



TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO

Guía clínica
para el diagnóstico
y tratamiento

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
GRUPO DE TRABAJO SOBRE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO

Coordinador:

ANTONIO BECERRA FERNÁNDEZ, Hospital *Ramón y Cajal, Madrid*.

Miembros:

RAFAEL BARRIL VICENTE, Hospital Militar Orad *Sagias, Zaragoza*.

José Enrique Campillo Álvarez, Fac. *Medicina, Universidad de Extremadura, Badajoz*

Aniceto Charro Salgado, Hospital *Clínico San Carlos, Madrid*.

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

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

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

Isabel Esteva de Antonio, Hospital Carlos Haya, Málaga.

Marcelino Gómez Balaguer, Hospital Dr Peset, Valencia.

Javier López Ruiz del Portal, Hospital Virgen del Val, *Manzanares (Ciudad Real)*. Inmaculada Moraga Guerrero, Hospital *Clínico San Carlos, Madrid*.

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

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

Adela Rovira Loscos, *Fundación Jiménez Díaz, Madrid*.

Eloy Ruiz Rodríguez, Hospital de la Princesa, *Madrid*.

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

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

Fernando Villamil Fernández, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

ÍNDICE

I.	Introducción	6
II.	Etiología	6
III.	Definición del problema	7
IV.	Diagnóstico y diagnóstico diferencial	8
V.	Aproximación epidemiológica	9
VI.	Abordaje del problema en otros países	11
VII.	Técnicas, procedimientos y actuaciones clínicas:	12
	1. Intervenciones psicológicas y psiquiátricas	12
	2. Intervenciones endocrinológicas	14
	3. Experiencia de la vida real	21
	4. Intervenciones quirúrgicas	21
VIII.	Consideraciones específicas en niños y adolescentes	22
IX.	Control y seguimiento de las actuaciones clínicas	23
X.	Implicaciones legales y sociales	23
XI.	Referencias bibliográficas	25

I. INTRODUCCIÓN

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

Harry Benjamin, endocrinólogo estadounidense, recopila en su libro *The transsexual phenomenon* (Benjamin, 1966) observaciones sobre la transexualidad y los resultados de las intervenciones médicas. En 1973 se propone el término de síndrome de disforia de género, que incluye al transexualismo pero también a otros trastornos de identidad de género. Disforia de género es el término utilizado para designar a la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado. En 1980 aparece el transexualismo como diagnóstico en el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición). En una siguiente revisión de este manual (DSM-IV) de 1994, el término transexualismo es abandonado, y en su lugar se usa el término trastorno de identidad de género (TIG) [categoría 302.85] para designar a aquellos sujetos que muestran una fuerte identificación con el género contrario e insatisfacción constante con su sexo anatómico. El ICD-1,0 (International Classification of Diseases, décima edición) señala cinco formas diferentes de TIG, y el término transexualismo [categoría F64.0] vuelve a usarse para designar a una de ellas. En 1979 se constituye la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), aprobando unas Directrices Asistenciales (DA) que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial para los TIG (Levine et al, 1998). La última revisión es de 2001 (Meyer et al, 2001).

II. ETIOLOGÍA

Aún no se ha descrito ninguna alteración del sexo genético y el cariotipo es el que corresponde al sexo biológico. Así, el origen de los TIG ha sido objeto de diversas teorías. Sabemos que existe un gen responsable de que la gónada indiferenciada se convierta en un testículo (si está presente) o en un ovario (si está ausente) (Migeon & Wisniewski, 1998). Se han demostrado diferencias en ciertas estructuras cerebrales entre personas de diferente orientación sexual. Un estudio reciente en hipotálamo de seis transexuales de hombre a mujer demostró que el núcleo basal de la estría terminal (BST) era significativamente más pequeño que el de hombres hetero y homosexuales (Zhou et al, 1995). La transexualidad podría originarse durante la etapa fetal: Una alteración hace que el cerebro se impregne hormonalmente con una sexualidad distinta a la genital (Migeon & Wisniewski, 1998). Así, los TIG podrían desarrollarse como resultado de una interacción alterada entre factores genéticos, el desarrollo cerebral y la acción de las hormonas sexuales. Pero además, diversas influencias ambientales en periodos críticos del desarrollo, como el embarazo, la infancia o la pubertad, pueden influenciar la conducta y la orientación sexual. El estrés prenatal, la relación materno-filial de las primeras etapas de la vida, influencias familiares o abusos sexuales durante la infancia o la pubertad, pueden determinar la conducta sexual adulta (Cohen & Gooren, 1999). Por tanto, bastantes datos apoyan que la orientación e identidad sexual pueden tener un sustrato biológico (genético, cerebral, hormonal) sobre el que inciden determinadas influencias ambientales sociales y familiares durante los llamados "periodos sensibles" de la vida para conformar la orientación e identidad sexual definitiva del adulto.

III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

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

A diferencia de los travestidos, que alivian su conflicto vistiendo y comportándose como el sexo contrario, los transexuales necesitan conseguir la reasignación al sexo opuesto. Los transexuales buscan adaptar su cuerpo al sexo opuesto, al que se sienten pertenecer. El tratamiento hormonal juega un papel importante en este proceso, que idealmente debe suprimir los caracteres sexuales secundarios del sexo original e inducir los del sexo opuesto lo más completa y rápidamente posible (Meyer et al, 2001). Por ello hay una inclinación a "hormonarse" cuanto antes y a maximizar la dosis hormonal, usando de muy diversas pautas terapéuticas aprendidas de la experiencia de otros transexuales. Así, la automedicación con esteroides sexuales incrementa el riesgo de efectos adversos (Becerra et al, 1999). El autodiagnóstico y la intensidad de su deseo para reasignación de sexo no pueden tomarse como verdaderos indicadores de transexualidad (Levine et al., 1998). Dadas las consecuencias irreversibles de las intervenciones hormonales y quirúrgicas, es absolutamente vital en beneficio del propio sujeto realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial, que sólo es posible en un proceso a largo plazo realizado por profesionales de salud mental cualificados (Meyer et al, 2001). El abordaje de este trastorno es complejo. Su asistencia necesita de un equipo multidisciplinar ya que precisa de diversas intervenciones. Los resultados de estas intervenciones no han podido ser evaluados mediante estudios controlados y a largo plazo (Best & Stein, 1998), pero sus beneficios resultan evidentes: Mejora la calidad de vida del paciente y su grado de satisfacción, así como su integración social y laboral, y desde el punto de vista médico los importantes beneficios del tratamiento hormonal y el éxito de la técnica quirúrgica a corto y largo plazo. Asimismo, se suscitan importantes cuestiones éticas, legales y de equidad (Briones, 2000). Esta complejidad obliga a ser atendidos en la medicina pública, dentro del Sistema Nacional de Salud, por un equipo multidisciplinar cualificado, según las DA de la HBIGDA. Estas DA señalan un protocolo clínico dividido en diferentes fases (Tabla 1).

TABLA 1. FASES, RESPONSABLES Y DURACIÓN DEL PROCESO DE REASIGNACIÓN DE SEXO

FASES TERAPÉUTICAS	RESPONSABLE	DURACIÓN
<i>DIAGNÓSTICO (Y PSICOTERAPIA)</i>	<i>PSICOTERAPEUTA (PSICÓLOGO / PSIQUIATRA)</i>	<i>3-6 MESES</i>
<i>VALORACIÓN ENDOCRINOLÓGICA Y TRATAMIENTO HORMONAL</i>	<i>ENDOCRINÓLOGO</i>	<i>1,5-2 AÑOS</i>
<i>EXPERIENCIA DE VIDA REAL</i>	<i>EL PACIENTE</i>	<i>1,5-2 AÑOS</i>
<i>CIRUGÍA REASIGNACIÓN SEXO</i>	<i>CIRUJANO</i>	<i>-</i>
<i>CONTROLES Y SEGUIMIENTO</i>	<i>ENDOCRINÓLOGO</i>	<i>DE POR VIDA</i>

IV. DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

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

- Una escrupulosa historia clínica orientada al desarrollo de la identidad de género, desarrollo psicosexual (incluyendo orientación sexual), y aspectos de la vida cotidiana.
- Exploración física desde el punto de vista ginecológico, andrológico / urológico y endocrinológico.
- Evaluación clínica desde el punto de vista psiquiátrico / psicológico que detecte problemas psicopatológicos (Becker et al, 1998).

Debe recogerse tanto información general de la personalidad como sobre el desarrollo psicosexual, comportamiento y orientación sexual, e imagen corporal. Debe evaluarse la existencia de psicopatología asociada (adicción, tendencias suicidas, perversiones, trastornos de personalidad, cuadros psicóticos, enfermedad mental orgánica o retraso mental). Se debe conocer la situación social y familiar del paciente, apoyo indispensable para el proceso de reasignación de género. Es indispensable informarle ampliamente sobre las posibilidades y limitaciones de este proceso para no levantar excesivas expectativas (Becker et al, 1998).

Diferentes condiciones, como homosexualidad, transvestismo, transexualidad y disforia de género han sido motivo de confusión frente a estados intersexuales patológicos. Desde 1975, la disforia de género se considera una entidad claramente diferenciada al existir una insatisfacción permanente con el sexo biológico y un claro deseo de modificar esta condición haciendo uso de la tecnología sanitaria disponible. Gran número de personas que demandan asistencia sanitaria por TIG no reúnen los criterios específicos, y pueden pertenecer a uno de los siguientes grupos:

- a) Problemas ocultos de identidad de género en pacientes con ansiedad, depresión, abuso de drogas, trastornos de personalidad y otros trastornos sexuales.
- b) Algunos casos de transvestismo masculino y homosexualidad masculina o femenina pueden tener una forma de TIG.
- c) La intensidad de TIG en algunas personas puede fluctuar por encima o por debajo del umbral clínico.
- d) Muchas formas de TIG en mujeres tienden a ser poco visibles culturalmente, especialmente para los servicios de salud mental.

El diagnóstico se lleva a cabo en base a unos criterios establecidos en el DSM-IV o en el ICD-10 (Tabla 2). Aunque cada manual clasifica a los TIG de forma diferente, en esencia son muy similares (Tabla 3).

TABLA 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRANSEXUALISMO (MEYER ET AL., 2001)

1. SENTIDO DE DISCONFORT CON EL SEXO ANATÓMICO.
 2. DESEO DE LIBRARSE DE LOS PROPIOS GENITALES PARA VIVIR COMO MIEMBRO DEL OTRO SEXO.
 3. DISTURBIO CONTINUO (NO LIMITADO A PERIODOS DE ESTRÉS), DURANTE AL MENOS DOS AÑOS.
 4. AUSENCIA DE INTERSEXO FÍSICO O ANORMALIDAD GENÉTICA.
 5. NO DEBIDO A UN DESORDEN MENTAL COEXISTENTE (ESQUIZOFRENIA U OTROS).
-

TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE LOS TIG SEGÚN EL DSM – IV Y EL ICD – 10

MANUAL	CUADROS	SUBDIVISIÓN	CRITERIOS
<i>DSM-IV</i>	<i>1. TIG</i>	<i>1. INFANCIA</i>	
		<i>2. ADOLESCENCIA</i>	<i>REÚNEN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS</i>
		<i>3. ADULTO</i>	
	<i>2. TIG NO ESPECÍFICOS</i>	-	<i>NO LOS REÚNEN</i>
<i>ICD-10</i>	<i>1. TRANSEXUALISMO</i>	-	<i>LOS MISMOS QUE DSM-IV</i>
			<i>LLEVAR ROPA DEL SEXO OPUESTO PARA FOMENTAR PERTENECER A EL SOLO DE FORMA TEMPORAL</i>
	<i>2. TRANSVESTISMO</i>	- <i>NO FETICHISTA</i> - <i>FETICHISTA</i>	
	<i>3. TIG DE LA INFANCIA</i>	<i>1. NIÑOS</i> <i>2. NIÑAS</i>	<i>ESPECÍFICOS PARA CADA SEXO</i>
	<i>4. OTROS TIG</i>	-	<i>NO ESPECÍFICOS, GENITALES AMBIGUOS</i>
	<i>5. TIG NO ESPECÍFICOS</i>	-	<i>NO ESPECÍFICOS</i>

V APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La cuantificación del problema de la transexualidad en España presenta una serie de dificultades. A falta de registros en nuestro país, tenemos que basarnos en estudios de otros países, con el riesgo que supone la extrapolación de datos. Esas cifras varían ampliamente de unos países a otros en función del diferente clima social y cultural en el abordaje de este trastorno. Por otro lado, los estudios de prevalencia publicados utilizan diferentes métodos de recogida de datos y diferente definición de caso. Algunos consideran como transexuales a aquellas personas que demandan reasignación de sexo, incluyendo en el mismo grupo a otros TIG que no siempre son transexuales. Probablemente, esta sea una de las causas por las que sólo se acepta para intervención aproximadamente a una de cada diez demandas de reasignación de sexo (Best & Stein, 1998). Por último, en las tasas recogidas, se utiliza como denominador la población mayor de 15 años, unos sin establecer un límite superior de edad y otros estableciéndolo en 59 años.

Aunque los estudios epidemiológicos publicados hayan querido establecer una base similar para contabilizar los casos de TIG es probable que las diferencias culturales entre países puedan alterar la cuantificación real de esta problemática. Existen amplias diferencias de un lugar a otro en cuanto al acceso a los recursos sanitarios o a los costes del tratamiento, así como en las actitudes de la sociedad en general y de los propios profesionales ante este tipo de trastorno. Por otra parte, se desconoce cuántas de estas personas han sido atendidas e intervenidas en centros privados. De ahí que los datos de prevalencia de los diversos estudios sean tan diferentes (Tabla 4), incrementándose con los años. Esto hace que las últimas cifras sean las de mayor credibilidad.

Tabla 4. DIVERSOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA SOBRE LOS TIG

AUTOR	AÑO	PAÍS	H-A-M	M-A-H	H-A-M / M-A-H
PAULY ET AL	1968	EE. UU.	1 / 100.000	1 / 400.000	4
WALINDER ET AL	1971	SUECIA	1 / 37.000	1 / 103.000	2,8
HOENIG & KENNA	1974	R. UNIDO	1 / 30.000	1 / 100.000	3,3
EKLUND ET AL	1980	HOLANDA	1 / 45.000	1 / 200.000	4,4
EKLUND ET AL	1983	HOLANDA	1 / 26.000	1 / 100.000	3,8
EKLUND ET AL	1986	HOLANDA	1 / 18.000	1 / 54.000	3
BAKKFR ET AL	1 993	HOLANDA	1 / 11.900	1 / 30.400	2.5

Con todas estas limitaciones, para una aproximación epidemiológica en nuestro país, hemos seleccionado como referencia los últimos datos del equipo de Ámsterdam (Bakker et al, 1993), que durante 25 años ha tratado a más de 2.200 transexuales. Estos autores hablan de una prevalencia de 1 / 11.900 para transexuales de hombre a mujer (H-a-M) y de 1 / 30.400 para transexuales de mujer a hombre (M-a-H), con una ratio H-a-M / M-a-H de 2,5/ 1, y definiendo como caso a aquellas personas que ya habían iniciado tratamiento hormonal; y en el denominador consideran sólo la población de ≥ 15 años.

Los datos de población de España se han obtenido de una consulta al Instituto Nacional de Estadística, con datos al 1 de Enero de 1998, que arrojan una población total de 39.852.651 habitantes (19.488.465 hombres y 20.364.186 mujeres). Del total de la población el 90,62% tiene ≥ 15 años (INE, 2000), lo que representa un total de 36.114.472 habitantes (17.659.977 hombres y 18.454.495 mujeres). Según esto, las estimaciones de prevalencia de TIG en España representan un total de 2.087 transexuales (1.480 de hombre a mujer y 607 de mujer a hombre). Del total, tras el adecuado proceso diagnóstico, serían candidatas a cirugía un máximo de 400 personas (2 de cada 10) (Tabla 5).

En cuanto a los 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 sexo, de 0,17 / 100.000, siendo la razón hombre / mujer de 1,4 / 1. Según estas cifras, estimamos una incidencia anual para España de 61 personas que podrían demandar asistencia, y seguir el proceso diagnóstico y terapéutico.

**TABLA 5. APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS TIG EN ESPAÑA.
DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.**

	TOTAL	VARONES	MUJERES	≥ 15 AÑOS	VARONES		MUJERES	
					TIG	≥ 15 AÑOS	TIG	≥ 15 AÑOS
ANDALUCÍA	7.236.459	3.558.950	3.677.509	3.225.121	271	3.332.559	109	
ARAGÓN	1.183.234	582.366	600.868	527.740	44	544.507	18	
ASTURIAS	1.081.834	519.530	562.304	470.798	40	509.560	17	
BALEARES	796.483	392.835	403.648	355.987	30	365.786	12	
CANARIAS	1.630.015	808.092	821.923	732.293	62	744.827	24	
CANTABRIA	527.137	256.766	270.371	232.681	20	245.010	8	
CASTILLA-LA MANCHA	1.716.152	851.354	864.798	771.497	65	783.680	26	
CASTILLA Y LEÓN	2.484.603	1.225.516	1.259.087	1.110.563	93	1.140.985	38	
CATALUÑA	6.147.610	2.997.637	3.149.973	2.716.459	228	2.854.506	94	
COMUNIDAD VALENCIANA	4.023.441	1.970.767	2.052.674	1.785.909	150	1.860.133	61	
EXTREMADURA	1.069.419	530.994	538.425	481.187	40	487.921	16	
GALICIA	2.724.544	1.310.415	1.414.129	1.187.498	100	1.281.484	42	
MADRID	5.091.336	2.444.919	2.646.417	2.215.586	186	2.398.183	79	
MURCIA	1.115.068	551.343	563.725	499.627	42	510.848	17	
NAVARRA	530.819	262.687	268.132	238.047	20	242.981	8	
PAÍS VASCO	2.098.628	1.026.915	1.071.713	930.590	78	971.186	32	
RIOJA (LA)	263.644	130.708	132.936	118.448	10	120.467	4	
CEUTA	72.117	36.102	36.015	32.716	3	32.637	1	
MELILLA	60.108	30.569	29.539	27.702	2	26.768	1	
ESPAÑA	39.852.651	19.488.465	20.364.186	17.660.447	1.484	18.454.025	607	

VI. ABORDAJE DEL PROBLEMA EN OTROS PAÍSES

Aunque en muchos países desarrollados está regulado el cambio de nombre y de sexo en los registros administrativos, la cobertura asistencial en el sistema público para la reasignación de sexo es muy variable. Así, en Alemania fue aprobado en 1980 un Código de Transexuales, que permite el cambio de nombre y de sexo administrativos pero la prestación sanitaria pública aún no está cubierta. Recientemente se publicó una guía clínica para el diagnóstico y tratamiento (Becker et al, 1998). Otros países europeos tienen cobertura pública de estas intervenciones, como Holanda, Finlandia, Suecia y Reino Unido, con distintos matices; y Alemania y Suiza por sentencia judicial. En España contamos con un informe reciente editado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (Briones, 2000), y con otro en el País Vasco (OSTEBA, 1999), donde se estudia la inclusión de esta prestación en el sistema público de salud (aún sólo aprobado en Andalucía). En EE.UU., Canadá, Australia y Nueva Zelanda esta cirugía no está cubierta por el sistema público, pero sí reintegro de gastos tras reclamación judicial. Aparte de la financiación de los procedimientos, en la mayoría de estos países existen

centros públicos y privados, con larga tradición en la asistencia a estos pacientes, donde se ha realizado buena parte de la investigación clínica y psicosocial (Briones, 2000). En general suelen seguir las DA de la HBIGDA. El diagnóstico lo realiza el psiquiatra, quien aconseja y apoya, y deriva para tratamiento hormonal y quirúrgico. Para la cirugía los candidatos deben tener 18 años y haber seguido la experiencia de la vida real al menos 12 meses. Este proceso produce autoselección de casi un tercio; y del total que solicita asistencia sólo la décima parte llega a operarse (Best & Stein, 1998). La duración de todo el proceso oscila entre 2 y 3 años. La imposibilidad de completar la reasignación de sexo puede motivar importantes trastornos psiquiátricos, automutilaciones e incluso el suicidio.

VII. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS Y ACTUACIONES CLÍNICAS:

1. Intervenciones psicológicas y psiquiátricas

Los pacientes con TIG deben ser atendidos por un equipo multidisciplinar. El psiquiatra o el psicólogo es quien primero suele atenderle; si el paciente consulta con el endocrinólogo, éste lo derivará al psiquiatra / psicólogo, quien pondrá en práctica su cometido (Tabla 6).

TABLA 6. LAS DIEZ FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL (MEYER ET AL., 2001).

1. *DIAGNOSTICAR CON PRECISIÓN EL TIG DEL INDIVIDUO.*
 2. *DIAGNOSTICAR CUALQUIER PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ACOMPAÑANTE Y CONSIDERAR SU TRATAMIENTO.*
 3. *CLARIFICAR DESEOS, CORREGIR FALSAS EXPECTATIVAS Y ACONSEJAR OPCIONES DE TRATAMIENTO Y CONSECUENCIAS.*
 4. *OCUPARSE DE LA PSICOTERAPIA.*
 5. *DECIDIR SOBRE LA ELEGIBILIDAD Y DISPOSICIÓN PARA LA TERAPIA HORMONAL Y LA CIRUGÍA.*
 6. *HACER RECOMENDACIONES OFICIALES A COLEGAS MÉDICOS Y CIRUJANOS.*
 7. *DOCUMENTAR EL HISTORIAL RELEVANTE DEL PACIENTE EN UN INFORME DE RECOMENDACIÓN.*
 8. *PERTENECER A UN EQUIPO DE PROFESIONALES CON INTERÉS EN LOS TIG.*
 9. *EDUCAR A FAMILIARES E INSTITUCIONES ACERCA DE LOS TIG.*
 10. *ESTAR DISPONIBLE PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES.*
-

Estos profesionales comparten responsabilidad en la decisión de comenzar un tratamiento hormonal y quirúrgico junto con el facultativo que lo prescriba. El tratamiento hormonal suele aliviar la ansiedad y depresión de los pacientes sin necesidad de recurrir a medicación adicional. La existencia de otra psicopatología no excluye la cirugía, pero puede retrasarla.

Psicoterapia

La psicoterapia no es un requisito absolutamente necesario para el proceso terapéutico, y dependerá de las necesidades individuales, estableciéndose objetivos y duración. Se debe tratar al paciente de una forma global, prestando interés a todos los aspectos, no sólo al problema de identidad de género. La psicoterapia no intenta curar el

TIG sino ayudar a la persona a sentirse mejor con su identidad y a enfrentar otros problemas distintos, aclarando y aliviando conflictos. La psicoterapia está indicada en:

- Personas confusas acerca de su identidad de género, o en las que el deseo de la cirugía de reasignación es secundario a otros problemas.
- Candidatos a la cirugía de reasignación de sexo, para superar la ansiedad sobre su futuro o para ayudarles a adaptarse a su nueva situación.

Hay actividades que ayudan al paciente a encontrarse mejor que pueden ir realizando durante la psicoterapia, como vestirse con ropa interior discreta del sexo contrario o unisex, depilación eléctrica de la barba, vivir periodos o actividades en el sexo opuesto, etc.

Elegibilidad y disposición para el tratamiento hormonal y la cirugía (Meyer et al, 2001)

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

- **Elegibilidad:** Son criterios objetivos y específicos; sin ellos no debe iniciarse ningún tipo de tratamiento médico o quirúrgico.
- **Disposición:** Son datos adicionales que apoyan la decisión de pasar al tratamiento médico o quirúrgico. Dependen de la apreciación subjetiva del facultativo sobre diversos aspectos.

TABLA 7. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y DISPOSICIÓN PARA EL TRATAMIENTO HORMONAL

CRITERIOS	
Elegibilidad	<ul style="list-style-type: none">• Tener 18 años de edad• Conocimiento efectos hormonas (beneficios y riesgos)• ≥ 3 meses de experiencia vida real documentada (o psicoterapia).
Disposición	<ul style="list-style-type: none">• Identidad sexual consolidada por experiencia vida real (o psicoterapia)• Mantener (o mejorar) salud mental estable (control satisfactorio otros problemas: sociopatías, adicciones, psicosis, tendencias suicidas, etc)• Cumplimiento responsable del tratamiento

Excepciones:

- En algunos casos y para evitar males mayores (como el use de hormonas no supervisadas) el tratamiento hormonal podría prescribirse a falta del último criterio de elegibilidad.

- El tratamiento hormonal podrá prescribirse a quienes no puedan o no quieran operarse, o no puedan o no quieran vivir la experiencia de la vida real como del otro sexo, pero sólo tras diagnóstico y psicoterapia de al menos 3 meses.

TABLA 8. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y DISPOSICIÓN PARA LA CIRUGÍA GENITAL

CRITERIOS	
Elegibilidad	<ul style="list-style-type: none">▪ Mayoría de edad legal▪ Un año de tratamiento hormonal continuo, si no hay contraindicaciones médicas▪ Un año de experiencia vida real continua con éxito. Periodos discontinuos de regreso al sexo biológico indicaría ambivalencia y no se cumpliría este criterio▪ Si lo exige el profesional de salud mental, participación regular responsable en la psicoterapia durante la experiencia en la vida real▪ Demostrar conocimientos sobre costes, duración de la hospitalización, posibles complicaciones y rehabilitación posquirúrgica de la intervención▪ Conocer a diferentes cirujanos competentes
Disposición	<ul style="list-style-type: none">▪ Demostrar progresos en la consolidación de la identidad sexual▪ Demostrar mejoría en sus relaciones familiares y laborales, y en su forma de afrontar problemas personales, que dé lugar a una mayor salud mental (ausencia de sociopatías, toxicomanías, psicosis, tentativas de suicidio, etc)

Excepciones:

- Quien no cumpla los criterios de elegibilidad no debe ser operado. Pero si alguien ha vivido como miembro del otro sexo durante muchos años y se descarta una psicopatología, podría ser operado sin pasar por tratamiento hormonal ni experiencia de vida real reglamentarios.

2. Intervenciones endocrinológicas

A) VALORACIÓN CLÍNICA

Una vez cumplidos los requisitos anteriores se puede pasar a la siguiente fase: el tratamiento hormonal. Pero antes debe realizarse una valoración global del paciente (Tabla 9). La anamnesis da información sobre el tiempo de evolución del trastorno; a la pregunta "¿desde cuándo se siente pertenecer al sexo opuesto?" el paciente suele responder "desde siempre", que sugiere el diagnóstico de transexualismo primario, genuino o verdadero; por el contrario, otra respuesta distinta hablaría a favor de un transexualismo secundario. También debe obtenerse información sobre el grado de insatisfacción por su sentido de pertenencia al sexo opuesto, sobre las dificultades vividas a nivel personal, familiar y laboral, y sobre sus problemas sociales en general. En esta fase de la entrevista debe establecerse una relación de confianza con el paciente, evitando los juicios de valor. Asimismo, servirá para conocer y confirmar el grado de convencimiento del individuo sobre su condición.

Los transexuales a menudo esperan, y a veces demandan, cambios rápidos y completos, a veces inmediatos al inicio del tratamiento hormonal. Pero los efectos inducidos por las hormonas son limitados, y aparecen sólo gradualmente. Antes de empezar este tratamiento debe darse una clara información individualizada sobre los posibles beneficios y perjuicios del mismo para no crear falsas expectativas. Con frecuencia alivia la ansiedad y depresión de estas personas, mejorando por sí mismo la

calidad de vida, pero tiene sus limitaciones. No todos los vestigios del sexo original se erradican por igual en todas las personas.

Debemos asegurarnos que el paciente comprende toda la información que le damos. Podría ser el momento para la firma del Consentimiento Informado (Anexo I).

TABLA 9. PRUEBAS DE VALORACIÓN ENDOCRINOLÓGICA

- ANAMNESIS
 - ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
 - HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS Y TÓXICOS
 - DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y PRESIÓN ARTERIAL
 - PERFIL HIDROCARBONADO Y LIPÍDICO
 - PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL Y HEPÁTICA
 - PRUEBAS DE COAGULACIÓN
 - PERFIL HORMONAL (EJE H-H-GONADAL Y OTROS)
 - TÉCNICAS DE IMAGEN (ECOGRAFÍA HEPÁTICA, TAC SILLA TURCA, ETC)
 - CARIOTIPO
 - HIV, MARCADORES HEPATITIS
-

Pero además, el tratamiento hormonal presenta algunas contraindicaciones (Tablas 10 y 11). Aparte de las enfermedades mentales, determinadas situaciones y cuadros orgánicos contraindican el tratamiento con esteroides sexuales, ya que supondrían mayor riesgo que beneficio. Estas contraindicaciones podrían ser absolutas o relativas.

TABLA 10. CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO ESTROGÉNICO.

ABSOLUTAS	RELATIVAS
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL GRAVE
OBESIDAD MÓRBIDA	DIABETES MELLITUS
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	ANTEC, FAMILIARES CÁNCER MAMA
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	HIPERPROLACTINEMIA
HEPATOPATÍA CRÓNICA	TABAQUISMO
HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA	CEFALEA REFRACTARIA

TABLA 11. CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO ANDROGÉNICO

ABSOLUTAS	RELATIVAS
INSUFICIENCIA HEPÁTICA	EPILEPSIA
HEPATITIS AGUDA O CRÓNICA	HEMICRANIA
SÍNDROME NEFRÓTICO	INSUFICIENCIA RENAL
DESCOMPENSACIÓN CARDIACA	INSUFICIENCIA CARDIACA LATENTE
	POLIGLOBULIA
	DISLIPEMIA SEVERA

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

Además, el tratamiento cruzado con esteroides sexuales producirá en teoría una inversión del patrón de riesgo cardiovascular, no sólo por la modificación de parámetros antropométricos sino también bioquímicos. El tratamiento con andrógenos en transexuales de mujer a hombre podría incrementar la resistencia a la insulina, modificar el patrón lipídico o producir alteración de las enzimas hepáticas. Hemograma y pruebas de coagulación son parámetros que precisan de estrecha vigilancia sobre todo en el tratamiento con estrógenos y antiandrógenos en transexuales de hombre a mujer; si en cualquier momento se sospecha trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar habría que realizar una ecografía, una flebografía o una gammagrafía pulmonar.

Un perfil basal de los distintos ejes hormonales va a ser necesario tanto al inicio del tratamiento para descartar alteraciones endocrinológicas como para el seguimiento antes y después de la cirugía. Es necesario vigilar la modificación de los valores sanguíneos de las hormonas masculinas y femeninas debidos al tratamiento, así como el seguimiento de los valores de prolactina que incrementa frecuentemente incrementa sus valores normales hasta cuatro veces (rara vez pasa de 100 ng /ml), y no sólo por el tratamiento estrogénico sino también por los andrógenos. El tratamiento con esteroides sexuales produce frenación del estímulo hipofisario (FSH y LH) sobre las gónadas, y una cierta atrofia de las mismas, acompañada a veces de dolor.

Una vez desarrolladas las glándulas mamarias en transexuales de hombre a mujer precisan de vigilancia periódica mediante mamografía o ecografía como cualquier mujer biológica como medida preventiva del cáncer de mama. Aunque el tratamiento estrogénico de por vida podría prevenir cualquier alteración de la próstata, algún caso de cáncer de próstata ha sido publicado, por lo que estos pacientes precisan de controles ecográficos y bioquímicos periódicos para prevenir esta enfermedad, y sobre todo a partir de determinada edad. Debe considerarse la necesidad de realizar un cariotipo, ya que a veces puede haber genitales ambiguos o estados intersexuales, hipogonadismo masculino de diversa etiología, síndrome de Klinefelter, etc.

B) TRATAMIENTO:

1. Objetivo terapéutico:

En el transexualismo, a falta de conocimientos claros sobre su etiología, el único tratamiento posible es rehabilitador, esto es, la reasignación de sexo, adecuando de la manera más completa y rápida posible el fenotipo al sexo que el sujeto se siente pertenecer mediante intervenciones psicológica, hormonal y quirúrgica.

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

- Eliminación de los caracteres sexuales del sexo original: Desafortunadamente, esta supresión es incompleta. En transexuales H-a-M no hay forma de revertir los efectos de los andrógenos sobre el esqueleto. La mayor talla, la forma de la mandíbula, el tamaño y forma de manos y pies, y la estrechez de la pelvis no pueden ser reparados una vez alcanzado el tamaño final tras la pubertad. Por el contrario, la relativamente más

baja talla en transexuales M-a-H, y la mayor anchura pélvica no podrá cambiar con el tratamiento.

- Inducción de los caracteres sexuales del sexo sentido: Mientras en la mayoría de los transexuales M-a-H los andrógenos pueden producir un completo y llamativo desarrollo masculino, el efecto del tratamiento en transexuales H-a-M puede ser claramente insatisfactorio en cuanto a la reducción de la barba a inducción del desarrollo mamario.

3. ¿Qué hormonas y qué dosis?

Existen multitud de esteroides sexuales sintéticos y semisintéticos (Tabla 12). No se ha demostrado que determinadas drogas sean más eficaces que otras. Su elección depende de la disponibilidad, tradición local, efectos adversos, vía de administración y coste. Las dosis óptimas tampoco han sido bien establecidas. Los primeros efectos del tratamiento hormonal empiezan a aparecer ya a las 6-8 semanas: Cambios de la voz en transexuales M-a-H y desarrollo de nódulos mamaros dolorosos en transexuales H-a-M. Los cambios pueden completarse entre 6 y 24 meses (el crecimiento del vello facial puede llevar 4 a 5 años).

TABLA 12. FÁRMACOS Y DOSIS PARA EL TRATAMIENTO HORMONAL DEL TRANSEXUALISMO.

MECANISMO DE ACCIÓN	COMPUESTO QUÍMICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS MEDIA
ANÁLOGOS DE LHRH	GOSERELINA	ZOLADEX 3,6	3,6 MG / MES, S.C.
	TRIPTORELINA	DECAPEPTYL 3,75	3,75 MG / MES, I.M.
INHIB. SÍNTESIS ANDRÓGENOS (TESTOSTERONA Y DHT)	ESPIRONOLACTONA	ALDACTONE	100-200 MG / DÍA, V.O.
	FINASTERIDA	PROSCAR	5 MG / DÍA, V.O.
	FLUTAMIDA	EULEXIN	750 MG / DÍA V.O.
	ACETATO DE CIPROTERONA	ANDROCUR	100 MG / DÍA V.O.
ANTIGONADOTRÓPICOS		PROGEVERA	5-10 MG / DÍA, V.O.
	MEDROXIPROGESTERONA	DEPO-PROGEVERA	150 MG / MES, I.M.
	LINESTRENOL	ORGAMETRIL	5-10 MG / DÍA, V.O.
	NORETHISTERONA	PRIMOLUT-NOR	5-10 MG / DÍA, V.O..
BLOQUEANTES RECEPTORES ANDRÓGENICOS	ACETATO DE CIPROTERONA	ANDROCUR	100 MG / DÍA, V.O.
	ESPIRONOLACTONA	ALDACTONE	100-200 MG / DÍA, V.O.
ESTRÓGENOS	ETINILESTRADIOL	NEO-LYNDIOL	100 MG / DÍA, V.O.
	E. CONJUGADOS	PREMARIN	1,25 -2,5 MG / DÍA, V.O.
	17 BETA ESTRADIOL	PROGYLUTON	2-4 MG / DÍA, V.O.
		GYNODIAN DEPOT	4-20 MG / MES, I.M.
		ESTRADERM TTS	50-100 MG / DÍA, V.O.
		ESTRIOL	SYNAPAUSE OVESTINON
ANDRÓGENOS	ESTERES TESTOSTERONA	TESTEX PROLONGATUM	250 MG /15 DÍAS, I.M.
	PARCHES TESTOSTERONA	ANDRODERM	5 MG / DÍA, V.T.D.

4. Tratamiento hormonal de transexuales de hombre a mujer:

La supresión de los caracteres sexuales originales puede realizarse mediante compuestos que ejercen un efecto antiandrógeno por diferentes mecanismos:

- Supresión de las gonadotropinas (LH y FSH hipofisarias), que son las que estimulan la producción gonadal de hormonas: Entre ellos destacan los análogos de LHRH, con precio prohibitivo; como efecto adverso mayor cabe destacar a los sofocos, muy parecidos a los de la mujer post-menopáusica. Sus efectos son reversibles, y su uso queda reservado para castración química, necesaria a veces en transexuales muy jóvenes para detener o retrasar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios a la espera de la mayoría de edad. Otros inhibidores de las gonadotropinas pueden ser acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona y altas dosis de estrógenos.

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

- Drogas que bloquean los receptores androgénicos: Acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona, flutamida y espironolactona.

La longitud del pene no se reduce por las hormonas, pero por su estado de flaccidez y acúmulo de grasa infraabdominal puede parecer más pequeño. Las erecciones espontáneas son suprimidas dentro de los 3 meses, pero las debidas al juego erótico no suelen desaparecer. El volumen testicular se reduce un 25% dentro del primer año. Este tratamiento reduce la masa muscular y la fuerza, así como el contenido de hemoglobina.

La inducción de los caracteres sexuales femeninos se lleva a cabo principalmente por los estrógenos (Asscheman & Gooren, 1992). Un segundo esteroide sexual producido por los ovarios es la progesterona, cuya función principal es preparar a la mucosa uterina para la nidación. Su efecto feminizante es limitado, sin embargo hay quien aconseja su utilización junto a los estrógenos para reducir el riesgo estrógeno-dependiente de cáncer de mama. Hasta la fecha han sido publicados 3 casos de cáncer de mama en transexuales de hombre a mujer aunque sin clara relación con el tipo de estrógeno, dosis o duración del tratamiento. Y como en las mujeres biológicas, deben someterse periódicamente a la palpación y mamografía para prevenir el cáncer de mama. Tampoco debe olvidarse tomar las medidas preventivas necesarias para el cáncer de próstata, aunque sólo se ha descrito algún caso, y el tratamiento con estrógeno podría incluso ser un factor de defensa. No hay un estrógeno superior a otro, y la elección dependerá de la disponibilidad, del precio y preferencia de cada uno. Las diferencias sustanciales dependerán sobre todo de la fórmula química y la vía de administración. Todos los estrógenos por vía oral se absorben en el intestino y pasan primero por el hígado para ser metabolizados y después ejercer sus efectos sobre los lípidos, los factores de la coagulación y la renina. También el metabolismo hepático se relaciona con la fórmula química; así, mientras el etinil estradiol se metaboliza lentamente el 17 β -estradiol lo hace mucho más rápido, lo que explica una diferencia de 10-20 veces en la dosis diaria. La vía de administración puede determinar diferencias en los efectos beneficiosos y adversos; así, la vía transdérmica es la que menor riesgo de tromboembolismo produce (Asscheman et al, 1989), por lo que podría reservarse a los transexuales de mayor edad (mayores de 40 años) o como forma de mantenimiento una vez conseguidos los efectos feminizantes a través de otras vías de administración. Tras la cirugía las dosis deben reducirse al mínimo, que no produzca síntomas de deficiencia y que proteja frente a la osteoporosis.

- Etinil estradiol: Es el estrógeno más potente, muy barato, fácilmente disponible pero sólo combinado con progestágenos.

- Estrógenos conjugados: La dosis activa en transexuales puede llegar hasta unas 7 veces (5 Mg. / día) la de mujeres posmenopáusicas (Meyer et al, 1986). Se metabolizan ampliamente en el hígado y con menos efectos adversos que otros.

- 17 β -estradiol: Es el más potente de las 3 formas naturales de estrógenos (estradiol, estrona y estriol). Puede administrarse por vía oral, intramuscular o

transdérmica. Esta última forma podría ser interesante por su menor frecuencia de efectos adversos, pero en muchos pacientes da problemas en el lugar de aplicación de la piel y son caros.

- **Estriol:** Es menos potente; usado en vaginitis y otros problemas en mujer posmenopáusica. En transexuales se precisarían altas dosis; sin ventajas sobre otros.

En resumen, como tratamiento estándar podríamos usar 100 Mg. / día de etinil estradiol por vía oral. La vía transdérmica debería reservarse para los mayores de 40 años, con mayor riesgo de tromboembolismo (12% frente al 2,1 % en más jóvenes, Asscheman et al, 1989) y en pacientes con feminización aceptable, a dosis de dos parches de 100 Mg. / semana. La vía intramuscular depot no debe usarse por rutina porque en caso de efectos adversos puede tardar semanas hasta que se normalicen en sangre los valores de estradiol, y además, en caso de abuso esta dosis es mucho mayor. Cuando se haya completado la genitoplastia la dosis puede ser reducida al mínimo que no produzca síntomas de deficiencia y que proteja frente a la osteoporosis.

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

5. Tratamiento hormonal de transexuales de mujer a hombre:

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

Los cambios en el aspecto externo producidos suelen ser bastantes satisfactorios, aunque la piel más sebácea puede llegar a ser un problema. Respecto a otros hombres, los transexuales M-a-H son más bajos de talla. El clítoris se alarga en todos los sujetos, aunque en grado variable, y a veces es suficiente para relaciones sexuales satisfactorias con una mujer, toda vez que aumenta la libido tras el tratamiento androgénico. El

tratamiento debe continuar tras la ovariectomía para prevenir los sofocos, la pérdida de las características masculinas y ante todo la osteoporosis.

6. Efectos adversos del tratamiento hormonal:

Pocos estudios sistemáticos sobre efectos adversos del tratamiento hormonal han sido publicados. Meyer et al (1986) encuentran en 90 transexuales sólo alteraciones de las enzimas hepáticas y moderadas elevaciones en suero de colesterol y triglicéridos. En estudios de casos se describen embolismo pulmonar, trombosis cerebral, infarto de miocardio, metaplasia de próstata y cáncer de mama en transexuales tratados con estrógenos, e infarto de miocardio en transexuales tratados con andrógenos (Tablas 13 y 14).

En un estudio efectuado en 1989 por Asscheman et al se señala en una población de 303 transexuales H-a-M los siguientes: hiperprolactinemia (46 casos), cambios de humor depresivo (25), elevación de enzimas hepáticas (22), incremento de eventos tromboembólicos (19), hipertensión arterial (14) y otros. Y en 122 transexuales M-a-H: incremento de peso (21 casos), acné (15), elevación de enzimas hepáticas (7), hipertensión arterial (3) y otros. La ausencia de prestación sanitaria en el sistema público de estos trastornos promueve la automedicación. Con esta práctica los riesgos se incrementan, como lo señala un reciente estudio (Becerra et al, 1999), donde se apuntan los efectos adversos en 31 transexuales H-a-M y 26 transexuales M-a-H.

TABLA 13. EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO HORMONAL EN TRANSEXUALES DE MUJER A HOMBRE.

RETENCIÓN HIDROSALINA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

POLIGLOBULIA

ALTERACIONES PERFIL LIPÍDICO

ALTERACIÓN FUNCIÓN HEPÁTICA

CALVICIE Y ACNÉ

AUMENTO DE LA AGRESIVIDAD

AUMENTO DE LA LIBIDO

TABLA 14. EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO HORMONAL EN TRANSEXUALES DE HOMBRE A MUJER.

MAYORES

MENORES

FLEBITIS

NAÚSEAS Y VÓMITOS MATINALES

TROMBOEMBOLIA

ASTENIA

CÁNCER DE MAMA

IRRITABILIDAD

INSUFICIENCIA HEPÁTICA

CEFALEAS, VÉRTIGOS

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RETENCIÓN HÍDRICA

DEPRESIÓN

AUMENTO DE PESO

3. Experiencia de la vida real (Meyer et al, 2001)

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

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

que el paciente funciona según el rol del género sentido

La experiencia de la vida real frente al test de la vida real. La EVR es una fase del proceso terapéutico y no debe tomarse como un método diagnóstico; éste ya fue hecho antes, aunque siempre cabe la posibilidad de modificarse. Es el propio interesado quien decide cómo y cuando comenzar esta fase terapéutica. La EVR pone a prueba el nivel de decisión personal, la capacidad de actuar en el género sentido y la armonía de los apoyos sociales, económicos y psicológicos. Ayuda a la toma de decisiones, si se tiene éxito dará confianza para emprender nuevos objetivos.

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

4. Intervenciones quirúrgicas: (Meyer et al, 2001)

Cirugía de mamas

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

Cirugía genital

▪ De hombre a mujer: La transformación de los genitales externos masculinos a femeninos utiliza una técnica muy elaborada y experimentada durante más de cuarenta años. La intervención consta de diferentes fases: Castración, penectomía, vaginoplastia

21 *Trastornos de identidad de género*

(creación de la neovagina con la piel del pene), clitoroplastia (con parte del tejido del glande) y labioplastia (con piel del escroto).

▪ De mujer a hombre: La transformación de los genitales femeninos a masculinos difiere del anterior en que hay que extirpar los genitales internos y la reconstrucción de los genitales externos utiliza multitud de técnicas de resultados insatisfactorios y aún en fase de desarrollo. Comprende las siguientes: Histerectomía, salpingo-ooforectomía, vaginectomía, metaidoplastia, escrotoplastia, uretroplastia, prótesis testicular y faloplastia.

Otras cirugías:

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

VIII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (MEYER ET AL, 2001)

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

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

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

3. Intervenciones irreversibles: Procedimientos quirúrgicos.

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

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

IX. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTUACIONES CLÍNICAS

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

X. IMPLICACIONES LEGALES Y SOCIALES

No existe en la legislación española ninguna ley explícita en relación con la transexualidad. En ausencia de una normativa específica las demandas interpuestas por los interesados se apoyan en la interpretación de diversos artículos de la Constitución Española (Constitución Española, 1978), y otras leyes. El respeto y la protección de la dignidad humana, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, y a la identidad y orientación sexual son los aspectos reflejados en las leyes. En 1983 se excluye del delito de lesiones las operaciones que modificaban el sexo anatómico (antes consideradas castración), estableciéndose una cierta cobertura legal (Reforma del Código Penal, 1983); y en 1995 (Reforma del Código Penal, 1995), además de esa despenalización, se especifica que "...el consentimiento válido, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de trasplante de órganos efectuado con arreglo a lo dispuesto por la Ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo" . Por tanto la base de la despenalización o autorización es el libre consentimiento de la persona para realizarse dicha intervención quirúrgica (ANEXO I). En los menores de edad este consentimiento no es válido cuando lo suscribe el menor o sus representantes legales, ya que corresponde al Juez. Este hecho debe tenerse en cuenta en el futuro, más tolerante con el transexualismo y de mayores avances médicos, que puede demandar este tratamiento a edades más tempranas.

Cualquier ciudadano puede solicitar la sustitución del nombre del nacimiento por el de uso habitual presentando documentos que lo acrediten, pero la modificación del dato registral relativo al sexo para un transexual necesita de una sentencia firme en un juicio ordinario. A partir de 1979 algunos juzgados aceptan esta modificación y en 1987 se reconoce el derecho de un transexual a inscribirse con otro sexo y distinto nombre al del nacimiento: Se crea jurisprudencia, pero sin una clara normativa cada juez aplica su propio criterio. En 1991 se unifican los criterios exigiéndose la irreversibilidad física tras la cirugía. Más tarde se da prioridad al sexo psicológico y social frente al morfológico, y se aprueba en algunas sentencias el cambio de sexo antes de terminar la transformación

quirúrgica. Aunque la Constitución Española lo defienda, la legislación no permite el matrimonio a transexuales (*nota de la web: desde 2002 son ya legales en España los matrimonios entre dos personas de distinto sexo registral aunque una de ellas -o ambas- fuera transexual*), aunque sí les reconoce el derecho de adopción a título individual. Tampoco existen leyes en relación a la violación de transexuales, el acceso al tratamiento hormonal en prisión o la asignación de la misma en relación al sexo. Tampoco existen referencias al transexualismo en las leyes que regulan el empleo, con frecuentes discriminaciones laborales que compromete su integración social y personal.

Desde su despenalización en 1983, el tratamiento integral de los transexuales, tanto psicoterápico como médico y quirúrgico, se ha realizado en la medicina privada. El Sistema Nacional de Salud no lo contempla como prestación sanitaria, salvo en estados intersexuales patológicos (Real Decreto, 1995), hasta 1999 y sólo en el ámbito del Sistema Andaluz de Salud. A Septiembre de 2001 no hay otras Comunidades Autónomas con competencias transferidas en cuestión de Sanidad que hayan imitado a la andaluza, aunque diferentes iniciativas parlamentarias en relación con los problemas médicos, legales y sociales de los transexuales están tramitándose.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asscheman H, Gooren LJG, Eklund PLE. Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism* 1989;38:869-873.
2. Asscheman H & Gooren LJG. Hormone treatment in transsexuals. *J Psychol Human Sex* 1992;5:39-54.
3. Bakker A, van Kesteren PJM, Gooren LJG, Bezemer PD. The of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:237-238.
4. Baile M, Asua J. Cirugía para cambio de sexo. Vitoria: Departamento de Sanidad. Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA), 1999.
5. Becerra A, de Luis DA, Piédrola G. Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. *Med Clin* 1999;113:484-487.
6. Becker S, Bosinski HAG, Clement U, et al. German Standards for the Treatment and Diagnostic Assessment of Transsexuals. *IJT* 1998;2(4), <http://www.symposion.com/ijt/ijt06O3.htm>
7. Benjamin H. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press, 1966.
8. Best L & Stein K. Surgical gender reassignment for male to female transsexual people. The Wessex Institute for Health Research & Development, UK, DEC Report No. 88, 1998. <http://www.epi.bris.ac.uk/rd/publicat/dec/dec88.pdf>
9. Briones Pérez de la Blanca, Eduardo. Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía. Ed: AETSA, Sevilla, 2000.
10. Cohen-Kettenis PT & Gooren LJG. Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosomatic Research* 1999;46:315-333.
11. Constitución Española de 1978. Artículos 10,14, 18.1, 32.1 y 32.2, BOE de 29-12-1978.
12. Eklund PLE, Gooren LJG, Bezemer PD. Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Br J Psychiatry* 1988;152:638-640.
13. Hoenig J & Kenna JC. The prevalence of transsexualism in England and Wales. *Br J Psychiatry* 1974;124:181-190.
14. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población a 1-1-1998. INE, Octubre de 2000.
15. Landen M, Walinder J, Lundstrom B. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:261-263.
16. Levine SB, Brown G, Coleman E, et al. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's The Standards of Care for Gender Identity Disorders (Fifth Version), 1998. <http://www.tc.umn.edu/nlhome/m20l/coleMOO/hbigda/hstndrd.htm>
17. Meyer III W, Bockting W, Cohen-Kettenis P, et al. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's The Standards of Care for Gender Identity Disorders -Sixth Version. *IJT* 2001;5(1), <http://www.symposion.com/ijt/soc-01/index.htm>
18. Migeon CJ and Wisniewski AB. Sexual differentiation: from genes to gender. *Horm Res* 1998;50:245-251.
19. Pauly IB. The current status of the change of sex operations. *J Nerv Mental Dis* 1968;147:460-471.
20. Pavón I, Monereo S, Alameda C. Tratamiento de reasignación de sexo en pacientes transexuales. *Med Clin* 2000;115:783-788.
21. Real Decreto 63/1995 de 20 de marzo, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias de; Sistema Nacional de Salud (BOE nº 35, 10-2-1995, pag.4538-43). Anexo III, apartado 5.
22. Reforma de; Código Penal, Ley Orgánica 3/1983, Artículo 428, 25 de junio de 1983.
23. Reforma de; Código Penal, Ley Orgánica 10/1995, Artículo 156, 23 de novbre. de 1995.

24. Van Kesteren PJM, Asscheman H, Megens JAJ, Gooren LJG. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol* 1997;47:337-342.
25. Walinder J. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Br J Psychiatry* 1971;119:195-196.
26. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 1995;378:68-70.

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO HORMONAL DE LOS TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO O DISFORIA DE GÉNERO (TRANSEXUALISMO)

Los Trastornos de Identidad de Género, Disforia de Género o Transexualismo, son aquella condición clínica en la que una persona presenta una discrepancia entre su sexo anatómico, y la identidad sexual psíquica y social a la que se siente pertenecer. Aún no se sabe cuál es el origen de esta disociación, pero sí se sabe que no existe un trastorno psicopatológico conocido, cuyo tratamiento sería diferente. El tratamiento consiste en realizar el cambio de los caracteres sexuales que presenta por los del sexo al que se siente pertenecer.

Hay que considerar tres aspectos en dicho tratamiento: 1) el psicológico, para ayudar a la integración de la personalidad en el sexo deseado; 2) el médico, que se realiza mediante la administración de hormonas para modificar los caracteres sexuales secundarios; y 3) el quirúrgico, para realizar modificaciones en los genitales y órganos sexuales y conseguir el mayor parecido y funcionalidad con el sexo deseado.

Usted ha acudido a este Centro Sanitario con el objeto de obtener un tratamiento integral de su situación de transexualidad, para lo cual va a ser atendido en varios servicios médicos y quirúrgicos. El estudio y seguimiento iniciales son realizados de manera conjunta por los Servicios de Psiquiatría y de Endocrinología durante un periodo mínimo de 6 meses, para confirmar el diagnóstico de Transexualismo y descartar la existencia de posibles contraindicaciones al tratamiento hormonal, antes de empezarlo.

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

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

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

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

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

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

Don / Doña
de..... años de edad y D. N. I. nº
con domicilio en Población CP
Provincia

DECLARO:

1. Encontrarme en mi total y plena capacidad mental y psíquica para decidir libre y voluntariamente sobre mi condición sexual.

2. Que desde que tengo use de razón, y a pesar de mi apariencia externa y caracteres sexuales y genitales de, yo siempre me he considerado un / a

3. Conocer que mi condición de transexual necesita de un tratamiento hormonal que me ayudará a resolver la discrepancia que existe entre mi sexo psíquico de y el genético de, que considero no me pertenece, y que este tratamiento es prolongado y siempre previo al tratamiento quirúrgico.

4. Que he leído atentamente este informe y el documento sobre los efectos beneficiosos e indeseables del tratamiento hormonal y que han sido aclaradas mis dudas de forma satisfactoria sobre las hormonas y fármacos utilizados para realizar el cambio de mis caracteres sexuales, por parte del Médico Endocrinólogo.

5. Aceptar de forma libre y voluntaria recibir el tratamiento hormonal necesario para modificar mis caracteres sexuales, así como acudir a los controles médicos que sean necesarios, tanto previos como posteriores al inicio del mismo.

6. Que si cambio de opinión y decido no realizar el cambio de mis caracteres sexuales, podré retirar este consentimiento en cuanto lo desee, informando de dicho cambio de opinión al médico / Equipo médico que me atiende.

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

DECIDO:

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

Firmo el presente en a
de de

El médico
Nº coleg

Fdo.

Fdo.:

RENUNCIA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

**PARA EL TRATAMIENTO HORMONAL DE LOS TRASTORNOS
DE IDENTIDAD DE GÉNERO O DISFORIA DE GÉNERO
(TRANSEXUALISMO)**

Don / Doña
de..... años de edad y D. N. I. nº
con domicilio en Población CP
Provincia

DECLARO:

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

Firmo el presente ena de
..... de

El médico
Nº coleg

Fdo.

Fdo.:

TRATAMIENTO HORMONAL PARA LA REASIGNACIÓN DE HOMBRE A MUJER

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

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

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

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

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

TRATAMIENTO HORMONAL PARA LA REASIGNACIÓN DE MUJER A HOMBRE

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

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

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

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

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