instrumentos y su validación. Debe prestarse especial atención al valor predictivo de los factores pronósticos que se empleen como criterios de selección.

REFERENCIAS.

Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR). Phalloplasty in female-male transsexuals. Technote TN6, December 1996. Edmonton: AHFMR; 1996.

Alberta Heritage Foundation for medical Research (AHFMR). Vaginoplasty in male-female transsexuals and criteria for sex reassignment surgery. Technote TN7, February 1997. Edmonton: AHFMR; 1997.

Baile M; Asua J. Cirugía para cambio de sexo. Vitoria: Departamento de Sanidad. Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA); 1999.

Becker S; Bosinski H; Clement U; Eicher W; Goerlich T; Hartmann U; et al. German Standards for the Treatment and Diagnostic Assessment of Transsexuals. Int J Transgender [serial on-line] 1998 Oct-Dec [citado 06/05/1999]; 2(4). URL:<http://www.symposion.com/ijt/ijtc0603.htm>

Best L; Stein K. Surgical gender reassignment for male to female transsexual people [on-line]. Southampton: Wessex Institute for Health Research and Development; 1998 Sept [citado 22/03/1999]. DEC Report No 88. URL:<http://www.epi.bris.ac.uk/rd/publicat/dec/dec88.pdf>

Fleming M., Steinman C., Bocknek G. (1998) Methodological Problems in Assessing Sex-Reassignment Surgery: A Reply to Meyer and Reter. IJT 2,2, <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0401.htm>

Landén M, Walinder J, Lundström B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. Acta Psychiatrica Scandinavica 1996;93: 221-223

Lundstrom B, Walinder J. Evaluation of candidates for sex reassignment. Nordisk Psykiatrisk 1985; 39:225-228.

Mate K, Cole C, Freschi M, Robin A. A controlled study of psychosocial and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. British Journal of Psychiatry 1990; 157: 261-264.

Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. Archives of Sexual 1996; 25: 589-600.

Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. User's guides to the medical literature. IV. How to use an overview. Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 1994; 272:1367-1371.

Petersen ME, Dickey R. Surgical sex reassignment: a comparative survey of international centers. Arch Sex Behav 1995;24:135-156.

Ravenna AR. Italian Standards of Care for Sex Reassignment in Gender Identity Disorder (DSM IV 302.85) Int J Transgender [serial on-line] 1998 Oct-Dec [citado 06/05/1999]; 2(4). URL:<http://www.symposion.com/ijt/ijtc0602.htm>

Swartz; LH. Legal Implications of the New Ferment Concerning Transsexualism. Int J Transgender [serial on-line] 1998 Oct-Dec [citado 06/05/1999]; 2(4). URL:<http://www.symposion.com/ijt/ijtc0604.htm>

The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). The Standards of care for gender identity disorders (Fifth version) [on-line]. Minneapolis: HBIGDA; 1998 [citado 10/05/1999]. URL:<http://www.tc.umn.edu/nlhome/m201/colem001/hbigda/hstndrd.htm>

The Royal College of Psychiatrists, Council Report CR63, January 1998 (1998), Gender Identity Disorders in Children and Adolescents. IJT II,2, <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0402.htm>

THE HARRY BENJAMIN INTERNATIONAL GENDER
DYSPHORIA ASSOCIATION, Inc.

ESTÁNDARES ASISTENCIALES EN TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO (QUINTA REVISIÓN)

Traducidos por Morote Ltd. para la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.¹

Esta es la quinta revisión de los Estándares Asistenciales desde la emisión del original en 1998. Esta quinta revisión está fechada el 15 de Junio de 1998. Las anteriores revisiones tienen fecha de 1980, 1981, y 1990.

Miembros del Comité:

Stephen B. Levine MD (Chairperson), George Brown MD, Eli Coleman PhD, Peggy Cohen-Kettenis PhD, J. Joris Hage MD, Judy Van Maasdam MA, Maxine Petersen MA, Friedemann Pfafflin, MD, Leah C. Schaefer EdD.

Consultores: Dallas Denny MA, Domineco DiCeglie MD, Wolf Eicher MD, Jamison Green, Richard Green MD, Louis Gooren MD, Donald Laub MD, Anne Lawrence MD, Walter Meyer III MD, C. Christine Wheeler PhD

CAPÍTULO PRIMERO – CONCEPTOS BÁSICOS

El objetivo de los estándares asistenciales. El objetivo principal de los Estándares Asistenciales (Standards of Care, SOC) es el de articular el consenso de esta organización profesional internacional acerca de la forma de tratar a nivel psiquiátrico, psicológico, médico y quirúrgico los trastornos de la identidad de género. Los profesionales pueden servirse de este documento para conocer los parámetros dentro de los cuales pueden ofrecer asistencia a aquellas personas con este tipo de problemas. Las personas con trastornos de la identidad de género, sus familiares y las instituciones sociales pueden utilizar los Estándares Asistenciales como medio para comprender la actual línea de pensamiento de los profesionales. Todos los lectores deberán tener presente las limitaciones en cuanto al conocimiento de esta área y la esperanza de que algunas de las incertidumbres clínicas sean resueltas en el futuro gracias a la investigación científica.

¹ **N. del E.:** la versión inglesa original de estos estándares puede ser consultada en Internet, en el URL: <http://www.tc.umn.edu/nlhome/m201/cole001/hbigda/hstndrd.htm>

El objetivo general del tratamiento. El objetivo general de las terapias ya sean psicoterapéuticas, endocrinas o quirúrgicas para el tratamiento de los trastornos de la identidad de género es la adaptación personal a largo plazo con el sexo con el que uno se identifica, con objeto de potenciar el bienestar y la autorrealización.

Los estándares asistenciales son directrices clínicas. Los Estándares Asistenciales tienen el propósito de aportar instrucciones flexibles para el tratamiento de los trastornos de la identidad de género. Al hablar de requisitos de elegibilidad, hablamos de requisitos mínimos. Tanto los profesionales a nivel individual como los programas pueden elevar el nivel de exigencia de estos requisitos. Se pueden producir divergencias estas directrices por singularidades en la anatomía, o en las condiciones sociales o psicológicas del paciente, por la evolución en los métodos de los profesionales experimentados para manejar una situación corriente un protocolo de investigación. Estas disensiones deberán ser admitidas como tales y deberán ser explicadas al paciente, tanto por razones de cobertura legal como por permitir la realización del seguimiento de los resultados a corto y a largo plazo, permitiendo una evolución del campo en cuestión.

El umbral clínico. Se traspasa el umbral clínico cuando la preocupación, la incertidumbre y las preguntas acerca de la identidad de género de una persona continúan desarrollándose y llega a ser tan intenso como para convertirse aparentemente en el aspecto más importante de la vida de la persona en cuestión, o impiden que se instaure una determinada identidad de género relativamente sin conflictos. Este conflicto de la persona se conoce a niveles más o menos informales como problema de la identidad de género, disforia de género, problema de género, preocupación por el propio género, tensión de género o transsexualidad. Este tipo de conflicto se suele manifestar desde los años preescolares hasta la vejez y tienen muchas manifestaciones alternativas. Estas manifestaciones se dan por los diferentes grados de insatisfacción personal con la anatomía sexual, características corporales propias de cada sexo, roles sexuales, identidad de género y la imagen que dé ante los demás. Cuando los individuos insatisfechos cumplen los criterios específicos según una o dos de las nomenclaturas oficiales – la Clasificación Internacional de Enfermedades – 10 (International Classification of Diseases-10 (ICD-10) o el Manual de Estadísticas y Diagnóstico de Trastornos Mentales – Cuarta Edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders--Fourth Edition (DSM-IV)—se puede afirmar formalmente que sufren un trastorno de la identidad de género. Algunas personas con trastornos de la identidad de género sobrepasan otro umbral – tienen el deseo persistente de sufrir la transformación quirúrgica de su cuerpo.

Existen dos grupos principales de población con trastornos de la identidad de género – Varones biológicos y hembras biológicas. El sexo del paciente es un factor significativo a la hora de tratar un trastorno de la identidad de género. Los profesionales clínicos deben considerar por separado los dilemas biológicos, sociales, psicológicos y económicos de cada sexo. Por ejemplo, cuando la típica hembra biológica solicita ayuda profesional, parece estar más avanzada en la consolidación de una identidad masculina que en el caso típico de los varones que persiguen una identidad de género femenina con la que sentirse cómodos. Esto hace que sea posible comenzar las terapias con mayor

rapidez en el caso de las personas con una identidad de género masculina. No obstante, todos los pacientes deben seguir los Estándares Asistenciales.

CAPÍTULO SEGUNDO

GUÍA ABREVIADA DE CONSULTA PARA LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES

ATENCIÓN–Es aconsejable que nadie utilice esta guía sin consultar el texto completo de los Estándares Asistenciales (Capítulo Tercero) que incluye explicaciones de estos conceptos.

- I. El contacto profesional con pacientes con trastornos de la identidad de género implica cualquiera de las siguientes acciones:
 - A. Evaluación del diagnóstico
 - B. Psicoterapia
 - C. Experiencia en la vida real
 - D. Terapia con hormonas
 - E. Tratamiento quirúrgico.

- II. Los roles del Profesional de la Salud Mental **respecto al paciente con problemas de género**. Se puede recurrir regularmente a Profesionales de la Salud Mental que trabajen con individuos con trastornos de la identidad de género para asumir de muchas de las siguientes responsabilidades:
 - A. Diagnosticar con precisión el trastorno de la identidad de género del individuo según la nomenclatura [DSM-IV](#) o bien la [ICD-10](#).
 - B. Diagnosticar con precisión cualquier condición psiquiátrica patológica que le acompañe y contemplar su tratamiento más adecuado.
 - C. Aconsejar al individuo acerca de la gama de opciones de tratamiento y sus consecuencias.
 - D. Ocuparse de la psicoterapia.
 - E. Determinar la elegibilidad y disposición para un tratamiento hormonal o quirúrgico.
 - F. Hacer recomendaciones oficiales a los colegas médicos y cirujanos.
 - G. Documentar el historial pertinente de su paciente con un informe de recomendación.
 - H. Pertenecer a un equipo de profesionales con interés en los trastornos de la identidad de género.

- I. Participar en la formación de los familiares, empresarios contratantes e instituciones acerca de los trastornos de la identidad de género.
 - J. Estar disponible para realizar un seguimiento de los pacientes anteriormente tratados.
- III. La formación de los profesionales de la salud mental
- A. El especialista en adultos
 - 1. Las competencias clínicas básicas para el diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales
 - 2. La formación clínica básica se puede dar dentro de cualquier asignatura oficial con créditos – por ejemplo, psicología, psiquiatría, asistencia social, ofrecer consejo, o enfermería.
 - 3. Créditos mínimos recomendados para obtener una competencia especial respecto a los trastornos de la identidad de género:
 - 1. Un título de master o su equivalente en un campo científico de la conducta clínica con la garantía de una institución acreditada por un consejo acreditativo reconocido a nivel nacional o regional.
 - 2. Formación especializada y competencia en la evaluación de trastornos sexuales según [DSM-IV/ICD-10](#) (y no sólo trastornos de la identidad de género)
 - 3. Formación y competencia supervisada y documentada en psicoterapia.
 - 4. Continuidad en la formación sobre el tratamiento de los trastornos de la identidad de género
 - B. El especialista en niños
 - 1. Formación en la psicopatología del desarrollo en la infancia y la adolescencia.
 - 2. Competencia en el diagnóstico y tratamiento de problemas ordinarios en niños y adolescentes.
- IV. Las diferencias entre los criterios de elegibilidad y disposición para los tratamientos hormonales o quirúrgicos.
- A. **Elegibilidad**—los criterios específicos que deben documentarse antes de pasar a un siguiente paso en la secuencia terapéutica triple (vida real, hormonas y cirugía)
 - B. **Disposición**—los criterios específicos que se fundamentan en la evaluación del clínico antes de dar el siguiente paso en la secuencia terapéutica triple.

V. Los informes documentales de los profesionales de la salud mental deberán especificar brevemente:

- A. Las características identificativas del paciente.
- B. El sexo inicial y de evolución y otros diagnósticos psiquiátricos y sexuales.
- C. La duración de su relación profesional incluyendo el tipo de psicoterapia o el tipo de evaluación a la que se sometió al paciente.
- D. Los criterios de elegibilidad que ha cumplido y las razones del Profesional de la Salud Mental para aconsejar el tratamiento con hormonas o la cirugía.
- E. La capacidad del paciente para seguir los Estándares Asistenciales hasta la fecha y las probabilidades de cumplimiento en el futuro.
- F. Si el autor del informe está integrado en un equipo de trabajo sobre el género o si, por el contrario, trabaja sin la ventaja que supone un equipo organizado.
- G. Aceptar recibir una llamada telefónica para comprobar si el informe documental es auténtico.

VI. Se requiere un informe para establecer un tratamiento con hormonas;

Se requieren dos informes para el tratamiento quirúrgico

A. Para el tratamiento quirúrgico se requieren dos informes de recomendación independientes y provenientes de dos profesionales de la salud mental que trabajen individualmente y sin colegas experimentados en los trastornos de la identidad de género y

1. Si el primero de estos informes es de una persona con un título de master, el segundo informe deberá venir de un psiquiatra o un psicólogo médico – aquellos de los que se puede esperar una evaluación correcta de una condición psiquiátrica patológica.

2. Si el primero de los informes proviene del psicoterapeuta del paciente, el segundo de los informes deberá venir de una persona cuya relación con el paciente se haya limitado a su evaluación. No obstante, cada uno de los informes deberá cubrir los mismos siete elementos.

B. Se puede aceptar un único informe con dos firmas si los profesionales de la salud mental realizan su labor e informan periódicamente sobre estos procesos a un equipo de otros profesionales de la salud mental y médicos no psiquiatras.

VII. Niños con trastornos de la identidad de género

A. La primera tarea del profesional especialista en la salud mental de los niños es aportar una cuidadosa evaluación del diagnóstico del género de los niños perturbados sexualmente.

1. Se evaluarán por separado la identidad de género del niño, y los roles sexuales del comportamiento, la dinámica familiar, las experiencias traumáticas del pasado, la salud psicológica general. Los niños perturbados sexualmente difieren de forma significativa en estos parámetros.
2. Nunca deberán emplearse terapias hormonales o quirúrgicas con los pacientes de este grupo de edad.
3. Los tratamientos prolongados pueden implicar terapia familiar, terapia marital, orientación a los padres, terapia individual al niño, o varias posibles combinaciones.
4. El tratamiento deberá abarcar todas las formas de psicopatologías, y no simplemente los trastornos del género.

VIII. Tratamiento de adolescentes

- A. En los casos típicos, el tratamiento es conservador, ya que el desarrollo de la identidad de género puede evolucionar rápida e inesperadamente. Se debe realizar un seguimiento de los adolescentes, se les debe aportar apoyo psicoterapéutico, se les debe informar sobre las opciones sexuales y se les debe animar a prestar atención a otros aspectos de su desarrollo social, intelectual, vocacional e interpersonal.
- B. Pueden ser elegibles para comenzar triada terapéutica a la temprana edad de 18 años, preferiblemente con el consentimiento paterno.
 1. Se supone que el consentimiento paterno se basa en una buena relación de trabajo entre el profesional de la salud mental y los padres, de forma que, también ellos, comprendan plenamente la naturaleza de los trastornos de la identidad de género.
 2. En muchos de los países europeos la mayoría de edad legal para la toma de decisiones médicas es de dieciséis a dieciocho años, y no se necesita el consentimiento paterno. En los Estados Unidos, la mayoría de edad se alcanza a los 18.
- C. El tratamiento con hormonas para adolescentes deberá realizarse en dos fases únicamente después de que la pubertad se haya establecido plenamente.
 1. Durante la fase inicial, se les deberá administrar un antiandrógeno a los varones biológicos (que solamente neutralice los efectos de la testosterona) o un antagonista del LHRH (que solamente detiene la producción de testosterona)
 2. A las hembras biológicas se les deberá administrar suficiente andrógenos, progestina o antagonistas del LHRH (que detengan la producción de estradiol, estrona y progesterona) para detener la menstruación.

3. La segunda fase de los tratamientos – después de haberse producido estos cambios y la salud mental del adolescente permanece estable
 - a. Se pueden suministrar agentes estrogénicos a los varones biológicos
 - b. A las hembras biológicas se les puede suministrar dosis más altas de andrógenos
 - c. La medicación de la segunda fase produce efectos irreversibles
- D. Antes de los 18 años. Algunos casos seleccionados, la experiencia en la vida real puede comenzar a los 16 años, con o sin la primera fase de hormonas. La administración de hormonas a adolescentes de menos de 18 años sólo se dará en raros casos.
 1. Las terapias de la primera fase para retrasar los cambios somáticos de la pubertad se realizan mejor en centro especializados en este tipo de tratamientos bajo la supervisión de, o con el asesoramiento de, un endocrinólogo, que forme parte de un equipo interdisciplinario.
 2. Esta intervención se justifica por dos objetivos
 - a. Para ganar tiempo para explorar en mayor profundidad el género y otros temas del desarrollo en psicoterapia
 - b. Para hacer el cambio más fácil si el adolescente insiste en cambiar de sexo.
 3. Para suministrar hormonas para el retraso de la pubertad en una persona de menos de 18 años de edad, se deben cumplir los siguientes criterios
 - a. Haber mostrado a lo largo de toda su infancia un patrón claro de identidad de género opuesta y una aversión a los comportamientos del rol de género esperado
 - b. Incremento significativo de la inadaptación a su sexo con la llegada de la pubertad
 - c. Los desarrollos sociales, intelectuales, psicológicos e interpersonales se ven limitados como consecuencia de su trastorno de la identidad de género
 - d. Ausencia de psicopatología grave, independiente de las causadas por su trastorno de la identidad de género
 - e. El consentimiento de la familia y su participación en la tríada terapéutica
- E. Antes de los 16 años. La segunda fase del tratamiento con hormonas, aquella que inducirá características del sexo opuesto, no deberá suministrarse antes de los 16 años.

F. La participación de un profesional de la salud mental es un requisito de elegibilidad para la aplicación de la Tríada Terapéutica durante la adolescencia.

1. Para que el paciente sea elegible para la implementación de una experiencia de vida real o terapia con hormonas, el profesional de la salud mental deberá involucrarse con el paciente y su familia durante un mínimo de seis meses.
2. Para que el paciente sea elegible para recomendación de cirugía reconstructiva o mastectomía, el profesional de la salud mental deberá estar plenamente involucrado con el adolescente y su familia durante al menos dieciocho meses.
3. Los adolescentes en edad escolar con trastornos de la identidad de género suelen encontrarse tan incómodos debido a la interacción con sus compañeros y sienten tal incapacidad de participar en los roles de su sexo biológico que rehusan asistir al colegio.
4. Los profesionales de la salud mental deberán estar dispuestos a trabajar en colaboración con el personal del colegio para encontrar la forma de continuar la educación y el desarrollo social de sus pacientes.

IX. Psicoterapia con adultos

A. Muchos adultos con trastornos de la identidad de género encuentran formas efectivas y cómodas de adaptarse a su identidad sin la secuencia de tratamiento triple con o sin psicoterapia.

B. La psicoterapia no es un requisito excluyente para la Tríada Terapéutica.

1. Los programas individuales pueden variar según se perciba la necesidad de psicoterapia.
2. Cuando la primera evaluación del profesional de la salud mental dé lugar a la recomendación de aplicar psicoterapia, el facultativo deberá especificar los objetivos del tratamiento, y hacer un cálculo de su duración y frecuencia.
3. El Comité de Estándares Asistenciales tiene sus reservas respecto a la insistencia de que se celebre un mínimo número de sesiones de psicoterapia antes de la experiencia de vida real, hormonas, o la cirugía sino que espera que los programas individuales sean los que determinen esto.
4. Si la psicoterapia no se lleva a cabo por un equipo de trabajo sobre el género, se deberá informar al psicoterapeuta que se le podría solicitar un informe en el que se describa la terapia aplicada al paciente para que paciente pueda pasar a una siguiente fase de la rehabilitación.

C. La psicoterapia suele aportar conocimientos acerca de la gama de opciones no contempladas de forma seria por parte del paciente. Sus objetivos son los siguientes:

1. Ser realista respecto al trabajo y a las relaciones
2. Definir y aliviar los conflictos del paciente que pudieran haber deteriorado un estilo de vida estable e intentar crear un estilo de vida estable a largo plazo
3. Encontrar la forma de vivir cómodamente con unos roles y un cuerpo de un determinado sexo

D. Aún cuando los objetivos iniciales sean alcanzados, los profesionales de la salud mental deberán discutir las posibilidades de que las terapias no educacionales, psicoterapéuticas, médicas o quirúrgicas puedan erradicar de forma permanente todos los vestigios psicológicos del sexo original de la persona.

X. La experiencia de la vida real

A. Al tener el cambio del sexo unas consecuencias inmediatas y profundas sobre la persona y su entorno social, la decisión deberá venir precedida de una consciencia sobre cuáles son estas probables consecuencias respecto a nivel de familia, vocación profesional, relaciones interpersonales, educación, economía y aspectos legales.

B. Cuando los facultativos evalúan la calidad de la experiencia de vida de una persona en los nuevos roles de su nuevo sexo, se deberán revisar las siguientes capacidades

1. Conservar su empleo a jornada total o parcial
2. Poder ejercer de estudiante
3. Poder participar en actividades de voluntariado en la comunidad
4. Asumir posibles combinaciones de los puntos 1 al 3
5. Adquirir un nuevo nombre o apellido legalmente
6. Aportar documentación por la que se demuestre que otras personas distintas del terapeuta tienen o sabe que el paciente se comporta conforme a los roles del nuevo sexo.

XI. Criterios de elegibilidad y disposición para la aplicación de terapia con hormonas a adultos

A. Existen tres criterios de elegibilidad.

1. 18 años de edad
2. Conocimientos demostrables de lo que las hormonas administradas con fines médicos pueden conseguir y sus ventajas y riesgos a nivel social
3. El paciente debería someterse a una experiencia de la vida real debidamente documentada durante al menos tres meses antes de la administración de hormonas o

4. Deberá ser sometido a psicoterapia durante un periodo especificado por el profesional de la salud mental después de la evaluación inicial (normalmente un mínimo de tres meses).

5. Bajo ninguna circunstancia se suministrarán hormonas a una persona que no haya cumplido los criterios número 3 ó número 4.

B. Existen tres criterios de disposición:

1. El paciente ha aumentado la consolidación de su identidad de género durante la experiencia de vida real o la psicoterapia

2. El paciente ha realizado progresos en el dominio de otros problemas de identidad que conduzcan a la mejora o continuidad de su estabilidad mental

3. Es posible que tome las hormonas de forma responsable

C. Las hormonas se pueden suministrar a aquellos que inicialmente no deseen una intervención quirúrgica o una experiencia de la vida real. No obstante, deben ser diagnosticados de forma adecuada, y cumplir con los criterios anteriormente expuestos para la administración de hormonas.

XII. Requisitos para la reconstrucción de los genitales y de la mama por medios quirúrgicos

A. Existen seis criterios para las diferentes variantes de la intervención quirúrgica y se aplican igualmente a los varones biológicos y a las hembras biológicas

1. Mayoría de edad legal en el país del paciente

2. 12 meses de tratamiento con hormonas en aquellos casos en los que no existan contraindicaciones médicas

3. 12 meses de experiencia de vida real continua con éxito. Periodos de retorno al género original podrían ser indicativos de ambivalencia en cuanto a la continuación del tratamiento y no deberían ser considerados como cumplimiento de este criterio

4. Aunque la psicoterapia no sea un requisito excluyente para la intervención quirúrgica en adultos, el profesional de la salud mental podría exigirlos durante el periodo de experiencia de vida real con una frecuencia mínima determinada por el mismo profesional de la salud mental.

5. El conocimiento de los costes, los plazos de hospitalización, las posibles complicaciones y los requisitos de la rehabilitación postoperatoria de los diversos tipos de intervenciones quirúrgicas.

6. Conocimiento de los diferentes cirujanos competentes

- B. Existen dos criterios de disponibilidad
 1. Progresos demostrables en la consolidación de la nueva identidad de género
 2. Progresos demostrables en cuanto a su relación con el trabajo, la familia y los temas interpersonales que tengan como consecuencia una mejora o al menos una estabilidad de la salud mental.

XIII. Cirugía

A. Genitales, mama, y otras intervenciones quirúrgicas para el paso de varón a hembra.

1. Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir orquectomía, penectomía, vaginoplastia, cirugía plástica de la mama (aumento), y cirugía de las cuerdas vocales.
2. La vaginoplastia requiere tanto cirugía complicada como tratamiento postoperatorio. Existen tres técnicas diferentes: transplante retocsigmoidal pediculado, o injerto de piel para formar la nueva vagina.
3. La cirugía plástica de la mama (aumento) puede realizarse con anterioridad a la vaginoplastia si el facultativo que prescribe las hormonas y el cirujano han comprobado que el aumento del volumen del pecho después de dos años de tratamiento con hormonas no es suficiente para adaptarse al rol social del nuevo sexo. Otras intervenciones que se pueden realizar para ayudar a la feminización son: condroplastia tiroidea reductora, liposucción de la cintura, rinoplastia, reducción de los huesos faciales, estiramamiento facial y blefaroplastia.

B. Cirugía genital y del pecho para el paso de hembra a varón.

1. Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir mastectomía, histerectomía, salpingooforectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia, uretroplastia y falloplastia.
2. Las técnicas actuales para la falloplastia son varias. La elección de la técnica concreta deberá regirse por factores anatómicos y quirúrgicos. Si el objetivo de la falloplastia es el de obtener un neofalo con buen aspecto, capacidad para la micción de pie y/o capacidad para el coito, el paciente se le deberá informar que existen dos pasos independientes en la intervención quirúrgica y frecuentes dificultades técnicas que exigen operaciones adicionales.
3. En el caso de algunos individuos con gran volumen del pecho la reducción del volumen del pecho podría ser necesaria en las primeras etapas del proceso para hacer posible una experiencia de vida real.
4. Puede que sea necesaria una liposucción para el modelado final del cuerpo.

- C. Profesionales del seguimiento postoperatorio.
1. Se suele asociar un buen resultado psicosocial con un seguimiento postoperatorio a largo plazo.
 2. El seguimiento es imprescindible para la salud médica y anatómica subsiguiente y para que el cirujano tenga conocimiento acerca de los beneficios y limitaciones de la cirugía.
 - a. Los pacientes en periodo postoperatorio pueden erróneamente abandonar el seguimiento de los facultativos que le prescriben las hormonas y el de los profesionales de la salud mental.
 - b. Estos facultativos son los más capacitados para evitar, diagnosticar y tratar cualquier posible condición médica a largo plazo propias exclusivamente de las personas tratadas con hormonas e intervenidas quirúrgicamente.
 - c. Los cirujanos que operen a personas que se hayan desplazado una gran distancia deberán incluir en el plan de cuidados un seguimiento personal.
 - d. La continuidad del seguimiento a largo plazo debe ser económicamente viable y disponible en la región geográfica del paciente.
 - e. Los pacientes en periodo postoperatorio también tienen preocupación por su salud general y deberán someterse a pruebas médicas regulares según las directrices recomendadas.
 3. La necesidad del seguimiento va más allá del endocrinólogo y el cirujano, para llegar hasta el profesional de la salud mental, que al haber pasado con el paciente más tiempo que cualquier otro profesional, se encuentra en una excelente posición para ayudar en cualquier posible complicación postoperatoria.

CAPÍTULO TERCERO

TEXTO COMPLETO DE LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES

Introducción. Esta sección ofrece un conocimiento en profundidad de los Estándares Asistenciales. Incluye información completa acerca de los asuntos que, o bien no se incluyeron en la Guía Abreviada de Consulta o solamente aparecieron como elementos de una lista de forma abreviada. Esta explicación de los Estándares Asistenciales está pensada para todo tipo de lectores – profesionales, familiares y personal de las instituciones que deban tomar decisiones acerca de personas con trastornos de la identidad de género.

I. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

Frecuencia. La primera vez que los trastornos de la identidad de género atrajeron la atención profesional, las perspectivas clínicas se concentraron en gran parte en el método para identificar a los candidatos para someterse a cirugía para la adquisición de un nuevo sexo. Conforme este campo ha ido madurando, los profesionales reconocieron que algunas de las personas con trastornos de la identidad de género bona fide ni deseaban ni eran candidatos para la adquisición de un nuevo sexo por medio de la cirugía. Los primeros cálculos de frecuencia de aparición de trastornos de la identidad de género en adultos establecieron 1 caso entre 37.000 varones y 1 caso entre 107.000 hembras. Las últimas informaciones sobre casos transexuales extremos con trastornos de la identidad de género en Holanda es de 1 caso de cada 11.900 varones y 1 caso de cada 30.400 hembras. Cuatro factores, todavía por confirmar con estudios sistemáticos aumentan la probabilidad de que la frecuencia sea más alta: 1) en ocasiones se diagnostica trastornos sexuales no reconocidos cuando los pacientes muestran ansiedad, depresión, desórdenes de la conducta, abuso de drogas, trastornos disociativos de la identidad, otros trastornos sexuales y condición sexual ambigua; 2) algunos varones travestidos, imitadores de mujeres, y homosexuales varones o hembras pueden padecer algún tipo de trastorno de la identidad de género; 3) la intensidad de los trastornos de la identidad de género de algunas personas fluctúa por encima y por debajo del umbral clínico; 4) las diferencias del comportamiento sexual de los individuos biológicamente femeninos suelen ser relativamente invisibles en el entorno cultural, y particularmente a los profesionales de la salud mental y a los científicos.

Historia natural de los trastornos de la identidad de género. En el pasado, se ha prestado tanta atención a la secuencia terapéutica de una vida conducida según los roles del sexo contrario, a la administración de hormonas del sexo contrario, y a la cirugía genital (y otras) que algunos cometieron el error de asumir que un diagnóstico de trastornos de la identidad de género debía conducir inevitablemente a esta secuencia. De hecho, un diagnóstico de trastornos de la identidad de género solamente da lugar a una seria consideración de una compleja gama de opciones, de entre las cuales, el tratamiento médico por medio de secuencia terapéutica triple es sólo una de ellas. En circunstancias ideales, los datos de los sondeos acerca de la historia natural de los conflictos debidos a la identidad de género informarían sobre todas las decisiones tomadas en cuanto a los tratamientos. Carecemos de estas excepto para demostrar que la mayoría de los niños varones con trastornos de la identidad de género superaron con la edad su deseo de convertirse en niñas sin ningún tipo de terapia. Otros cinco factores con menos fundamentos científicos evitan que los facultativos prescriban la secuencia terapéutica triple únicamente en base a un diagnóstico: 1) algunas de las personas que habían sido diagnosticadas cuidadosamente cambiaron sus aspiraciones; 2) otros se adaptaron más cómodamente a sus identidades sexuales sin intervención médica; 3) otros abandonaron su deseo de seguir la secuencia terapéutica triple durante las sesiones de psicoterapia; 4) algunas clínicas para el trastorno de la identidad de género tienen un índice de abandonos inexplicablemente alto; y 5) el porcentaje de personas que no obtiene ningún beneficio de la secuencia terapéutica triple varía significativamente entre unos estudios y otros.

Diferencias culturales respecto a los trastornos de la identidad de género en todo el mundo. Aún cuando los estudios epidemiológicos establecen que

existe un índice básico de trastornos de la identidad de género similar en todo el mundo, es probable que las diferencias culturales entre unos países y otros alteren la expresión conductual de los trastornos. Además, el acceso al tratamiento, los costes del tratamiento, las terapias que se ofrecen y las actitudes sociales hacia la persona que padece el trastorno y hacia los profesionales que ofrecen sus cuidados difieren ampliamente entre unos y otros lugares. Mientras que en la mayoría de los países, cruzar la frontera de los sexos tiene mayores probabilidades de provocar un escándalo moral en lugar de compasión, existen relevantes ejemplos en ciertas culturas en las que las conductas del sexo contrario por parte de los líderes espirituales no son estigmatizadas.

II. NOMENCLATURAS DEL DIAGNÓSTICO

Los cinco elementos del trabajo clínico. La intervención profesional con pacientes con trastornos de la identidad de género implica cualquiera de los siguientes elementos: evaluación del diagnóstico, psicoterapia, experiencia de vida real, terapia con hormonas, y terapia quirúrgica. Esta sección aporta una base para la primera de las etapas – evaluación del diagnóstico.

El desarrollo de una nomenclatura. El término “transexual” surgió para el uso profesional y público en los años 50 para designar a aquella persona que aspiraba o de hecho vivía según los roles de las personas de sexo opuesto, independientemente de que se hubiera o no suministrado hormonas o se hubiera intervenido quirúrgicamente. Durante los años 60 y 70 los facultativos acuñaron el término “transexual verdadero”. Se consideraba que el transexual verdadero era una persona con una línea de desarrollo de la identidad de género que hacía predecir una vida mejor con una secuencia de tratamiento que culminaba en la cirugía genital. Se consideraba que tenían: 1) identificación con el sexo opuesto constantemente expresada por su comportamiento durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta; 2) una excitación sexual mínima o inexistente al vestir como el sexo opuesto; y ningún interés heterosexual (en relación a su sexo anatómico). Los transexuales verdaderos podían ser de cualquiera de los dos sexos. Los “transexuales verdaderos” varones se distinguían de los varones en los que surgía el deseo de cambiar su sexo siguiendo una línea de desarrollo comportamental razonablemente masculina. La creencia en el concepto del transexual verdadero se disipó al comprobar que: 1) rara vez aparecían tales pacientes; 2) era más común que aquellos que solicitaban cirugía reconstructiva genital tuvieran historiales adolescentes de vestirse con las ropas del sexo opuesto de forma fetichista o fantasías autoginefilicas sin vestirse con las ropas del sexo contrario; 3) algunos de los transexuales verdaderos habían falsificado sus historias para hacerlas coincidir con las últimas teorías acerca de este tipo de trastornos. El concepto de “transexuales verdaderos” hembras nunca originó incertidumbre en el diagnóstico, mayormente, porque las historias de los pacientes eran relativamente coherentes y las desviaciones del comportamiento respecto al género, tales como vestirse con las ropas del sexo opuesto permanecieron ocultas a los facultativos. Se adoptó entonces el término de “síndrome de disforia sexual” para designar la presencia de un problema de identidad de género en cualquiera de los dos sexos hasta que la psiquiatría desarrollara una nomenclatura oficial.

Se introdujo la diagnosis de la Transexualidad en [DSM-II](#) en 1980 para los individuos con disforia sexual que mostraron un interés continuo durante dos años en eliminar su anatomía sexual y transformar sus cuerpos y roles sociales. Otros con disforia sexual podían ser diagnosticados como Trastornos de la Identidad

de género Adolescente o Adulto del Tipo No Transexual o Trastornos de la Identidad de género Sin Especificaciones (Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified (GIDNOS)). Estos términos para el diagnóstico fueron obviados por los medios de comunicación, que utilizaron el término transexual para referirse a cualquier persona que deseara cambiar o que hubiera cambiado de sexo.

El DSM-IV. En 1994, el comité del DSM-IV reemplazó el diagnóstico de Transexualismo por el de Trastornos de la Identidad de género. Dependiendo de la edad, a aquellos con una fuerte y persistente identificación con el sexo opuesto y una persistente incomodidad en su sexo o un sentimiento de impropiedad en los roles de su sexo, se les había de diagnosticar Trastornos de la Identidad de género Infantil (302.6), Adolescente, o Adulta (302.85). Aquellas personas que no cumplieran los criterios habrían de ser diagnosticadas Trastornos de la Identidad de género Sin Especificaciones (Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified (GIDNOS)) (302.6). Esta categoría abarcaba unas ciertas variedades de individuos – aquellos que deseaban solamente la castración o penectomía sin ir acompañado del deseo de desarrollar pecho; aquellos con una condición sexual ambigua congénita; aquellos que vestían con las ropas del sexo opuesto en situaciones de estrés y de forma transitoria; aquellos con un considerable grado de ambivalencia acerca de abandonar sus roles sexuales. Los pacientes con Trastornos de la Identidad de género y [GIDNOS](#) habían de ser clasificados según el sexo de atracción: con atracción hacia los varones, con atracción hacia las hembras; con atracción hacia ambos; sin atracción hacia ninguno. Esta subclasificación basada en la orientación sexual tenía el propósito de ayudar a determinar con el tiempo si los individuos de una determinada orientación; **no** tenían la intención de orientar en cuanto a las decisiones relativas al tratamiento.

Entre las publicaciones de [DSM-III y DSM-IV](#) comenzó a utilizarse el término “transexuado” de varias formas diferentes. Algunos lo empleaban para referirse a individuos con identidades sexuales inusuales de forma libre – es decir, sin ninguna connotación de psicopatología. Algunos profesionales lo utilizaban de manera informal para referirse a cualquier persona con cualquier tipo de problema de identidad de género. Transexuado no es un diagnóstico, pero los profesionales lo encuentran más fácil de utilizar informalmente que [GIDNOS](#), que sí es un diagnóstico.

ICD-10. El ICD-10 ofrece cinco diagnósticos para los Trastornos de la Identidad de género (F64):

Transexualismo (F64.0) con tres criterios:

1. El deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, normalmente acompañado del deseo de hacer que su cuerpo sea tan congruente como sea posible con el sexo preferido por medio de la cirugía y el tratamiento con hormonas.
2. La identidad transexual ha estado presente de forma persistente durante al menos dos años
3. El trastorno no es un síntoma de otro trastorno mental o una anomalía cromosómica.

Travestismo del sexo opuesto (F64.1) con tres criterios:

1. El individuo lleva vestidos del sexo opuesto con la intención de experimentar de forma temporal la pertenencia al sexo opuesto

2. No existe motivación sexual al ponerse ropas del sexo opuesto
3. El individuo no siente el deseo de cambiar al sexo opuesto de forma permanente

Trastornos de la identidad de género en la infancia (64.2) con criterios independientes para niñas y para niños. Para niñas:

1. El individuo muestra una angustia intensa y persistente por ser una niña, y ha expresado su deseo de ser un niño (no simplemente el deseo por haber percibido ciertas ventajas sociales al ser un niño) o insiste en que ella es un niño.
2. Cualquiera de los siguientes criterios:
 - a. una marcada y persistente aversión a vestir según la norma femenina y la insistencia en llevar ropas típicamente masculinas.
 - b. rechazo persistente de las características anatómicas femeninas, evidenciadas al menos por medio de algunos de los siguientes comportamientos:
 1. afirmar que va a crecerle o que le ha crecido un pene
 2. rehusar a orinar en posición sentada
 3. afirmar que no quiere que le crezca el pecho o tener la menstruación
3. La niña no ha alcanzado la pubertad
4. El trastorno debe haber estado presente durante al menos 6 meses

Para niños:

1. El individuo muestra una angustia intensa y persistente por ser una niña, y ha expresado su deseo de ser una niña o insiste en que él es una niña.
2. Cualquiera de los siguientes criterios:
 - a. interés por las actividades típicas del estereotipo femenino, que se manifiestan por la preferencia por los vestidos del sexo opuesto o la simulación de prendas femeninas, o por un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de las niñas y el rechazo a los juguetes del estereotipo masculino, sus juegos y sus actividades
 - b. rechazo persistente de las características anatómicas masculinas, evidenciadas al menos por medio de algunos de los siguientes comportamientos:
 1. que cuando crezca se convertirá en una mujer (no solo asumirá sus roles)
 2. que su pene o testículos son repugnantes y que desaparecerán
 3. que sería mejor no tener pene o testículos
3. El niño no ha alcanzado la pubertad
4. El trastorno debe haber estado presente durante al menos 6 meses

Otros trastornos de la identidad de género (F64.8) no tienen criterios específicos

Trastornos de la identidad de género, no específicos no tiene criterios específicos

Se podría utilizar cualquiera de los dos diagnósticos anteriores con aquellos individuos con una condición sexual ambigua.

El objetivo del DSM-IV y del ICD-10 es el de organizar y orientar el tratamiento y la investigación. Estas nomenclaturas se crearon en momentos diferentes y fueron impulsadas por diferentes grupos de profesionales por medio de un proceso de consenso. Se espera que las diferencias existentes entre los dos sistemas hayan sido eliminadas para el año 2.000. En este momento, los diagnósticos específicos se basan en mayor medida en el razonamiento clínico que en la investigación científica. Por ejemplo, no se ha estudiado lo suficiente si los patrones de atracción sexual pueden predecir si un paciente será una persona de mejor salud mental en un periodo de cinco años con o sin la secuencia de tratamiento triple.

Los Trastornos de la Identidad de género son Trastornos Mentales. Para ser considerados trastornos mentales, cualquier patrón de comportamiento debe tener como consecuencia una significativa desventaja adaptativa para la persona y producirle un sufrimiento mental. El DSM-IV y el ICD-10 han definido cientos de males mentales que pueden variar en su aparición, duración, patogénesis, discapacidad funcional, y posibilidad de tratamiento. La designación de los Trastornos de la Identidad de género como trastornos mentales no es una licencia para estigmatización o la privación de los derechos civiles del paciente. La utilización de un diagnóstico oficial es un paso importante para poder ofrecer asistencia, aportando cobertura sanitaria por parte de la seguridad social² y generando la investigación que aporte tratamientos más efectivos en el futuro.

III. EL PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL

Las diez funciones del profesional de la salud mental. Se puede solicitar de los profesionales de la salud mental que trabajen con individuos con trastornos de la identidad de género que asuman muchas de las siguientes responsabilidades:

1. diagnosticar con precisión el trastorno de la identidad de género del individuo;
2. diagnosticar con precisión cualquier condición psiquiátrica patológica que le acompañe y considerar su tratamiento más adecuado;
3. aconsejar al individuo acerca de la gama de opciones de tratamiento y sus consecuencias;
4. ocuparse de la psicoterapia

² N.T.: Aquí no se hace mención a ningún organismo oficial, simplemente se indica “health insurance”, que es una forma genérica de referirse a los organismo oficiales que se ocupan de ofrecer asistencia sanitaria en los diferentes países.

5. decidir sobre la elegibilidad y disposición para la terapia con hormonas y la intervención quirúrgica;
6. hacer recomendaciones oficiales a colegas médicos y cirujanos;
7. documentar el historial pertinente de su paciente con un informe de recomendación;
8. pertenecer a un equipo de profesionales con interés en los trastornos de la identidad de género;
9. participar en la formación de los familiares, empresarios contratantes e instituciones acerca de los trastornos de la identidad de género;
10. estar disponible para realizar un seguimiento de los pacientes anteriormente tratados.

La Formación de los Profesionales de la Salud Mental.

El Especialista en Adultos. La formación de los profesionales de la salud mental que se especialicen en adultos se basa en competencia clínicas básicas y generales para la diagnosis y tratamiento de trastornos mentales o emocionales. La formación clínica básica se puede dar dentro de cualquier asignatura oficial con créditos – por ejemplo, psicología, psiquiatría, asistencia social, ofrecer consejo, o enfermería. Los créditos mínimos recomendados para adquirir una competencia específica respecto a los trastornos de la identidad de género:

1. Un título de master o su equivalente en un campo científico de la conducta clínica. Este u otro título superior deberá tener la garantía de una institución acreditada por un consejo acreditativo reconocido a nivel nacional o regional. Los profesionales de la salud mental deberán contar con acreditaciones por escrito de una institución formativa y un consejo que le conceda autorización.
2. Formación especializada y competencia en la evaluación de trastornos sexuales según [DSM-IV/ICD-10](#) (y no sólo como trastornos de la identidad de género)
3. Formación y competencia supervisada y documentada en psicoterapia.
4. Continuidad en la formación sobre el tratamiento de los trastornos de la identidad que podrían incluir la asistencia a reuniones profesionales, talleres o la participación en investigaciones relacionadas con temas relativos a la identidad de género.

El especialista en niños. El profesional que deba evaluar y prescribir terapias para un niño o adolescente incipiente con Trastornos de la Identidad de género deberá haber recibido formación en psicopatologías del desarrollo en niños y adolescentes. Deberá ser competente para el diagnóstico y tratamiento de los problemas ordinarios de los niños y adolescentes.

Diferencias entre elegibilidad y disposición. Los Estándares Asistenciales incluyen requisitos para la elegibilidad para el tratamiento con hormonas y para la intervención quirúrgica. Si el paciente no cumple previamente los requisitos de elegibilidad, ni el mismo paciente ni el terapeuta deberán solicitar tratamiento con hormonas ni cirugía. Un ejemplo de requisito de elegibilidad sería: una per-

sona deberá vivir según el sexo preferido durante al menos doce meses antes de aplicar cirugía reconstructiva genital. Para cumplir con este criterio, el profesional necesita documentar que esta experiencia de vida real ha sucedido durante este plazo de tiempo. Cumplir con los criterios de disposición – avanzar en la consolidación de la identidad de género que se está desarrollando o mejorar en la salud mental dentro del nuevo rol de género – es más complicado porque depende de la apreciación del facultativo. El facultativo podría pensar que la persona no está preparada todavía porque su comportamiento contradice con frecuencia lo que afirma ser sus necesidades y objetivos.

La relación del profesional de la salud mental con el endocrinólogo y el cirujano. Los profesionales de la salud mental que recomienden la aplicación de un tratamiento con hormonas y la intervención quirúrgica comparten las responsabilidades legales y éticas que conlleva esa decisión junto con el facultativo que prescriba el tratamiento. Los tratamientos hormonales pueden, con frecuencia, aliviar la ansiedad y la depresión de las personas sin necesidad de recurrir a medicación psicotrópica adicional. Sin embargo, algunos individuos necesitan medicación psicotrópica previamente o simultáneamente con el suministro de hormonas o la intervención quirúrgica. Se espera del profesional de la salud mental que tome estas decisiones y que se asegure que la medicación psicotrópica adecuada sea suministrada al paciente. La coexistencia de patologías psiquiátricas no necesariamente impide el tratamiento hormonal o quirúrgico, pero algunos diagnósticos presentan dilemas difíciles de resolver en cuanto al tratamiento y podrían demorar o impedir la utilización de alguna de las dos formas de tratamiento.

Los informes documentales de los profesionales de la salud mental deberán especificar brevemente:

1. Las características identificativas del paciente.
2. El sexo inicial y de evolución y otros diagnósticos psiquiátricos y sexuales.
3. La duración de su relación profesional incluyendo el tipo de psicoterapia o el tipo de evaluación a la que se sometió al paciente.
4. Los criterios de elegibilidad que ha cumplido y las razones del Profesional de la Salud Mental para apoyar el tratamiento con hormonas o la cirugía.
5. La capacidad del paciente para seguir los Estándares Asistenciales hasta la fecha y las probabilidades de cumplimiento en el futuro.
6. Si el autor del informe está integrado en un equipo de trabajo sobre el género o si, por el contrario, trabaja sin la ventaja que supone un equipo organizado.
7. Aceptar recibir una llamada telefónica para verificar el hecho de que el profesional de la salud mental redactó el informe tal y como se describe en este documento.

La forma de organización y lo completo de estos informes aportarán al facultativo que haya de prescribir el tratamiento con hormonas y al cirujano que haya de intervenir, un grado importante de seguridad en cuanto al nivel de conocimientos del profesional de la salud mental sobre temas relacionados con el género y en cuanto a su competencia para ejercer el papel de profesional de la salud mental.

Se requiere un informe para establecer un tratamiento con hormonas. Es suficiente una carta de un profesional de la salud mental en la que se incluyan los siete puntos anteriores, dirigida al profesional de la medicina que vaya a ser ocuparse de tratamiento endocrino del paciente.

Normalmente se requieren dos informes para el intervenir quirúrgicamente. Lo ideal es que los profesionales de la salud mental lleven a cabo su tarea e informen periódicamente sobre estos procesos a un equipo de profesionales de la salud mental y facultativos no psiquiátricos. Las cartas de recomendación a los facultativos o a los cirujanos que hayan sido escritas tras el debate con el equipo con el que trabajan sobre cuestiones de identidad de género reflejarán la influencia del grupo entero. Normalmente será suficiente una sola carta dirigida al cirujano que vaya a realizar la intervención siempre y cuando venga firmada por dos profesionales de la salud mental.

No obstante, lo más frecuente es que la carta de recomendación venga de profesionales de la salud mental que trabajan individualmente y sin contacto con colegas experimentados en temas de Trastornos de la Identidad de género. Ya que los profesionales que trabajan independientemente no tienen la ventaja de un continuo asesoramiento profesional en casos de identificación sexual, se requerirán dos cartas de recomendación antes de comenzar la terapia con hormonas o quirúrgica. Si la primera de las cartas viene de una persona con un título de master, la segunda de las cartas deberá venir de un psiquiatra o un psicólogo médico – aquellos con títulos de doctor de los que se puede esperar una correcta evaluación de una condición psiquiátrica patológica. Si la primera de las cartas viene del psicoterapeuta del paciente, la segunda de las cartas deberá proceder de una persona que solamente haya jugado el papel de evaluador ante el paciente. No obstante, se espera que cada una de las cartas cubra los mismos temas. Al menos una de las cartas deberá ser un informe completo y detallado. El autor de la segunda de las cartas, una vez que haya leído la primera de las cartas, tiene la opción de aportar un resumen y su conformidad con la recomendación.

IV. TRATAMIENTO EN LA INFANCIA

La primera tarea con que se enfrenta el profesional de la salud mental especializado en niños consiste en realizar una minuciosa evaluación diagnóstica del niño con trastornos de la identidad sexual. Esto implica evaluar por separado la identidad sexual del niño, sus conductas asociadas al rol sexual, la dinámica familiar, los posibles traumas del pasado, así como su salud psicológica en general. Los niños que padecen trastornos de la identidad sexual pueden mostrar diferencias muy significativas en estos parámetros. Dado que muchos de estos niños no suelen reunir los criterios formales del TIS infantil y muchos de los que lo hacen dejan de manifestarlos al ir avanzando en la niñez, en ningún caso se deben instaurar tratamientos hormonales ni quirúrgicos en pacientes que se encuentren dentro de este grupo de edad. No obstante, sí es necesario proponer un tratamiento para estos niños de acuerdo con los resultados de la evalua-

ción efectuada por el facultativo. Dicho tratamiento puede consistir en terapia familiar, terapia de pareja, orientación para los padres, terapia individual para el niño o combinaciones de algunas de ellas. El tratamiento debe ir dirigido hacia todas las patologías psicológicas que manifieste, no sólo hacia las relacionadas con la identidad sexual. Es necesario tratar de hacer un seguimiento de la familia aun en los casos leves de trastornos de la identidad sexual. De este modo, tanto el niño como su familia podrán beneficiarse de una asistencia continuada a fin de observar la evolución del problema, con la ventaja añadida de que el facultativo tendrá así la posibilidad de confirmar la validez de la evaluación inicial.

V. TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES

Los adolescentes deben tratarse de una forma muy conservadora, ya que el desarrollo de su identidad sexual puede sufrir modificaciones rápidas e inesperadas. En estos pacientes se debe efectuar un seguimiento, proporcionarles apoyo psicoterapéutico, información sobre sus opciones sexuales y tratar de desviar su atención hacia otros aspectos de su desarrollo social, intelectual, vocacional e interpersonal. Al principio puede darse en la adolescencia un cambio hacia la conformidad sexual con el fin de complacer a la familia, pero es posible que esta situación no se mantenga o que refleje un cambio permanente en su identidad sexual. Es muy recomendable la realización de un seguimiento clínico.

Los adolescentes pueden recibir terapia triádica a partir de los 18 años, preferiblemente con consentimiento por parte de los padres. Esto facilita una buena relación entre el profesional de la salud mental y los padres, de manera que éstos también llegan a comprender todo el alcance del TIS. En numerosos países europeos, las personas de entre 16 y 18 años de edad son adultos desde el punto de vista legal para tomar decisiones médicas sin necesidad de autorización paterna.

La edad a la que los pacientes que sigan mostrando firmes deseos de vivir adoptando permanentemente el rol sexual opuesto pueden comenzar sus experiencias en la vida real o la terapia hormonal es a los 18 años.

La terapia hormonal en adolescentes. El tratamiento hormonal debe realizarse en dos fases, siempre y cuando haya transcurrido cierto tiempo desde el comienzo de la pubertad. En la fase inicial, los varones biológicos deben recibir un antiandrógeno (que sólo neutralice los efectos de la testosterona) o un agonista LHRH (que detenga sólo la producción de testosterona), y las mujeres biológicas suficientes andrógenos, progestinas o agonistas LHRH (que interrumpan la producción de estradiol, estrona y progesterona) como para suprimir la menstruación. Una vez realizados estos cambios y comprobado que la salud mental del adolescente permanece en situación estable, se pueden administrar agentes estrogénicos a los varones biológicos y mayores dosis masculinizantes de andrógenos a las mujeres biológicas. Las medicaciones que se emplean en la segunda fase, los agentes estrogénicos para los varones biológicos y los andrógenos en dosis elevadas para las mujeres biológicas producen cambios irreversibles.

Antes de los 18 años. En ciertos casos la experiencia en la vida real puede comenzar a la edad de 16 años, con o sin hormonas de primera fase.

Existen pocos casos en los que sea recomendable la administración de hormonas a adolescentes menores de 18 años. Estos tratamientos de la fase primaria que retrasan los cambios somáticos de la pubertad se llevan a cabo mejor en centros de tratamiento especializado bajo la supervisión o el asesoramiento de un endocrinólogo, a ser posible pediátrico, que forme parte de un equipo multidisciplinar. Este tipo de intervención debe responder a dos objetivos: a) ganar tiempo para explorar mejor la identidad sexual y otros aspectos del desarrollo para la psicoterapia; b) facilitar el tránsito si el adolescente persiste en su idea de cambiar de sexo. Para poder administrar hormonas que retrasen la pubertad a individuos menores de 18 años es necesario cumplir los siguientes requisitos:

1. que a lo largo de su infancia hayan demostrado un fuerte sentimiento de identidad con el sexo opuesto y aversión a las conductas habituales en el propio;
2. que el grado de disconformidad con su sexo haya aumentado significativamente con la pubertad;
3. que su desarrollo social, intelectual, psicológico e interpersonal esté limitado como consecuencia de su TIS;
4. que no concurra ninguna otra psicopatología grave, salvo las que se produzcan como consecuencia del TIS;
5. que la familia otorgue su consentimiento y participe en la terapia triádica.

Antes de los 16 años. No se deben administrar hormonas de segunda fase (las que inducen la morfología corporal del sexo opuesto) antes de los 16 años.

La relación del profesional de la salud mental con la familia constituye un criterio decisivo para la terapia triádica durante la adolescencia. Para poder decidir entre si conviene llevar a cabo una experiencia en la vida real o una terapia hormonal, el profesional de la salud mental debe haber mantenido relación con el paciente y con su familia durante un mínimo de seis meses. Con el fin de recomendar o no la cirugía genital reconstructiva o la mastectomía, el facultativo debe haber estado en estrecho contacto con el adolescente y con su familia durante un periodo no inferior a 18 meses. Aunque el número de sesiones en ambos casos queda a criterio del médico, los motivos por los que se establecen estos plazos son los de inducir a la reflexión y tener en cuenta todos los pormenores a lo largo de ese tiempo.

Los pacientes que se hallen en edad escolar y muestren trastornos de la identidad del género suelen sentirse incómodos debido a su dificultad para mantener unas relaciones positivas con sus compañeros y a la incapacidad que sienten en ocasiones para participar en las actividades habituales para los demás individuos de su sexo biológico, por lo que muchas veces rechazan asistir a clase. Los profesionales de la salud mental deben estar preparados para colaborar con el personal del centro educativo con el fin de evitar interferencias en el desarrollo social y educativo de sus pacientes.

VI. PSICOTERAPIA CON ADULTOS

Una observación básica. Muchos adultos con trastornos en la identidad sexual encuentran formas positivas y eficaces de identificación sexual que no requieren aplicar todos los componentes de la secuencia de tratamiento triádico. Aunque

algunas personas consigan hacerlo por sus propios medios, la psicoterapia puede ser de gran utilidad para desencadenar los procesos madurativo y de descubrimiento que permitan al individuo sentirse bien consigo mismo.

La psicoterapia no es un requisito indispensable para la terapia triádica.

No todos estos pacientes adultos necesitan psicoterapia previa a la experiencia en la vida real, al tratamiento hormonal o a la cirugía. Los programas deben diseñarse en función de la necesidad de psicoterapia que sienta el individuo. Cuando la evaluación inicial del profesional de la salud mental aconseje recurrir a la psicoterapia, el médico deberá especificar cuáles van a ser los objetivos del tratamiento y determinar su frecuencia y su duración. El comité de NDA trata de imponer cierta cautela, insistiendo en la realización de un número mínimo de sesiones de psicoterapia antes de dar comienzo a la experiencia en la vida real, la administración de tratamiento hormonal o la cirugía por tres razones: 1.) los pacientes manifiestan grandes diferencias individuales en cuanto a su capacidad para lograr metas similares en un mismo periodo de tiempo; 2.) se suele introducir un número mínimo de sesiones para separarlo del verdadero crecimiento personal; 3.) el comité desea fomentar la consulta con el profesional de la salud mental como un importante apoyo para el paciente a lo largo de todas las fases de la transición sexual. A partir de programas individuales se pueden establecer criterios que ayuden a tomar una decisión sobre el número mínimo de sesiones o de meses de psicoterapia.

El profesional de la salud mental que realice la evaluación inicial no tiene por qué ser el psicoterapeuta. Si la psicoterapia se lleva a cabo por personas no especializadas en este tipo de trastornos, el terapeuta deberá estar informado de que deberá emitir un informe en el que se describa el tratamiento seguido por el paciente para que éste pueda proseguir con su siguiente fase de rehabilitación.

Objetivos de la psicoterapia. Muchas veces la psicoterapia proporciona información sobre una serie de opciones sobre las que el paciente quizás no haya reflexionado en serio. En las sesiones se hace hincapié en la necesidad de fijar metas realistas para el trabajo y las relaciones en la vida. Asimismo, se intentan aclarar y aliviar los conflictos del paciente de manera que éste pueda tener un estilo de vida estable.

La relación terapéutica. Establecer una relación de confianza con el paciente es el primer paso para lograr el éxito en la labor del profesional de la salud mental. A este fin suele realizarse una exploración adecuada y sin juicios de valor con el paciente sobre el problema sexual durante la evaluación diagnóstica inicial. Posteriormente se pueden tratar otros temas, una vez que la persona empieza a ver que el médico tiene interés y que comprende su problema sexual. Lo ideal es que el trabajo del médico trate de abordar toda la complejidad de la persona, sin limitarse a definir su género. El objetivo de la terapia, el de ayudar al individuo a vivir más a gusto dentro de su cuerpo adoptando un rol sexual, también supone afrontar con eficacia los problemas no relacionados con el género. El médico generalmente trata de facilitar la adaptación laboral del paciente y de lograr que éste sea capaz de entablar o de mantener unas relaciones de mutuo apoyo. El concepto de la identidad sexual del facultativo debe ser más amplio, puesto que constituye un aspecto íntimamente relacionado con todos los ámbitos de la vida. Aun cuando se consigan estos objetivos iniciales, los profesionales de la salud mental deben hablar con el paciente sobre la posibilidad de

que, a pesar de los tratamientos educativo, psicoterapéutico, médico o quirúrgico, no se puedan erradicar de forma permanente todos los vestigios del sexo con el que ha nacido.

El proceso psicoterapéutico. La psicoterapia consiste en una serie de comunicaciones bidireccionales muy perfeccionadas que se dan por una parte entre alguien que sabe cómo sufren emocionalmente las personas y cómo ayudarlas, y por otra, una persona que tiene problemas para aceptar el sexo con el que ha nacido. Las sesiones de psicoterapia permiten iniciar un proceso de desarrollo. Gracias a ellas, se consigue hacer una valoración de su historial, comprender sus dilemas actuales e identificar las ideas poco realistas y las conductas no adaptativas. La psicoterapia no consta de una serie de técnicas concretas encuadradas en un determinado marco teórico que se aplican al paciente para mejorar ese trastorno de la identidad sexual. Su fin último es el de lograr que la persona tenga un estilo de vida estable a largo plazo con posibilidades reales de éxito en sus relaciones, su educación, su trabajo, así como en su identidad y en su rol sexual. Los trastornos de la identidad sexual suelen hacer más difícil cualquier decisión sobre las relaciones, el trabajo y la enseñanza. Por lo general, cada sesión dura unos 50 minutos y tiene lugar de forma regular.

El terapeuta debe dejar claro que el paciente tiene derecho a elegir entre distintas opciones. Incluso, si lo desea, puede ir experimentando con distintos métodos. Sin embargo, dado que la mayor parte de los pacientes han intentado sin éxito superar sus deseos de cambiar de sexo antes de acudir al psicoterapeuta, no siempre es recomendable este planteamiento.

Siempre que sea posible, la psicoterapia debe ser una actividad en colaboración. El terapeuta debe estar seguro de que el paciente comprende los conceptos de idoneidad y preparación porque ambos deben cooperar para determinar cuáles son los problemas del paciente y evaluar los progresos realizados. La colaboración impide que se llegue a un punto muerto en el que el terapeuta parezca que evita hacer recomendaciones de forma innecesaria y que el paciente sienta una profunda desconfianza que no le permita compartir libremente con él sus pensamientos, sus sentimientos, sus experiencias y sus relaciones.

La psicoterapia puede resultar muy beneficiosa en todas las fases de la evolución de la identidad sexual, periodo posquirúrgico incluido, cuando se suprimen los obstáculos anatómicos que impidan a la persona encontrarse a gusto con su propio género, pero sin embargo ésta sigue sin sentirse totalmente bien y no es capaz de vivir con su nuevo rol sexual.

Opciones para adaptarse al cambio de sexo. Las actividades y procesos que se indican a continuación, aplicados en distintas combinaciones, han ayudado a muchas personas a encontrar una mayor estabilidad personal. Estas adaptaciones pueden evolucionar de manera espontánea o incluso durante la psicoterapia. Encontrar una forma nueva de adaptarse a la identidad sexual no quiere decir que la persona no vaya en el futuro a tratar de llevar a cabo experiencias en la vida real, tratamientos hormonales o la reconstrucción de los genitales. Estas actividades y procedimientos están orientados hacia otras áreas distintas.

Actividades-

Varones biológicos

1. Llevar indumentaria propia del sexo opuesto: ropa interior discreta, de estilo unisex o claramente femenino;
2. Introducir modificaciones corporales: depilación por electrólisis o con cera, intervenciones quirúrgicas cosméticas o plásticas menores
3. Cuidar su aspecto, su vestuario y su expresión verbal

Mujeres biológicas

1. Llevar indumentaria propia del sexo opuesto: ropa interior discreta, estilo unisex o claramente masculino;
2. Cambiar su cuerpo vendándose el pecho, haciendo ejercicios con pesas, aplicándose vello facial para actores
3. Poniéndose relleno en el slip o llevando una prótesis de pene

Ambos géneros

1. Informándose sobre el cambio de sexo por medio de: grupos de apoyo y de identificación sexual; comunicación con personas con problemas similares a través de Internet; estudiando estas Normas de Asistencia; consultando bibliografía divulgativa y profesional relevante sobre sus derechos legales relativos al trabajo, a las relaciones y a la vestimenta transsexual
2. Participación en actividades lúdicas propias del sexo al que aspiran
3. Vivir episodios como transexual

Procesos

1. Aceptar las fantasías y las conductas (orientación) personales homosexuales o bisexuales como algo distinto de las aspiraciones de actuar según el rol del otro sexo
2. Aceptar la necesidad de mantener su puesto de trabajo, de responder a las necesidades emocionales de los hijos, de cumplir posibles compromisos matrimoniales o tratar de no hacer daño a un miembro de la familia, todo ello con el fin de demostrar que antepone una serie de prioridades a su deseo personal de mostrarse constantemente como si perteneciera al otro sexo
3. Adquirir conciencia sobre la identidad masculina o femenina en la vida diaria
4. Buscar los factores que despiertan más sus ansias de cambiar de sexo y responder a ellos de forma eficaz; por ejemplo, mejorar sus habilidades de autoprotección, autoafirmación y vocacionales para progresar en su trabajo y resolver posibles disputas interpersonales con el fin de fortalecer las relaciones clave
5. Buscar la tranquilidad espiritual

VII. LA EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL

El acto por el cual se adopta plenamente un rol nuevo o evolutivo de identidad sexual ante los acontecimientos y circunstancias de la vida cotidiana se conoce con el nombre de experiencia en la vida real. La experiencia en la vida real es fundamental para lograr el proceso de transición hacia el rol sexual que el paciente anhela como persona. Dado que el cambio de identidad sexual de una persona acarrea conse-

cuencias personales y sociales inmediatas y profundas, la decisión de iniciar el proceso debe tomarse teniendo en cuenta y conociendo a fondo las implicaciones familiares, vocacionales, interpersonales, educativas, económicas y jurídicas a que puede dar lugar. Los profesionales tienen la responsabilidad de discutir con estos pacientes las consecuencias previsibles de este tipo de decisiones. Son aspectos de la realidad externa que deben contemplarse para poder tener éxito en la adopción del nuevo rol, ya que pueden conducir a situaciones mucho menos satisfactorias desde el punto de vista personal de lo que imaginaba el individuo antes de iniciar su experiencia en la vida real.

Parámetros de la experiencia en la vida real. A la hora de evaluar la calidad de la experiencia en la vida real de una persona dentro de su nuevo rol sexual, el médico deberá observar si el paciente:

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 al 3
6. Obtiene un nombre o un apellido nuevo (legal)
7. Proporciona documentación en la que personas ajenas al psicoterapeuta acreditan que el paciente actúa según su nueva identidad sexual.

La experiencia en la vida real frente a las pruebas en la vida real. Aunque el profesional recomiende vivir de acuerdo con el nuevo género como un paso previo a la cirugía, la decisión sobre cuándo y cómo comenzar la experiencia en la vida real tendrá que tomarla la persona. Hay quienes comienzan su experiencia en la vida real y deciden que esta orientación muchas veces imaginaria no les resulta tan atractiva. Muchas veces, los profesionales utilizan la experiencia en la vida real como la *prueba* definitiva para el diagnóstico. Si el paciente se desenvuelve bien en su nuevo rol, se le confirma como "transexual", si decide no seguir adelante con el proceso, "es que no lo era". Sin embargo, este razonamiento confunde las fuerzas que permiten adaptarse con éxito y la presencia de un trastorno de identidad sexual. La experiencia en la vida real pone a prueba el nivel de decisión, la capacidad de actuar como si perteneciera al otro sexo y la armonía de los respaldos sociales, económicos y psicológicos. Es útil tanto para el paciente como para el profesional de la salud mental a la hora de tomar decisiones sobre cómo actuar. El diagnóstico, aunque siempre se pueda modificar, debe preceder a la recomendación de que los pacientes se decidan a llevar a cabo una experiencia en la vida real. Si el paciente tiene éxito, tanto el profesional como el paciente afianzarán su seguridad con respecto a la decisión inicial para adoptar ulteriores medidas irreversibles.

Eliminación de la barba en pacientes que desean pasar de hombre a mujer.

La densidad de la barba es un carácter sexual secundario determinado genéticamente y cuyo crecimiento no se reduce de forma muy significativa mediante la administración de hormonas sexuales femeninas. La eliminación del vello facial mediante electrólisis suele ser un proceso seguro --pero lento-- que facilita muchas veces la experiencia en la vida real de los varones biológicos. Los efectos secundarios por lo general son molestias durante e inmediatamente después de

aplicar la técnica y, con menor frecuencia, hipo o hiperpigmentación, formación de cicatrices y foliculitis. No es necesario obtener autorización médica formal para eliminar el vello; la electrólisis puede realizarse cuando el paciente lo considere oportuno. Suele recomendarse esta técnica antes de comenzar la experiencia en la vida real, ya que la barba tiene que haber crecido hasta hacerse visible con el fin de poder eliminarla más fácilmente. Muchos pacientes necesitarán realizar un tratamiento regular de dos años de duración para erradicar eficazmente el vello facial. La depilación por láser es una técnica nueva alternativa, pero aún no se dispone de suficiente experiencia con ella.

VIII. REQUISITOS PARA APLICAR LA TERAPIA HORMONAL EN ADULTOS

Criterios de idoneidad: La administración de hormonas no debe tomarse a la ligera debido a sus riesgos tanto médicos como sociales. Para ello, conviene tener en cuenta tres criterios:

1. Tener al menos 18 años de edad
2. Poseer conocimientos demostrables sobre lo que se puede esperar de las hormonas desde el punto de vista médico y sobre lo que no, así como sobre sus ventajas y riesgos sociales;
3. Una experiencia en la vida real documentada durante al menos tres meses antes de comenzar con la administración de hormonas, **o bien**
4. Un periodo de psicoterapia cuya duración deberá determinar el profesional de la salud mental tras la evaluación inicial (generalmente un mínimo de tres meses);
5. En ningún caso se deberán administrar tratamientos hormonales a personas que no cumplan los requisitos 3 o 4.

Criterios de preparación. Son tres:

1. Que el paciente haya demostrado una mayor consolidación de su identidad sexual durante la experiencia en la vida real o la psicoterapia;
2. Que el paciente haya realizado algún progreso para controlar otros problemas al objeto de mejorar o de mantener una salud mental estable (esto implica la ausencia de problemas como sociopatías, abuso de sustancias, psicosis, tendencias suicidas, etc.);
3. Que las hormonas se vayan a utilizar de una forma responsable.

¿Se pueden administrar hormonas a personas que inicialmente rechazan la cirugía o la experiencia en la vida real? Sí, pero siempre tras un diagnóstico y un tratamiento de psicoterapia con un profesional de la salud mental cualificado siguiendo las normas mínimas antes indicadas. Estos casos suelen ser muy controvertidos y requieren adoptar precauciones especiales.

IX. TERAPIA HORMONAL PARA ADULTOS

Razones para aplicar la terapia hormonal. Los tratamientos hormonales son muy importantes en el cambio de sexo, tanto en el proceso de transición anatómico como en el psicológico de adultos con trastornos de la identidad sexual

convenientemente seleccionados. Estas hormonas son necesarias desde el punto de vista médico para la rehabilitación de la persona en su nuevo género. Permiten mejorar la calidad de vida y reducen la morbilidad psiquiátrica asociada que suele darse en los casos en que no se aplica este tratamiento. Cuando el facultativo administra andrógenos a las mujeres biológicas y estrógenos, progesterona o agentes bloqueantes de la testosterona a varones biológicos, los pacientes se sienten y tienen un aspecto más similar a los miembros del género que desean tener.

Los efectos deseados de las hormonas. Los varones biológicos tratados con hormonas para el cambio de sexo pueden tener expectativas realistas de conseguir los siguientes resultados: crecimiento de las mamas, cierta redistribución de la grasa corporal más semejante al cuerpo femenino, reducción de la fuerza física de la parte superior del cuerpo, piel más suave, disminución del vello corporal, retardo o interrupción del proceso de caída del cabello, reducción de la fertilidad y del tamaño de los testículos y erecciones menos firmes y frecuentes. La mayoría de estos cambios es reversible, aunque el aumento del tamaño de las mamas no lo será totalmente aunque se interrumpa el tratamiento.

En las mujeres *biológicas* tratadas con hormonas, los cambios que se experimentan son: tono de voz grave permanente, agrandamiento permanente del clítoris, atrofia mamaria leve, mayor fuerza en la parte superior del tronco, aumento de peso, incremento del vello facial y corporal, alopecia de distribución similar a la masculina, mayor interés social y sexual, mayor capacidad de excitación y descenso en el volumen adiposo de la cadera.

El nivel de efectos deseados que se consiga dependerá de cada caso en particular. Los máximos efectos físicos de las hormonas pueden no hacerse evidentes hasta transcurridos dos años de tratamiento continuo. La herencia genética condiciona la respuesta de los tejidos a las hormonas y no puede subsanarse incrementando la dosis.

Efectos secundarios de tipo médico. Los efectos secundarios más habituales en los varones biológicos tratados con estrógenos son una mayor propensión a la coagulación de la sangre (trombosis venosa con riesgo de embolismo pulmonar letal), desarrollo de prolactinomas pituitarios benignos, infertilidad, aumento de peso, labilidad emocional y enfermedades hepáticas. En las mujeres biológicas tratadas con testosterona los efectos más frecuentes son infertilidad, acné, labilidad emocional (incluyendo la posibilidad de depresión de cierta importancia), aumento del deseo sexual, cambio en los perfiles lipídicos con respecto a los niveles normales en varones, con lo que se incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares y la posibilidad de desarrollar tumores hepáticos benignos o malignos o de disfunciones en este órgano. Los pacientes con problemas médicos o de otro tipo que tengan riesgo de enfermedades cardiovasculares pueden mostrar una mayor tendencia a sufrir las consecuencias más graves o incluso letales de los tratamientos hormonales para el cambio de sexo. Por ejemplo, el tabaco, la obesidad, la edad avanzada, las enfermedades cardíacas, la hipertensión, las alteraciones de la coagulación, los procesos malignos y ciertas alteraciones endocrinas están relativamente contraindicados para el uso del tratamiento hormonal. Por lo tanto, es posible que algunos pacientes no sean capaces de tolerar este tipo de tratamientos. Conviene que el médico prescriptor y el paciente estudien la relación riesgo-beneficio.

Efectos secundarios de tipo social. El tratamiento con hormonas suele dar lugar a importantes efectos secundarios de carácter social que el paciente debe tener en cuenta. Entre ellos están los cambios en las relaciones con sus familiares, sus amigos y sus jefes. El uso de hormonas puede ser causa importante de discriminación laboral, pérdida del puesto de trabajo, decisiones de divorcio y matrimonio y restricción o pérdida de los derechos de visita de los hijos. No obstante, los efectos sociales de las hormonas también pueden ser positivos.

Responsabilidades del médico prescriptor. Las hormonas deben ser prescritas por el médico, no administrarlas simplemente porque los pacientes las solicitan. Es necesario efectuar una correcta evaluación psicológica y médica antes y durante el tratamiento. Los pacientes que desconozcan los requisitos de idoneidad y preparación, así como las NDA deben recibir la correspondiente información. Estos casos pueden remitirse a profesionales de la salud mental con experiencia en trastornos de la identidad sexual.

No es necesario que el médico que prescriba el tratamiento hormonal y la supervisión médica sea especialista en endocrinología, pero sí que conozca perfectamente los aspectos médicos y psicológicos relevantes que conlleva el tratamiento de personas con trastornos de la identidad sexual.

Tras realizar el historial médico, una exploración física y unas pruebas de laboratorio exhaustivas, el facultativo debe pasar revista de nuevo a los posibles efectos secundarios de este tratamiento, incluyendo la posibilidad de que tengan consecuencias graves o incluso poner la vida en peligro. El paciente debe poseer la capacidad cognitiva necesaria para sopesar los riesgos y las ventajas del tratamiento, comprender las respuestas que se dan a sus preguntas y acceder a la supervisión del tratamiento por parte del médico. El historial médico debe incluir un documento de consentimiento informado por escrito en el que se reflejen tanto los riesgos como las ventajas de la terapia hormonal.

Los médicos poseen una gran variedad de preparados hormonales, así como de vías de administración para efectuar las combinaciones necesarias en cada caso concreto. Debido al rápido aumento del número de opciones terapéuticas, el médico prescriptor debe asumir la responsabilidad de tomar estas decisiones. Entre las posibles opciones se encuentran las vías de administración oral, inyectable y transdérmica. No está demostrado que las cremas hormonales de uso tópico produzcan los efectos de cambio de sexo deseados. Conviene tener en cuenta el uso de parches transdérmicos de estrógenos para varones mayores de 40 años o para los que muestran alteraciones de la coagulación o historial de trombosis venosa.

En ausencia de otras patologías médicas, quirúrgicas o psiquiátricas, el seguimiento médico básico debe incluir: exploraciones físicas periódicas relacionadas con los efectos positivos y adversos del tratamiento, medición de las constantes vitales antes y durante el tratamiento, control del peso y analítica. Para quienes toman estrógenos, los valores mínimos de laboratorio deben incluir los niveles de testosterona libre, los de glucosa en ayunas, pruebas de la función hepática y recuento sanguíneo completo pretratamiento con evaluaciones periódicas a los 6 y 12 meses y con carácter anual posteriormente. Es necesario también obtener los niveles de prolactina y repetirlos al cabo de 1, 2 y 3 años. Si no se aprecia hiperprolactemia en ese periodo, no será necesario efectuar nuevos controles de esta sustancia.

Para las pacientes a las que se administren andrógenos, la analítica mínima imprescindible debe incluir pruebas de la función hepática y recuento sanguíneo completo pretratamiento con revisiones periódicas a los 6 y 12 meses y con ca-

rácter anual posteriormente. Es conveniente realizar una palpación del hígado cada año. También es necesario controlar posibles intolerancias a la glucosa y enfermedades de la vesícula biliar.

En los varones biológicos sometidos a tratamiento con estrógenos debe descartarse la aparición de cáncer de mama y se les debe hacer hincapié en la necesidad de las autoexploraciones de rutina. Con la edad también deben realizarse pruebas de cáncer prostático. Las mujeres sometidas a mastectomías y que tengan antecedentes familiares de cáncer de mama también deben estar controladas en este aspecto. Al igual que en los demás pacientes, en los que tienen trastornos de la identidad sexual también se deben descartar procesos malignos en la zona pélvica, tanto si reciben tratamiento hormonal como si no.

El médico debe proporcionar a sus pacientes un breve informe en el que se especifique que esa persona se halla bajo control médico por un tratamiento hormonal de cambio de sexo. En las primeras fases del tratamiento se debe recomendar al paciente que lo lleve consigo en todo momento para evitar conflictos con la policía.

Reducción de las dosis hormonales tras la gonadectomía. Las dosis de estrógenos en los pacientes sometidos a orquidectomía en muchas ocasiones se puede reducir en 1/3 hasta $\frac{1}{2}$ y aun así mantener el nivel de feminización. La reducción de las dosis de testosterona postorquidectomía debe realizarse con cuidado, teniendo en cuenta el riesgo de osteoporosis. En ambos géneros suele ser necesario mantener el tratamiento durante toda la vida.

El uso indebido de hormonas. Algunos individuos obtienen hormonas por medios ajenos al médico, como por ejemplo, a través de amistades, familiares o farmacias en otros países. Estos tratamientos suelen administrarse en dosis excesivas, producen mayores efectos secundarios, no se hallan bajo control del médico y exponen a la persona a más riesgos en el organismo. Se conocen casos de personas a las que el médico ha recetado hormonas que toman dosis adicionales de otras obtenidas por medios ilícitos sin conocimiento del facultativo. Los profesionales de la salud mental y los médicos prescriptores deben preguntar a los pacientes si han aumentado las dosis y tratar en la medida de lo posible de que se ajusten a los límites para reducir al mínimo la morbilidad médica y psiquiátrica del tratamiento. No es atentatorio contra la ética médica el rechazar cualquier responsabilidad médica y legal de los pacientes que se pongan a sí mismos en situación de riesgo por incumplimiento del régimen hormonal prescrito. Las presiones del paciente no constituyen motivo suficiente para continuar prestándole asistencia médica sin seguir los criterios mínimos imprescindibles.

Otras posibles ventajas de las hormonas. Antes de la realización de intervenciones quirúrgicas genitales es necesario instaurar un tratamiento hormonal y observar su tolerancia. La satisfacción por los efectos hormonales consolida la identidad de la persona como miembro del género al que desea pertenecer y aumenta su convicción sobre la necesidad de operarse. Por el contrario, si el paciente no se muestra satisfecho con los resultados del tratamiento, puede indicar indecisión sobre si proceder o no a la intervención. Las hormonas por sí solas suelen lograr un desarrollo adecuado de las mamas, evitando muchas veces la necesidad de mamoplastia de aumento. Algunos pacientes con tratamiento hormonal deciden no someterse a este tipo de intervenciones.

El uso de antiandrógenos y la terapia secuencial. Los antiandrógenos se pueden utilizar como tratamiento complementario en los varones biológicos que reciben estrógenos, aun cuando no siempre son necesarios para lograr la feminización. En algunos pacientes, los antiandrógenos pueden ayudar a suprimir más eficazmente la producción de testosterona y permitir el uso de una dosis menor de estrógenos cuando se prevea la posibilidad de efectos secundarios adversos por esta última sustancia.

La feminización no requiere tratamiento secuencial. Los intentos de imitar el ciclo menstrual prescribiendo tratamientos estrogénicos interrumpidos o sustituyendo la progesterona por estrógenos durante parte del ciclo no son necesarios para lograr la feminización.

Consentimiento informado. Los tratamientos hormonales sólo deben administrarse a aquellos individuos legalmente aptos para emitir su consentimiento informado. Entre ellos se encuentran las personas que hayan sido declaradas por un tribunal como menores emancipados y los individuos encarcelados que los jueces hayan considerado competentes para participar en sus propias decisiones médicas. En cuanto a los adolescentes, este documento debe incluir la aceptación por parte del menor y el consentimiento informado por escrito de su padre, su madre o su tutor legal. Este consentimiento implica que el paciente comprenda que la administración de hormonas limitará su fertilidad y que la extirpación de los órganos sexuales impedirá su capacidad reproductora.

Tratamiento hormonal en presidiarios. Los pacientes que estén recibiendo tratamientos hormonales como consecuencia de un programa de cambio de sexo supervisado por un médico deben continuar recibiendo dicho tratamiento mientras se encuentren en prisión para evitar la aparición de labilidad emocional, reversión de los efectos físicos y sentimientos de desesperación, que pueden manifestarse en forma de depresión o de intentos de suicidio.

X. REQUISITOS PARA LAS CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS GENITAL Y MAMARIA

Criterios de idoneidad. Los siguientes criterios mínimos de idoneidad para los diversos tipos de intervenciones se aplican igualmente a los varones biológicos que desean la reconstrucción genital y a las mujeres biológicas que desean que se les realice mastectomía y falooplastia:

1. Mayoría de edad legal en el país del paciente.
2. 12 meses de tratamiento hormonal continuado para quienes no presenten contraindicaciones médicas.
4. 12 meses de experiencia continua en la vida real con éxito. La existencia de periodos de regreso al género original puede indicar indecisión sobre si desea proceder a la intervención y no debe considerarse como que cumple este criterio.
5. Si así lo exige el profesional de la salud mental, participación regular responsable en un proceso de psicoterapia durante la experiencia en la vida real con la frecuencia que determine el profesional. La psicoterapia por sí sola no constituye un criterio de idoneidad para la cirugía.

6. Poseer conocimientos demostrables sobre los costes, la duración de la estancia en el hospital, las posibles complicaciones y la rehabilitación posquirúrgica que requiere cada tipo de intervención.
7. Conocer a diversos cirujanos competentes.

Criterios de preparación. Entre estos criterios se incluyen:

1. Progresos demostrables en la consolidación de la nueva identidad sexual;
2. Avances demostrables en sus relaciones familiares y laborales y en su modo de afrontar los problemas interpersonales que den lugar a un estado de salud mental significativamente mejor (lo que implica la ausencia de sociopatías, abuso de sustancias, psicosis, tentativas de suicidio, etc.).

¿Pueden realizarse intervenciones quirúrgicas sin hormonas y sin experiencia en la vida real? Las personas que “sólo” desean mastectomía, penectomía o tratamiento reconstructivo de los genitales sin reunir los criterios de idoneidad no deben ser objeto de modificaciones corporales por su condición de “casos especiales”. La extirpación o la remodelación de órganos es un tratamiento quirúrgico para un trastorno sexual. Se recurre a la cirugía tras una serie de pasos minuciosos. Este tipo de cirugía no constituye un derecho del paciente que se le deba conceder cuando éste lo solicite. Las NDA incluyen directrices para tratar de forma individual a cada paciente, pero esto no significa que las instrucciones generales sobre las fases de evaluación psiquiátrica, posible tratamiento de psicoterapia, tratamiento hormonal y experiencia en la vida real se puedan omitir porque una persona desee someterse simplemente a una intervención quirúrgica.

Si una persona ha vivido de forma convincente como miembro del sexo opuesto durante un periodo de tiempo prolongado y se le considera en la evaluación como una persona psicológicamente sana tras el preceptivo periodo de psicoterapia, no existen razones fundadas por las cuales deba tomar hormonas antes de someterse a cirugía mamaria o genital.

XI. CIRUGÍA

Condiciones en las que se puede realizar la cirugía. El tratamiento quirúrgico de una persona con trastorno de la identidad sexual no constituye cirugía electiva. Las intervenciones electivas habituales sólo exigen un contrato privado de mutuo consentimiento entre una persona que sufre y un cirujano técnicamente competente. Las intervenciones en los TIS deben llevarse a cabo sólo tras una evaluación general por parte de un profesional de la salud mental cualificado. Sólo se debe emplear la cirugía cuando se pueda documentar por escrito que se ha realizado una evaluación global y que la persona reúne los criterios de idoneidad y preparación. Mediante este procedimiento, el profesional de la salud mental, el médico que prescribe las hormonas, el cirujano y el paciente comparten la responsabilidad de la decisión de realizar cambios corporales irreversibles. Sin embargo, el paciente que haya decidido someterse a intervenciones genitales o mamas tiende a considerar la cirugía como el tratamiento más eficaz e importante para corregir el problema de fondo.

Requisitos que debe reunir el cirujano encargado de realizar la reconstrucción genital. El cirujano debe estar titulado en urología, ginecología, cirugía plástica o cirugía general y disponer de la correspondiente acreditación como tal por parte de una asociación que tenga sólida reputación en todo el país. El cirujano debe estar especializado en técnicas de reconstrucción genital y disponer de certificados que acrediten su asistencia a cursos especializados impartidos por un cirujano experto en la materia. Incluso los cirujanos más experimentados en este área deben poner sus técnicas a disposición de los demás colegas para que éstos los sometan a revisión. En este sentido son esenciales la buena disposición y la cooperación con los colegas encargados de efectuar dicha revisión. Esto significa asistir a las reuniones profesionales en las que se presentan nuevas ideas sobre las distintas técnicas.

Lo ideal sería que el cirujano conociera más de una técnica quirúrgica de reconstrucción genital para poder elegir la más adecuada a la anatomía y el historial médico del paciente. Si sólo está versado en una técnica, deberá informar al paciente de tal circunstancia y remitirle a otro cirujano si no desea que se emplee con él o ella esta técnica o si resulta inadecuada en su caso concreto.

Antes de practicar intervención alguna, el cirujano debe haber controlado todos los aspectos médicos y los efectos del tratamiento hormonal sobre el hígado y los demás sistemas corporales examinados. Esto se puede realizar individualmente o junto con otros colegas médicos. Dado que el estado previo del paciente pueden dar lugar a complicaciones en las intervenciones de reconstrucción genital, los cirujanos también deben dominar el diagnóstico urológico. En el historial médico debe figurar el consentimiento informado por escrito correspondiente a la intervención concreta que se vaya a realizar.

¿Cómo abordar la cuestión ética relativa a las intervenciones de reasignación sexual (confirmación sexual)? Muchas personas, incluyendo algunos profesionales de la medicina, plantean objeciones de tipo ético a la cirugía en los casos de TIS. En la práctica quirúrgica ordinaria se extirpan los tejidos patológicos para restaurar las funciones alteradas o se corrigen las zonas desfiguradas para mejorar la imagen que tiene el paciente de sí mismo. Estas condiciones específicas no se dan en la cirugía para los trastornos de la identidad sexual. Para poder comprender hasta qué punto la cirugía es eficaz para aliviar el trastorno psicológico del paciente que sufre este tipo de problemas, los profesionales que poseen escasa experiencia en este ámbito deben escuchar a estos pacientes cuando hablan sobre sus síntomas, sus dilemas y sus vidas. Es fundamental que los profesionales que traten a este tipo de pacientes no se sientan incómodos ante la idea de alterar estructuras anatómicas normales.

Debe respetarse y discutirse el rechazo a este tipo de cirugía por motivos éticos basándose en el principio de “ante todo, no causar daños”, así como tratar de encontrar la ocasión de conocer más a fondo los problemas psicológicos que conllevan los trastornos de la identidad sexual hablando personalmente con los pacientes.

Cirugía genital, mamaria y de otros tipos para el paciente varón que desea convertirse en mujer. Entre las posibles intervenciones quirúrgicas figuran la orquidectomía, la penectomía, la vaginoplastia y la mamoplastia de aumento. La vaginoplastia exige un cuidado especial tanto en el aspecto quirúrgico como en el tratamiento postoperatorio. Las tres técnicas que se emplean en este sentido son: inversión de la piel del pene, trasplante rectosigmoidal pediculado o implantación de un injerto de piel libre para revestir la neovagina. La mamoplastia

de aumento se puede realizar antes de la vaginoplastia si el médico que prescribe el tratamiento hormonal y el cirujano documentan que el aumento del tamaño de las mamas no ha sido suficiente para que el individuo se sienta cómodo en su nuevo rol social tras dos años de tratamiento hormonal. Otras intervenciones que se pueden realizar para contribuir al proceso de feminización son: la condroplastia tiroidea reductora, la lipoplastia de la cintura mediante succión, la rinoplastia, la reducción ósea facial, el estiramiento facial y la blefaroplastia. Estas técnicas no requieren la presentación de informes de recomendación por parte de profesionales de la salud mental como la terapia de reconstrucción genital. El comité ha mostrado su preocupación acerca de la eficacia y la seguridad de la cirugía para la modificación de la voz y considera que es necesario investigar más sobre el seguimiento para poder utilizarlo de forma generalizada. Los pacientes que opten por este tipo de intervenciones deberán hacerlo una vez practicadas todas las demás operaciones que requieran anestesia general con intubación a fin de proteger las cuerdas vocales.

Cirugía mamaria y genital para pacientes femeninas que deseen convertirse en hombres. Las intervenciones quirúrgicas en estos casos incluyen la mastectomía (reconstrucción pectoral), histerectomía, salpingooforectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia, uretroplastia y faloplastia. En la actualidad se dispone de varias técnicas de faloplastia, de entre las que se deberá elegir la más adecuada desde el punto de vista anatómico o quirúrgico. Si su finalidad es la de obtener un neofalo de aspecto adecuado, que permita la micción, perciba placer sexual o pueda practicar el coito, el paciente debe recibir información clara sobre las distintas etapas quirúrgicas y las dificultades técnicas más frecuentes que pueden requerir la realización de intervenciones adicionales. Incluso las técnicas de metoidioplastia, que teóricamente permiten construir un microfalo en una sola fase, suelen necesitar más de una intervención. Las técnicas actuales para la creación de penes demuestran que es necesario perfeccionar el nivel de desarrollo técnico. A estas pacientes se les puede realizar la histerectomía y la salpingooforectomía antes de proceder a la faloplastia.

La mastectomía es con frecuencia la primera intervención que se realiza para facilitar el tránsito hacia el género deseado, aunque algunas pacientes no solicitan más intervención que ésta. Cuando la cantidad de tejido mamario a eliminar requiere extirpar parte de la piel, se produce una cicatriz, por lo que es necesario informar a la paciente de esta circunstancia.

La cirugía genital a menudo combina algunas de las técnicas mencionadas, exigiendo por lo general varias intervenciones.

La relación del cirujano con el médico que prescribe las hormonas y el profesional de la salud mental. El cirujano no es un simple especialista que se pueda intercambiar para realizar una intervención. Forma parte del equipo de médicos que intervienen en el largo proceso de rehabilitación de estos pacientes. El paciente siente a menudo un profundo respeto (transferencia) y una gran confianza hacia él, lo que facilita el seguimiento y la asistencia a largo plazo. Dada la importancia que tiene el médico para el paciente, estos profesionales tienen la responsabilidad de conocer el diagnóstico que ha dado lugar a la recomendación de efectuar una reconstrucción genital. El cirujano debe hablar con su paciente para convencerse a sí mismo de que éste va a obtener un beneficio real como consecuencia de las intervenciones, sin limitarse simplemente a leer los informes en los que se recomienda la solución quirúrgica. La situación ideal sería aquella en la que el cirujano mantuviera una estrecha relación de

colaboración con los demás profesionales que hayan participado de forma activa en la asistencia psicológica y endocrinológica del paciente. Esto es más fácil de conseguir si todos pertenecen a un mismo equipo especializado en trastornos de la identidad sexual. Sin embargo, por desgracia no siempre existen tales equipos. Como mínimo, el cirujano debe asegurarse de que tanto el profesional de la salud mental como el médico que haya prescrito el tratamiento hormonal son profesionales reputados con experiencia en este tipo de problemas. Esto suele reflejarse en la calidad de la documentación que presentan. Puesto que en ocasiones se han presentado informes ficticios o falsificados, el cirujano debe ponerse personalmente en contacto con al menos uno de los profesionales de la salud mental para verificar la autenticidad de los informes.

Cirugía en personas con trastornos psicóticos y otras enfermedades mentales graves. La cirugía sólo está indicada en el tratamiento del trastorno de la identidad sexual del paciente. Si se demuestra la existencia de trastornos psiquiátricos asociados graves con alteraciones en la percepción de la realidad, como esquizofrenia, trastornos disociativos de la identidad o personalidad limítrofe, es necesario tratar en la medida de lo posible de mejorar el estado psíquico del paciente mediante los tratamientos psiquiátricos más avanzados antes de contemplar la posibilidad de administrar hormonas y emplear la cirugía. Es necesario que un psicólogo clínico o un psiquiatra titulado evalúen de nuevo al paciente como máximo dos semanas antes de la intervención para que describan el estado mental del paciente y declaren si es recomendable o no realizarla. Es preferible que el médico haya evaluado primero al paciente. No debe realizarse este tipo de intervenciones mientras el paciente manifieste una psicosis activa.

Seguimiento posquirúrgico por parte de los profesionales. En general, el seguimiento postoperatorio a largo plazo es muy recomendable por cuanto que es uno de los factores asociados con la obtención de buenos resultados psicosociales. El seguimiento es asimismo esencial para la salud anatómica y médica del paciente, así como para que el propio cirujano conozca las ventajas y las limitaciones de la cirugía.

Para garantizar unos resultados quirúrgicos óptimos es conveniente el seguimiento a largo plazo por parte del cirujano en todo tipo de pacientes. Si la persona a la que ha intervenido reside en un lugar distante, su plan de asistencia deberá incluir el seguimiento personal y el proporcionarle medios de asistencia posteriores que sean asequibles y se encuentren en la zona geográfica donde resida el paciente. En ocasiones, los pacientes intervenidos dejan de acudir a las visitas de seguimiento con el médico que les prescribió las hormonas, sin ser conscientes de que estos especialistas son quienes mejor pueden prevenir, diagnosticar y tratar los posibles efectos secundarios a largo plazo que se dan exclusivamente entre personas sometidas a tratamientos hormonales y quirúrgicos de este tipo. Los pacientes posquirúrgicos también deben cuidar su salud en general y someterse a los chequeos médicos regulares recomendados.

La necesidad de seguimiento se extiende no sólo al endocrinólogo y al cirujano, sino también al profesional de la salud mental, puesto que, al haber estado en contacto con el paciente más que ningún otro profesional, se encuentra en excelente posición para ayudarle en sus dificultades de adaptación tras la cirugía.