

LAS NORMAS DE ATENCIÓN EN LOS DESÓRDENES DE IDENTIDAD DE GÉNERO

Levine, Brown, Coleman, Cohen-Kettenis, Hage, Pfaefflin & als (1998)

1. CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

El propósito de las normas de Atención. El propósito principal de las normas de atención (SOC) es articular este consenso profesional de la organización internacional (Comité Harry Benjamin de la Asociación Internacional de Disforia de Género) acerca del manejo psiquiátrico, psicológico, médico y quirúrgico de los Desórdenes de la Identidad de Género. Los profesionales pueden utilizar este documento para entender los parámetros dentro de los que pueden ofrecer asistencia a las personas con este tipo de problemas. Las personas con desórdenes de la identidad de género, sus familias, las instituciones sociales pueden usar el SOC como un medio para entender el pensamiento actual de los profesionales. Los lectores podrían ser también conscientes de las limitaciones en el conocimiento de esta área y de la esperanza de que algunas de estas incertidumbres clínicas puedan resolverse en el futuro a través de la investigación científica.

La meta del tratamiento. La meta general de la psicoterapia, de las terapias endocrina o quirúrgica específicas para las personas con desórdenes de la identidad de género es lograr un sentimiento de comodidad duradero con la identidad de género personal con objeto de maximizar el bienestar psicológico y el sentimiento de autosatisfacción.

Los criterios de atención son pautas clínicas. Estos criterios se proponen proporcionar direcciones flexibles para el tratamiento de los desórdenes de identidad de género. Cuando se establecen criterios de selección significan que son criterios mínimos. Estos pueden ser establecidos por profesionales individuales o los programas organizados. El punto de partido clínico de estas pautas puede ser la situación psicológica, social o anatómica única de un paciente, la evolución de un método de manejo de una situación habitual para un profesional experimentado, o un protocolo de investigación. Estos puntos de partida deben reconocerse como tales, ser explicados al paciente y estar documentados desde un punto de vista de protección legal de forma que los resultados a corto y a largo plazo puedan repercutir de forma positiva en la evolución de este campo.

El umbral clínico. Un umbral clínico se pasa cuando los temas, las incertidumbres, y las preguntas acerca de la identidad de género persisten en el desarrollo, llegando a ser tan intensas como para parecer el aspecto más importante de la vida de la persona, o prevenir el establecimiento de una identidad de género relativamente no conflictiva. Los conflictos que refieren las personas de forma informal son variados: problemas de identidad de género, disforia de género, problema de género, conflicto de género, distrés de género o transexualidad. Se conoce que tales conflictos se

manifiestan desde los años de edad preescolar y tienen muchas formas alternas. Estas formas se manifiestan por distintos grados de insatisfacción personal con la anatomía sexual, con las características corporales de género, con los roles de género, la identidad de género y las percepciones de los otros. Cuando los individuos insatisfechos cumplen los criterios especificados de una de las dos clasificaciones internacionales oficiales –Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o el Manual Estadístico y Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM-IV)- se puede decir que sufren un desorden de la identidad de género (GID). Algunas personas con GID traspasaban otro umbral –poseían un deseo persistente de transformar quirúrgicamente sus cuerpos.

Existen dos poblaciones primarias con GID: varones biológicos y mujeres biológicas. Los clínicos necesitan considerar de forma separada los dilemas biológicos, sociales, psicológicos y económicos de cada uno de los sexos. Por ejemplo, cuando se hace la primera demanda de asistencia profesional, la mujer biológica típica parece tener consolidada en mayor grado su identidad de género masculina que lo que lo hace el varón biológico en su demanda de una identidad de género femenina cómoda. Esto con frecuencia permite proceder más rápidamente en la secuencia de terapia en las personas identificadas como varones.

I. UNA BREVE GUÍA DE REFERENCIA DE LOS CRITERIOS DE ATENCIÓN

Se recomienda que nadie use esta guía sin consultar el texto completo del SOC (Apartado III) que proporciona una explicación de estos conceptos.

- I. El compromiso profesional con pacientes con desórdenes de identidad de género incluye los siguientes pasos:
 - A. Evaluación diagnóstica
 - B. Psicoterapia
 - C. Experiencia de la vida real
 - D. Terapia Hormonal
 - E. Terapia Quirúrgica
- II. Los Roles del Profesional de Salud Mental con el Paciente de Género. Los profesionales de salud mental (MHP) que trabajan con individuos con desórdenes de identidad de género deben tratar de cumplir regularmente con muchas de estas responsabilidades:
 - A. Diagnosticar con precisión el desorden de identidad de género del individuo según las clasificaciones diagnósticas DSM-IV o CIE-10.
 - B. Diagnosticar con precisión cualquier condición psiquiátrica en comorbilidad y contemplar su tratamiento adecuado.
 - C. Aconsejar al individuo acerca del rango de opciones de tratamiento y sus implicaciones.

- D. Comprometerse en la psicoterapia.
- E. Determinar la elegibilidad y la disposición de la terapia hormonal y quirúrgica.
- F. Hacer recomendaciones formales a los colegas médicos y cirujanos.
- G. Documentar la historia relevante del paciente en una carta de recomendación.
- H. Ser colega de un equipo de profesionales con interés en los desórdenes de identidad de género.
- I. Educar a los miembros de la familia, empleados e instituciones acerca de los desórdenes de identidad de género.
- J. Estar dispuesto para el seguimiento de pacientes vistos previamente

II. El entrenamiento de los profesionales de Salud Mental

A. El especialista en Adultos

1. Competencia clínica básica en el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes mentales y emocionales.
2. El entrenamiento clínico básico puede ocurrir dentro de cualquier disciplina formalmente acreditada, por ejemplo, psicología, psiquiatría, trabajo social, consejo psicológico o enfermería.
3. Credenciales mínimas recomendadas para la competencia especial con los desórdenes de identidad de género:
 - a) Grado de master o su equivalente en una ciencia conductual clínica concedido por una institución acreditada por una entidad nacional o regional acreditada.
 - b) Entrenamiento y competencia especializada en la evaluación de los Desórdenes Sexuales según el DDSM-IV y CIE-10 (no sólo los desórdenes de la identidad de género).
 - c) Entrenamiento supervisado y competencia documentada en psicoterapia.
 - d) Educación continuada en el tratamiento de desórdenes de identidad de género.

B. El especialista en Niños

1. Entrenamiento en psicopatología del desarrollo en la infancia y la adolescencia.
2. Competencia en el diagnóstico y tratamiento de los problemas corrientes de niños y adolescentes.

III. Las diferencias entre Elegibilidad y Criterios de Disposición para Hormonas o Cirugía

- A. El concepto de elegibilidad hace referencia a la especificación de criterios que deben ser documentados antes de pasar al siguiente paso de la secuencia terapéutica triádica (Experiencia de la vida real, Hormonas y Cirugía).
- B. El concepto de Disposición hace referencia a la especificación de criterios sobre los que descansa el juicio previo del clínico para dar el siguiente paso en la secuencia terapéutica triádica.

IV. Las Cartas de Documentación del Profesional de Salud Mental para el Tratamiento Hormonal o Quirúrgico deberían especificar de forma sucinta:

- A. Las características de identificación general del paciente
- B. Los diagnósticos de género inicial y en evolución, el diagnóstico sexual y otros diagnósticos psiquiátricos.
- C. La duración de su relación profesional que incluye el tipo de psicoterapia o de evaluación de la que el paciente ha sido objeto.
- D. Los criterios de elegibilidad que el paciente reúne y las razones del profesional de salud mental para el tratamiento hormonal o quirúrgico.
- E. La capacidad del paciente para seguir las normas de atención establecidas y la probabilidad de su cumplimiento futuro.
- F. Si el autor del informe es parte del equipo de género o está trabajando sin el beneficio de un acercamiento organizado en equipo.
- G. La oferta de recibir una llamada telefónica para verificar que la carta de documentación es auténtica.

V. Se requiere una carta para el Tratamiento Hormonal Institucionalizado; se requieren dos cartas para el Tratamiento Quirúrgico

- A. Para la cirugía se requieren dos cartas de recomendación separadas de profesionales de salud mental que trabajan individualmente sin formar parte de un equipo con experiencia en desórdenes de la identidad de género.
 - 1. Si la primera carta es de una persona con grado de master, la segunda debería ser de un psiquiatra o un psicólogo clínico, de los que puede esperarse una evaluación adecuada de las condiciones psiquiátricas en comorbilidad con los problemas de género.
 - 2. Si la primera carta es del psicoterapeuta del paciente. La segunda debería ser de una persona que sólo lleve a cabo un rol evaluador del paciente. Cada profesional, sin embargo, debe cumplimentar los mismos siete elementos.
- B. Se puede aceptar una carta con dos firmas si los profesionales de salud mental realizan sus tareas y periódicamente informan de estos

procesos a un equipo de otros profesionales de salud mental y médicos no psiquiatras.

VI. Niños con Desórdenes de Identidad de Género

- A. La tarea inicial del profesional de salud mental especialista en la infancia es proporcionar evaluaciones diagnósticas cuidadosas de los niños con problemas de género
 - 1. La identidad de género del niño y las conductas de rol de género, la dinámica familiar, las experiencias traumáticas del pasado, y la salud psicológica general se evalúan separadamente. Los problemas de género de los niños difieren de forma significativa en estos parámetros.
 - 2. Nunca deben emprenderse la terapia hormonal y quirúrgica con este grupo de edad.
 - 3. El tratamiento con el tiempo puede incluir terapia familiar, terapia marital, orientación a los padres, terapia individual del niño, o distintas combinaciones.
 - 4. El tratamiento debería hacerse extensivo a todas las formas de psicopatología no sólo a los problemas de género.

VII. 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. Los adolescentes deberían ser seguidos, proporcionándoles apoyo psicoterapéutico, educándoles acerca de las opciones de género, y animándoles a prestar atención a otros aspectos de su desarrollo interpersonal, vocacional, intelectual y social.
- B. Pueden ser candidatos para comenzar la terapia triádica a los 18 años de edad, preferentemente con consentimiento de los padres
 - 1. El consentimiento de los padres indica una buena relación de trabajo entre el profesional de salud mental y los padres, para que ellos, también, entiendan completamente la naturaleza del desorden de la identidad de género.
 - 2. En muchos países europeos la edad de 16 a 18 años es la edad para ser considerado legalmente adulto para tomar decisiones médicas sin consentimiento familiar. En los Estados Unidos la edad adulta legal es los 18 años.
- C. Terapia Hormonal para Adolescentes. El tratamiento hormonal debe ser llevado a cabo en dos fases sólo después de que la pubertad esté bien establecida.

1. En la fase inicial se debería administrar a los varones biológicos un antiandrógeno (que neutralice solamente los efectos de la testosterona) o un LHRH (que pare sólo la producción de testosterona).
 2. A las mujeres biológicas se les debería administrar suficientes andrógenos, progestinas o agonistas del LHRH (que pare la producción del estradiol, estrona y progesterona) para parar la menstruación.
 3. Segunda fase del tratamiento (después de que estos cambios hayan ocurrido y la salud mental del adolescente permanezca estable)
 - a. A los varones biológicos se les debe dar agentes estrogénicos
 - b. A las mujeres biológicas se les debe dar dosis de andrógenos más altas y con mayor poder masculizante
 - c. Las medicaciones de esta segunda fase producen cambios irreversibles
- D. Antes de la edad de 18 años. En casos seleccionados, la experiencia de la vida real puede comenzar a la edad de 16 años, con o sin terapia hormonal previa. La administración de hormonas a adolescentes de menos de 18 años se hace rara vez
1. La primera fase de las terapias para retrasar los cambios somáticos de la pubertad se llevan a cabo mejor en centros de tratamiento especializados bajo supervisión de, o en consulta con, un endocrinólogo, y preferentemente un endocrinólogo pediátrico, que es parte de un equipo interdisciplinar
 2. Dos metas justifican esta intervención
 - a. Ganar tiempo para después explorar el género y otros temas del desarrollo en la psicoterapia
 - b. Para facilitar las cosas si el adolescente continúa con el propósito de cambiar de género
 3. Para poder proporcionar hormonas que retrasen la pubertad a las personas de menos de 18 años, se deben cumplir los siguientes criterios:
 - a. A lo largo de la infancia han demostrado un patrón intenso de identidad de género cruzado y aversión a las conductas de rol de género esperadas
 - b. La incomodidad con el género se ha incrementado con la aparición de la pubertad

- c. El desarrollo interpersonal, psicológico, intelectual y social están limitados como consecuencia de sus problema de identidad de género
 - d. Ausencia de psicopatología seria, salvo la que sea consecuencia de sus problemas de identidad de género
 - e. La familia consiente y participa en la terapia triádica
- E. Antes del los 16 años. Las hormonas de la segunda fase, que inducen las características sexuales del sexo opuesto, no deberían administrarse antes de la edad de 16 años
- F. El compromiso del profesional de salud mental es un requisito de elegibilidad para la terapia triádica durante la adolescencia
1. Para ser candidato a la experiencia de la vida real o la terapia hormonal, el profesional de salud mental debería comprometerse de forma integral con el adolescente y la familia durante un mínimo de 6 meses
 2. Para ser candidato a la recomendación de cirugía genital reconstructiva o mastectomía, el profesional de salud mental debería comprometerse de forma integral con el adolescente y la familia durante al menos dieciocho meses
 3. Los adolescentes en edad escolar con desórdenes de identidad de género se sienten con frecuencia tan incómodos debido a la interacción negativa con sus iguales y a una incapacidad para participar en los roles de su sexo biológico que renuncian a asistir a la escuela
 - a. Los profesionales de salud mental deberían estar preparados para trabajar en colaboración con el personal de la escuela para encontrar formas de continuar el desarrollo educativo y social de sus pacientes

VIII. Psicoterapia con Adultos

- A. Muchos adultos con desórdenes de la identidad de género encuentran formas efectivas, cómodas de identificarse a sí mismos sin la secuencia de tratamiento triádico, con o sin psicoterapia
- B. La psicoterapia no es un requisito absoluto para la terapia triádica
 1. Los programas individuales varían en el grado en que perciben la necesidad de psicoterapia
 2. Cuando la evaluación inicial del profesional de salud mental lleva a una recomendación de psicoterapia, el clínico debería especificar las metas del tratamiento, estimar su frecuencia y duración
 3. El comité de Normas de Atención es cauto a la hora de insistir en un número mínimo de sesiones de psicoterapia previa a la

- experiencia de la vida real, al tratamiento hormonal o quirúrgico pero espera que los programas individuales las establezca
4. Si la psicoterapia no es llevada a cabo por miembros del equipo de género, el psicoterapeuta debería ser informado de que se le puede pedir una carta describiendo la terapia del paciente, de forma que éste pueda pasar a la siguiente fase de rehabilitación
- C. La psicoterapia con frecuencia proporciona educación acerca del rango de opciones no consideradas, previamente, con seriedad por el paciente. Sus metas son:
1. Ser realista acerca del trabajo y las relaciones
 2. Definir y aliviar los conflictos del paciente que pueden haber sobredeterminado un estilo de vida estable e intentar crear un estilo de vida estable a largo plazo
 3. Encontrar una forma cómoda de vivir dentro de un rol de género y un cuerpo
- D. Incluso cuando las metas iniciales se logran, los profesionales de salud mental deberían discutir la probabilidad de que la educación, la psicoterapia o la terapia hormonal o quirúrgica puedan erradicar permanentemente todos los vestigios psicológicos de la asignación sexual original de la persona

IX. La Experiencia de la Vida Real

- A. Ya que cambiar el rol de género de uno tiene consecuencias personales y sociales profundas e inmediatas, la decisión debería ser precedida por una conciencia de la existencia de dichas consecuencias familiares, vocacionales, interpersonales, educacionales, económicas y legales.
- B. Cuando los clínicos evalúan la calidad de la experiencia de la vida real de una persona en su nuevo rol de género, se revisan las siguientes capacidades
1. Para mantener el empleo a tiempo completo o de media jornada
 2. Para funcionar como estudiante
 3. Para funcionar en su actividad como voluntario de la comunidad
 4. Para emprender alguna de las combinaciones de 1-3
 5. Para adquirir un nuevo nombre (legal)
 6. Para proporcionar documentación para que otras personas que no sea el terapeuta sepan que el paciente funciona dentro de un nuevo rol de género

- X. Elegibilidad y criterios de Disposición para la Terapia Hormonal en Adultos**
- A. Existen tres criterios de Elegibilidad:**
1. Edad de 18 años
 2. Conocimiento demostrable de los que las hormonas pueden y no pueden hacer desde un punto de vista médico y de sus beneficios sociales y riesgos
 3. Debería ponerse en marcha la Experiencia de la Vida Real al menos tres meses antes de la administración de hormonas o
 4. Se debería emprender un periodo de psicoterapia de una duración especificada por el profesional de salud mental tras la evaluación inicial (generalmente un mínimo de tres meses)
 5. Bajo ninguna circunstancia deberían administrarse hormonas a quien no cumpla los criterios 3 o 4
- B. Existen tres criterios de Disposición**
1. El paciente ha consolidado su identidad de género durante la Experiencia de la vida real o la psicoterapia
 2. El paciente ha hecho progresos dominando otros problemas identificados lo que le lleva a mejorar o continuar con una salud mental estable
 3. Es probable que las hormonas sean tomadas de forma responsable
- C. Las hormonas pueden darse a aquellos pacientes que inicialmente no quieren cirugía o llevar a cabo la Experiencia de la vida real. Sin embargo, deben estar diagnosticados de forma adecuada y cumplir los criterios anteriormente mencionados para la administración de hormonas**
- XI. Requisitos para la Cirugía de Pecho y la Genital Reconstructiva**
- A. Existen seis criterios de elegibilidad para las distintas cirugías y se aplican igualmente a hombres biológicos y a mujeres biológicas**
1. Mayoría de edad legal en el país del paciente
 2. Doce meses de terapia sexual continuada para aquellos sin una contraindicación médica
 3. Doce meses seguidos de Experiencia de la Vida Real con éxito. Los periodos de vuelta al género original pueden indicar ambivalencia hacia el procedimiento y no deberían contabilizarse para cumplir este criterio
 4. Mientras que la psicoterapia no es un requisito absoluto para la cirugía de adultos, el profesional de salud mental puede requerir sesiones regulares a lo largo de la experiencia de la vida real con una frecuencia mínima determinada por dicho profesional

5. Conocimiento del coste, tiempo de hospitalización requerido, probables complicaciones, y los requisitos de rehabilitación postquirúrgica propios de cada intervención
 6. Conocimiento de los distintos cirujanos competentes
- B. Existen dos criterios de Disposición
1. Progreso demostrable en la consolidación de la nueva identidad de género
 2. Progreso demostrable al afrontar el trabajo, la familia y los temas interpersonales dando como resultado un estado de salud mental significativamente mejor o al menos estable

XII. Cirugía

- A. Cirugía de genitales, pecho o de otro tipo para el paciente de hombre a mujer
1. Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir orquidectomía, penectomía, vaginoplastia, mamoplastia de ampliación y cirugía de las cuerdas vocales
 2. La vaginoplastia requiere una cirugía experimentada y tratamiento postoperatorio. Existen tres técnicas: inversión de la piel del pene, transplante del rectosigmoideo pediculado, o injerto de piel en la línea de la neovagina
 3. La mamoplastia de ampliación puede llevarse a cabo antes de la vaginoplastia si el médico que ha prescrito las hormonas y el cirujano han establecido que el agrandamiento del pecho después de haber recibido el tratamiento hormonal durante dos años no es suficiente para sentirse cómodo en su rol de género social. Otras cirugías que pueden realizarse a cabo para ayudar a la feminización incluyen: cricoplastia, liposucción de la cintura, rinoplastia, reducción del hueso facial, estiramiento de la piel y blefaroplastia
- B. Cirugía genital y de pecho para el paciente de mujer a hombre
1. Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir mastectomía, histerectomía, salpingo-ovariectomía, vaginectomía metoidioplastia , escrotoplastia, uretroplastia y faloplastia
 2. Las técnicas operatorias actuales para la faloplastia son variadas. La elección de técnicas puede estar restringida por consideraciones anatómicas o quirúrgicas. Si los objetivos de la faloplastia son un neofalo de buena apariencia, la micción de pie, y/o la capacidad coital, el paciente debería estar claramente informado de que existen varias fases separadas en esta cirugía y dificultades técnicas frecuentes que requieren intervenciones adicionales

3. La mamoplastia de reducción puede ser necesaria como procedimiento previo para algunos individuos de gran pecho para poder llevar a cabo una Experiencia de la vida real factible
4. La liposucción puede ser necesaria para el contorno corporal final

B. Seguimiento postquirúrgico por los profesionales

1. El seguimiento postoperatorio a largo plazo es uno de los factores asociados con un buen resultado psicosocial
2. El seguimiento es esencial para la salud médica y anatómica subsiguiente del paciente y para el conocimiento del cirujano de los beneficios y limitaciones de la cirugía
 - a. Los pacientes operados pueden incorrectamente autoexcluirse del seguimiento tanto con el médico que le prescribió las hormonas como con el cirujano y el profesional de salud mental
 - b. Estos clínicos son los que mejor pueden prevenir, diagnosticar y tratar las posibles condiciones médicas a largo plazo que son únicas para cada paciente tratado hormonal y quirúrgicamente
 - c. Los cirujanos que están operando a pacientes que vienen de largas distancias deberían incluir personal de seguimiento en sus planes de atención
 - d. El seguimiento continuado a largo plazo tiene que ser económico y estar disponible en la región geográfica del paciente
 - e. Los pacientes operados también tienen problemas de salud general y deberían seguir screenings médicos regulares de acuerdo con las pautas recomendadas
3. Sin embargo, la necesidad del seguimiento se extiende más allá del endocrinólogo y el cirujano, hasta el profesional de salud mental, que ha pasado periodo de tiempo con el paciente más largo que cualquier otro profesional, y que está en una excelente posición para ayudar en las dificultades de ajuste postoperatorias

III. EL TEXTO COMPLETO DE LAS NORMAS DE ATENCIÓN

Introducción. Esta sección proporciona una comprensión más profunda de las Normas de Atención. Da una información exhaustiva y comprensiva sobre las materias no contenidas o mencionadas de forma abreviada en la Guía de Referencia Breve. Esta explicación de las Normas de Atención va dirigida a todos los lectores, profesionales, pacientes, miembros de la familia y personal institucional que tienen que tomar decisiones acerca de las personas con problemas de identidad de género.

Consideraciones epidemiológicas

Prevalencia. Cuando en un principio los problemas de identidad de género buscaron ayuda profesional, las perspectivas clínicas se focalizaron en cómo identificar candidatos a una cirugía de reasignación sexual. A medida que el campo maduró, los profesionales reconocieron que algunas personas con problemas de identidad de género reales ni deseaban ni eran candidatos para cirugía de reasignación sexual. Las primeras estimaciones de prevalencia para adultos fueron de 1 de cada 37.000 varones y 1 de cada 107.000 mujeres. Las informaciones más recientes del polo transexual del espectro de los trastornos de identidad de género de Holanda apuntan a 1 de cada 11.900 varones y 1 de cada 30.400 mujeres. Cuatro observaciones, no apoyadas todavía firmemente por un estudio sistemático, incrementan la probabilidad de una prevalencia más alta: (1) se diagnostican ocasionalmente problemas de identidad de género no reconocidos en pacientes vistos con ansiedad, depresión, desórdenes de conducta, abuso de tóxicos, trastornos de identidad disociativos, trastornos de personalidad borderline, y otros problemas sexuales y condiciones intersexuales; (2) Algunos travestis varones no pacientes, imitadores de mujeres, y homosexuales masculinos y femeninos pueden tener alguna forma de trastorno de identidad sexual; (3) la intensidad de los trastornos de identidad de género de algunas personas fluctúan arriba y debajo de un umbral clínico; (4) la conducta de género variada entre individuos corporalmente femeninos tiende a ser relativamente invisible a la cultura, particularmente a los profesionales de salud mental y científicos.

Historia Natural de los Trastornos de Identidad de Género. En el pasado se ha prestado tanta atención a la secuencia terapéutica de vivir de acuerdo con el género opuesto, administración de hormonas del sexo opuesto, y cirugías genitales (y de otro tipo) que algunos asumieron erróneamente que un diagnóstico de trastorno de identidad de género inevitablemente conducía a esta secuencia. Actualmente un diagnóstico de trastorno de identidad de género sólo crea el considerar seriamente una serie de opciones complejas, sólo una de las cuales es el apoyo médico para esta secuencia terapéutica triádica. Idealmente los datos prospectivos acerca de la historia natural de los conflictos de identidad de género podrían informar todas las decisiones de tratamiento. Carecemos de ellos salvo la demostración que la mayor parte de los niños con trastornos de identidad de género desarrollan su deseo de ser

una niña sin terapia. Existen cinco factores establecidos científicamente que previenen a los clínicos de prescribir la secuencia terapéutica triádica basada sólo en el diagnóstico: (1) Algunas personas diagnosticadas cuidadosamente cambian espontáneamente sus aspiraciones; (2) Otros llevan a cabo acomodaciones más adaptativas a sus identidades de género sin intervenciones médicas; (3) Otros abandonan su deseo de seguir la secuencia terapéutica triádica durante la psicoterapia; (4) algunas clínicas de identidad de género tienen un porcentaje de abandono alto; (5) el porcentaje de personas que no se han beneficiado de la secuencia triádica varía significativamente de un estudio a otro.

Diferencias culturales en los trastornos de identidad de género a lo largo del mundo.

Aun cuando los estudios epidemiológicos establecieron que una proporción de base similar de trastornos de la identidad de género existían en todo el mundo, es probable que las diferencias culturales de un país a otro pudieran alterar las expresiones conductuales de el trastorno. Además, el acceso al tratamiento, el coste del tratamiento, las terapias ofrecidas y las actitudes sociales hacia el afectado y los profesionales que prestan la atención difieren ampliamente de un lugar a otro. Mientras en la mayor parte de los países cruzar los límites del género genera ultraje moral más que compasión, hay ejemplos llamativos en ciertas culturas de cómo las conductas propias del sexo opuesto de los líderes espirituales no están estigmatizadas.

Nomenclaturas diagnósticas

Los cinco elementos del trabajo clínico. El compromiso profesional con pacientes con trastornos de la identidad de género incluye cualquiera de los siguientes elementos: evaluación diagnóstica, psicoterapia, experiencia de la vida real, terapia hormonal y terapia quirúrgica. Esta sección proporciona unos fundamentos sobre la primera etapa de evaluación diagnóstica.

El desarrollo de una nomenclatura. El término transexual emergió en el uso profesional y público en los años 50 como un medio de designar a una persona que aspiraba a o actualmente vivía en el rol de género contrario a su sexo anatómico, se hubieran o no administrado hormonas o se hubiera llevado a cabo o no cirugía. Durante los años 60 y 70 los clínicos usaron el término de "transexual verdadero". El transexual verdadero se pensó que era una persona con una vía característica de desarrollo de identidad de género atípico al que se predecía una mejora en su vida a través de una secuencia de tratamiento que culminaba en la cirugía genital. Se pensaba que tenían: (1) identificaciones con el género opuesto que fueron expresadas de forma consistente a nivel conductual en la infancia, adolescencia y madurez; (2) Excitación sexual mínima o ausencia de excitación al travestirse; y sin interés heterosexual (relativo a su sexo anatómico). Los transexuales verdaderos podían ser de ambos sexos. Los "transexuales verdaderos" varones se distinguían de los varones que llegaron a su deseo de cambio de sexo a través de un camino de desarrollo conductual razonablemente masculino. La creencia en el concepto de transexual verdadero se disipó cuando se comprendió que: (1) Tales pacientes se encontraban

raramente; (2) Aquellos que demandaban cirugía reconstructiva genital tenían con más frecuencia historias de adolescente de travestismo fetichista o fantasías autoginefílicas sin travestismo; (3) algunos de los transexuales verdaderos originales habían falsificado sus historias para hacerlas más poróximas a las teorías más tempranas acerca del trastorno. El concepto de "transexuales verdaderos" mujeres nunca creó incertidumbres diagnósticas, en gran parte porque las historias de las pacientes eran relativamente consistentes y las conductas de género variantes, tales como travestismo femenino, permanecían sin ser vistas por los clínicos. El término "Síndrome de Disforia de Género" fue adoptado entonces para designar la presencia de un problema de género en ambos sexos hasta que la psiquiatría desarrolló una nomenclatura oficial.

El diagnóstico de Transexualidad fue introducido en el DSM-III en 1980 para los individuos disfóricos de género que demostraban al menos dos años de interés continuo en modificar su anatomía sexual y transformar sus cuerpos y roles sociales. Otros diagnósticos eran los de Desorden de la Identidad de Género en la Adolescencia y la Madurez de tipo no transexual o Desorden de la Identidad de Género no especificado (GID-NOS). Estos términos diagnósticos fueron ignorados por los medios de comunicación que usaban el término de transexual para cualquier persona que quería cambiar o había cambiado de sexo.

El DSM-IV. En 1994 el comité del DSM-IV reemplazó el diagnóstico de Transexualidad por el de Trastorno de la Identidad de Género. Dependiendo de su edad, aquellos con una fuerte y persistente identificación con el sexo opuesto y una persistente incomodidad con su sexo o un sentido de impropiedad del rol de género de ese sexo fueron diagnosticados como Trastorno de Identidad de Género en la Infancia (302.6), Adolescencia o Madurez (302.85). Para las personas que no cumplían los criterios se empleó el término de Trastorno de Identidad de Género no especificado (GID-NOS) (302.6). Esta categoría incluía una variedad de individuos, aquellos que deseaban sólo una castración y una penectomía sin deseo de desarrollar pechos; aquellos con una condición intersexual congénita; aquellos con un travestismo relacionado con el estrés transitorio; aquellos con una ambivalencia considerable acerca de abandonar sus roles de género. Los pacientes con GID y GIDNOS también fueron subclasificados de acuerdo con el sexo que les atraía: atracción por varones, atracción por mujeres, atracción por ambos sexos, atracción por ninguno. Esta subclasificación sobre las bases de la orientación fue establecida para ayudar a determinar con el tiempo si los individuos de una orientación u otra se beneficiaban más de acercamientos particulares, no se propuso para guiar las decisiones de tratamiento.

Entre la publicación del DSM-III y el DSM-IV, el término transgénero empezó a ser utilizado de distintas formas. Algunos lo empleaban para referirse a aquellos con identidades de género inusuales con un comportamiento libre, es decir, sin una connotación de psicopatología. Algunos profesionales utilizaban el término de manera informal para referirse a cualquier persona con cualquier tipo de problema de

género. Transgénero no es un diagnóstico, pero los profesionales lo encuentran más fácil de usar que GIDNOS.

CIE-10. La CIE-10 proporciona 5 diagnósticos para los trastornos de identidad de género (F64):

La Transexualidad (F64.0) tiene tres criterios:

1. El deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse del deseo de adecuar su cuerpo de la forma más congruente que sea posible, mediante tratamiento hormonal y quirúrgico, con el sexo preferido
2. La identidad transexual ha estado presente de forma consistente durante al menos dos años
3. El trastorno no es un síntoma de otro trastorno mental o de una anomalía cromosómica

El Travestismo no fetichista (F64.1) tiene tres criterios:

1. El individuo lleva ropas del sexo opuesto con objeto de experimentar pertenencia temporal al sexo opuesto
2. No existe motivación sexual para el travestirse
3. El individuo no tiene deseo de un cambio permanente hacia el sexo opuesto

Trastorno de Identidad de Género en la Infancia (F64.2) tiene criterios distintos para niñas y para niños.

Para niñas:

1. El individuo muestra una incomodidad intensa y persistente acerca de ser una chica y tiene un deseo establecido de ser un chico (no sólo un deseo de las ventajas culturales percibidas de ser un chico) o insiste en que ella es un chico
2. Deben estar presentes cada uno de los siguientes criterios:
 - a) Aversión marcada y persistente hacia las ropas femeninas normativas e insistencia en llevar ropa estereotípicamente masculina
 - b) Rechazo persistente de las estructuras anatómicas femeninas, como se evidenciaba por al menos uno de los siguientes criterios:
 1. Una afirmación de que ella tiene o le crecerá un pene
 2. Rechazo de orinar en una posición sentada
 3. Afirmación de que no quiere que le crezcan los pechos o menstruar
 4. La niña no ha alcanzado aún la pubertad
 5. El trastorno debe haber estado presente durante al menos seis meses

Para niños

1. El individuo muestra una incomodidad intensa y persistente acerca de ser un niño, y tiene un deseo de ser niña, o, más raramente, insiste en que él es una niña

2. Deben estar presentes cada uno de los siguientes criterios:
 - a) Preocupación por las actividades femeninas estereotípicas, que se manifiesta por una preferencia por vestirse con ropas del sexo opuesto o simular las ropas femeninas, o por un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de las niñas y un rechazo de los juguetes, juegos y actividades estereotípicamente masculinos
 - b) Rechazo persistente de las estructuras anatómicas masculinas, como se evidencia por al menos una de las siguientes afirmaciones repetidas:
 1. Que cuando crezca llegará a ser una mujer (no sólo en el rol)
 2. Que su pene o testículos les producen disgusto o desaparecerán
 3. Que sería mejor no tener pene o testículos
 4. El niño no ha alcanzado todavía la pubertad
 5. El trastorno debe haber estado presente al menos durante 6 meses

Otros Trastornos de la Identidad de Género (F64.8) y los Trastornos de la Identidad de Género no Especificados no tienen criterios específicos. Ambos diagnósticos para aquellos que tienen una condición intersexual.

El propósito del DSM-IV y la CIE-10 es organizar y guiar el tratamiento y la investigación. Estas nomenclaturas se crearon en diferentes momentos y conducidas por diferentes grupos de profesionales mediante un proceso de consenso general. Existe la expectativa de que las diferencias entre los sistemas serán eliminadas alrededor del año 2000. En este momento los diagnósticos específicos se basan en mayor grado en el razonamiento clínico que en la investigación científica. No se ha estudiado suficientemente, por ejemplo, si los patrones de atracción sexual predicen o no si un paciente será una persona mentalmente más saludable tras cinco años de seguir o no la secuencia triádica.

Los Trastornos de Identidad de Género son trastornos mentales. Al calificarlo como un trastorno mental, cualquier patrón conductual puede dar como resultado una desventaja adaptativa significativa para la persona y causar un sufrimiento mental personal. El DSM-IV y la CIE-10 han definido centenares de enfermedades mentales que varían en su aparición, duración, patogénesis, incapacidad funcional y tratabilidad. La designación de los Trastornos de Identidad de Género como trastornos mentales no es una licencia para la estigmatización o para la deprivación de los derechos civiles de los pacientes de género. El uso de un diagnóstico formal es un paso importante al ofrecer ayuda, proporcionar una cobertura dentro de la seguridad social, y generar investigación para proporcionar tratamientos futuros más efectivos.

El Profesional de Salud Mental

Las diez tareas del Profesional de Salud Mental. Los profesionales de Salud Mental (PSM) que trabajan con individuos con Trastornos de la Identidad de Género pueden ser los encargados de llevar a cabo muchas de estas responsabilidades:

1. Diagnosticar con precisión la identidad de género del individuo
2. Diagnosticar con precisión cualquier condición psiquiátrica en comorbilidad y ver su tratamiento apropiado
3. Aconsejar al individuo sobre el rango de opciones de tratamiento y sus implicaciones
4. Comprometerse en psicoterapia
5. Determinar la elegibilidad y la disposición para la terapia hormonal y quirúrgica
6. Hacer recomendaciones formales para los colegas cirujanos y médicos
7. Documentar la historia relevante de su paciente en una carta de recomendación
8. Ser compañero de un equipo de profesionales con interés en los trastornos de identidad de género
9. Educar a los miembros de la familia, jefes e instituciones acerca de los trastornos de identidad de género
10. Estar disponible para el seguimiento de los pacientes de género previamente vistos

El entrenamiento de los Profesionales de Salud Mental

El especialista en adultos. La educación del profesional de salud mental que se especializa en trastornos de la identidad de género se fundamenta en una competencia clínica general y básica en el diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales y mentales. El entrenamiento clínico básico puede ocurrir dentro de cualquier disciplina formalmente acreditada -por ejemplo, psicología, psiquiatría, trabajo social, consejo psicológico o enfermería.

Las credenciales mínimas recomendadas para la competencia especial en trastornos de identidad de género son las siguientes:

1. Grado de master o su equivalente en un campo de una ciencia conductual clínica. Este grado o uno más avanzado debería ser reconocido por una institución acreditada por una entidad regional o nacional reconocida. El profesional de salud mental debería tener credenciales escritas de haber recibido un entrenamiento apropiado y una autorización de la entidad.
2. Entrenamiento y competencia especializada en la evaluación de los Trastornos Sexuales de el DSM-IV y CIE-10 (no sólo de los Trastornos de Identidad de Género)
3. Entrenamiento supervisado documentado y competencia en psicoterapia
4. Educación continuada en el tratamiento de los Trastornos de Identidad de Género lo que puede incluir asistencia a encuentros profesionales, talleres o seminarios o participar en investigación relacionada con los temas de la identidad de género

El especialista en niños. El profesional que evalúa y oferta terapia a un niño a a un preadolescente con trastorno de la identidad de género debería estar entrenado en

psicopatología del desarrollo de la infancia y la adolescencia. Debería ser competente en el diagnóstico y tratamiento de los problemas normales de niños y adolescentes.

La diferencia entre elegibilidad y disposición. Las normas de atención proporcionan los requisitos de Elegibilidad para cirugía y tratamiento hormonal. Sin reunir primero los requisitos de elegibilidad, el paciente y el terapeuta no deberían demandar tratamiento hormonal o cirugía. Un ejemplo de un requisito de elegibilidad es: una persona debe vivir durante 12 meses todo el tiempo integrada en el género preferido antes de la cirugía genital reconstructiva. Para cumplir este criterio el profesional necesita documentar que la Experiencia de la Vida Real se ha llevado a cabo durante este tiempo. Cumplir los criterios de Disposición -consolidación de la identidad de género en evolución o mejora de la salud mental en el rol de género nuevo o revalidado- es más complicado ya que se fundamenta en el juicio del clínico. El clínico puede pensar que la persona no está todavía preparada ya que su conducta contradice con frecuencia sus necesidades y metas establecidas.

La relación del profesional de salud mental con el endocrinólogo y el cirujano. Los profesionales de salud mental que recomendaban terapia hormonal o quirúrgica comparten la responsabilidad legal y ética de la decisión con el médico que pone en marcha el tratamiento. El tratamiento hormonal puede con frecuencia aliviar la ansiedad y la depresión en personas sin el empleo de medicaciones psicotrópicas adicionales. Sin embargo, algunos individuos necesitan medicación psicotrópica previa a o al mismo tiempo que toman hormonas o están realizando la reasignación sexual quirúrgica. Se espera que el profesional de salud mental tome esas decisiones y vea cual es la medicación psicotrópica adecuada y se la ofrezca al paciente. La presencia de comorbilidad psiquiátrica no necesariamente impide el tratamiento hormonal o quirúrgico, pero algunos diagnósticos plantean dilemas de tratamiento difíciles de resolver y pueden retrasar e incluso impedir el uso de cualquier tratamiento.

Las cartas de documentación del profesional de salud mental para el tratamiento hormonal o quirúrgico deberían especificar de forma breve:

1. Las características de identificación general del paciente
2. Los diagnósticos de género, inicial y en evolución, sexual y de otras condiciones psiquiátricas
3. La duración de su relación profesional incluyendo el tipo de psicoterapia o evaluación que el paciente ha llevado a cabo
4. Los criterios de elegibilidad que se han cumplimentado y las razones del profesional de salud mental para que sea incluido en el protocolo de tratamiento hormonal o quirúrgico
5. La capacidad del paciente para seguir las Normas de Atención a la hora de establecer las citas y la probabilidad de su cumplimiento futuro
6. Si el autor del informe es parte de un equipo de género o está trabajando sin la ayuda de un equipo organizado cercano

7. Que el remitente llame por teléfono para verificar el hecho de que el profesional de salud mental escribió recientemente la carta que se describe en este documento

La organización e integridad de esas cartas proporcionan al médico que prescribe el tratamiento hormonal y al cirujano un grado importante de seguridad de que el profesional de salud mental tiene conocimiento de los temas de género y es competente para desarrollar el rol del profesional de salud mental.

Se requiere una carta para Instituir la Terapia Hormonal. Es suficiente una carta del profesional de salud mental que incluya los siete puntos anteriormente mencionados y dirigida a los profesionales médicos que serán los responsables del tratamiento endocrino del paciente.

Se requieren generalmente dos cartas para el tratamiento hormonal o quirúrgico. Lo ideal es que el profesional de salud mental lleve a cabo su tarea y periódicamente informe de los cambios al equipo de otros profesionales de salud mental y otros médicos no psiquiatras. Las cartas de recomendación a los médicos o cirujanos después de discutir con el equipo de género deben reflejar la influencia del equipo entero. Puede ser suficiente una carta para el médico que va a llevar a cabo la cirugía en la medida en que esté firmada por dos profesionales de salud mental.

Sin embargo, de forma más habitual, las cartas de recomendación son de profesionales de salud mental que trabajan solos sin formar parte de un equipo experimentado en trastornos de identidad de género. Ya que los profesionales trabajan de forma independiente no tienen los beneficios de una consulta profesional continuada de los casos de género, se requieren dos cartas de recomendación previas a iniciar el tratamiento hormonal o quirúrgico.

Si la primera carta es de una persona con un grado de master, la segunda debería ser de un psiquiatra o un psicólogo clínico, con grado de doctor, que se espera que evalúen adecuadamente la comorbilidad psiquiátrica. Si la primera carta es del psicoterapeuta del paciente la segunda debería ser de una persona que sólo ha jugado un papel de evaluador del paciente. Se espera que cada escritor cubra los mismos tópicos. Al menos una de las cartas debería ser un informe extenso. La persona que escribe la segunda carta, habiendo leído la primera, puede elegir ofrecer un resumen más breve y reseñar su acuerdo con la recomendación.

Tratamiento de niños

La tarea inicial del profesional de salud mental especialista en niños es proporcionar cuidadosas evaluaciones diagnósticas de los niños con problemas de género. Esto significa evaluar separadamente la identidad de género del niño y las conductas de rol de género, la dinámica familiar, las experiencias pasadas traumáticas y la salud psicológica general. Los niños con problemas de género difieren significativamente a lo largo de esos parámetros. Ya que muchos niños con problemas de género no cumplen los criterios formales para los trastornos de identidad de género en la

infancia y muchos de ellos continuarán sin cumplirlos en su infancia más tardía, las terapias hormonales y quirúrgicas nunca deben llevarse a cabo en niños de este grupo de edad. Se debería ofrecer, sin embargo, tratamiento a estos niños basándose en la evaluación clínica. Con el tiempo, se podría llevar a cabo terapia familiar, terapia marital, orientación a los padres, terapia individual del niño o distintas combinaciones de las anteriores. El tratamiento debería ser extensivo a todas las formas de psicopatología, no sólo a los problemas de género. El esfuerzo debería incluso hacerse con formas moderadas de conflicto de identidad de género, siguiendo a la familia. Esto lleva a que el niño y la familia se beneficien de servicios continuados cuando el problema de identidad de género evoluciona y lleva al clínico a replantearse la validez de la evaluación inicial.

Tratamiento de adolescentes

Los adolescentes deberían ser tratados de forma conservadora ya que el desarrollo de la identidad de género puede evolucionar rápida e inesperadamente. Deberían ser seguidos, proporcionarles apoyo psicoterapéutico, educados acerca de las opciones de género, y animados a prestar atención a otros aspectos de su desarrollo social, intelectual, vocacional e interpersonal.

Los adolescentes pueden ser candidatos a comenzar la terapia triádica cuando alcancen la edad de 18 años, preferiblemente con consentimiento de sus padres. El consentimiento parental supone una buena relación de trabajo entre los padres y el profesional de salud mental, de forma que ellos, también, entiendan completamente la naturaleza de los trastornos de identidad de género. En muchos países europeos los adolescentes entre 16 y 18 años son considerados legalmente adultos para tomar decisiones médicas y no requieren consentimiento de los padres.

Los 18 años es la edad en la que a los adolescentes, que mantienen consistentemente un deseo firme de vivir permanentemente en el rol de género opuesto, se les debería permitir empezar la Experiencia de la Vida Real o la Terapia Hormonal.

Terapia Hormonal para los adolescentes. Una vez que la pubertad esté bien establecida el tratamiento hormonal se debería realizar en dos fases. En la fase inicial a los varones biológicos se les debería proporcionar un antiandrógeno (que neutraliza solamente los efectos de la testosterona) o un agonista del LHRH (que para solamente la producción de testosterona), y a las mujeres biológicas se les debería administrar suficientes andrógenos, progestinas o agonistas del LHRH (que para la producción de estradiol, estrona y progesterona) para parar la menstruación. Después de que han ocurrido estos cambios y la salud mental del adolescente permanece estable, a los varones biológicos se les pueden dar agentes estrogénicos y a las mujeres biológicas dosis masculinizantes más altas de andrógenos. La medicación empleada en esta segunda fase, agentes estrogénicos para los varones biológicos y dosis altas de andrógenos para mujeres biológicas, produce cambios irreversibles.

Antes de la edad de 18 años. En casos seleccionados se puede comenzar la Experiencia de la Vida Real a los 16 años, con o sin la primera fase del tratamiento hormonal. La administración de hormonas a adolescentes menores de 18 años se debe hacer excepcionalmente. Estas terapias de primera fase para retrasar los cambios somáticos de la pubertad se llevan mejor en centros de tratamiento especializado bajo la supervisión de, o en consulta con, un endocrinólogo, y preferentemente, un endocrinólogo pediátrico, que forme parte de un equipo multidisciplinar. Dos metas justifican esta intervención: a) ganar tiempo para explorar el género y otros temas del desarrollo en la psicoterapia; b) facilita los pasos si el adolescente continúa queriendo cambiar su género. Para proporcionar hormonas que retrasen la pubertad a una persona menor de 18 años se deben cumplir los siguientes criterios:

1. a lo largo de la infancia han mostrado un patrón intenso de identidad de género correspondiente al sexo opuesto y una aversión hacia las conductas de rol de género esperadas
2. la incomodidad con el propio género se ha incrementado significativamente con el comienzo de la pubertad
3. su desarrollo interpersonal, social, psicológico e intelectual está limitado como consecuencia del trastorno de la identidad de género
4. la psicopatología seria, excepto como consecuencia del trastorno de la identidad de género, está ausente
5. la familia consiente y participa en la terapia triádica

Antes de los 16 años. Las hormonas de la segunda fase -las que inducen el cuerpo del sexo opuesto- no se deberían dar antes de los 16 años.

El compromiso del profesional de salud mental es un requisito de elegibilidad para la terapia triádica durante la adolescencia. Para ser considerado candidato para la implementación de la Experiencia de la Vida Real o la Terapia Hormonal el profesional de Salud mental debería estar comprometido con el paciente y la familia durante un mínimo de seis meses. Para ser candidato a la recomendación de cirugía genital reconstructiva o mastectomía, el profesional de salud mental debería estar comprometido integralmente con el adolescente y su familia durante al menos dieciocho meses. Mientras que el número de sesiones durante estos periodos de seis y dieciocho meses corresponden al juicio del clínico, el propósito es que las hormonas y la cirugía sean consideradas de forma meditada y recurrente a lo largo del tiempo. Las personas en edad escolar con trastornos de la identidad de género se sienten con frecuencia tan incómodos debido a las interacciones negativas con sus iguales y a su incapacidad para participar en los roles de su sexo biológico que rehusan asistir a la escuela. Los profesionales de salud mental deberían estar preparados para trabajar en colaboración con el personal escolar con el fin de encontrar vías para continuar el desarrollo educacional y social de sus pacientes.

Psicoterapia con Adultos

Una observación básica. Muchos adultos con trastornos de la identidad de género encuentran formas cómodas, efectivas de identificarse ellos mismos que no incluyen todos los componentes de la secuencia de tratamiento triádico. Aunque algunos individuos son capaces de lograrlo por sí mismos, la psicoterapia puede ser de gran ayuda al facilitar el descubrimiento y los procesos madurativos que hacen posible el sentirse cómodo con uno mismo.

La Psicoterapia no es un requisito absoluto para la terapia triádica. Todo paciente de género adulto no requiere psicoterapia para seguir adelante con la Experiencia de la vida real, las hormonas o la cirugía. Los programas individuales varían en el grado en que perciben la necesidad de psicoterapia. Cuando la evaluación inicial del profesional de salud mental lleva a la recomendación de psicoterapia, el clínico debería especificar las metas del tratamiento y estimar su frecuencia y duración. El comité de Normas de Atención es prudente al insistir en tener un número mínimo de sesiones de psicoterapia antes de la Experiencia de la vida real, la terapia hormonal o quirúrgica por tres razones: 1) los pacientes difieren ampliamente en sus capacidades para lograr metas similares en un tiempo específico; 2) un número mínimo de sesiones tiende a ser interpretado como un obstáculo que está desprovisto de la auténtica oportunidad para el crecimiento personal.; y 3) al comité le gustaría alentar el uso del profesional de salud mental como un apoyo importante para el paciente a lo largo de todas las fases de la transición de género. Los programas individuales pueden poner como criterios de elegibilidad el asistir a un número mínimo de sesiones o meses de psicoterapia.

El profesional de salud mental que lleva a cabo la evaluación inicial no es necesario que sea el psicoterapeuta. Si la psicoterapia no es realizada por miembros de un equipo de género, el psicoterapeuta debería estar informado que se le puede solicitar una carta describiendo la terapia del paciente de forma que el paciente pueda continuar la próxima fase de la rehabilitación.

Metas de la psicoterapia. La psicoterapia proporciona con frecuencia educación acerca de un rango de opciones no consideradas previamente de forma seria por el paciente. Se enfatiza la necesidad de establecer metas de vida realistas para el trabajo y las relaciones. Esto persigue el definir y aliviar los conflictos del paciente que puedan haber condicionado un estilo de vida estable.

La relación terapéutica. El establecimiento de una relación de confianza fiable con el paciente es el primer paso para lograr un trabajo con éxito como profesional de salud mental. Esto se lleva a cabo generalmente mediante la exploración competente y sin emitir juicios del problema de género con el paciente durante la evaluación diagnóstica inicial. Otros problemas se tratarán mejor más tarde, después de que la persona sienta que el clínico está interesado en y comprende el problema de género. Idealmente, el trabajo del clínico es con el total de la complejidad de la persona, no sólo con una estrecha definición de género. La meta de la terapia, ayudar a la persona a vivir de forma más confortable dentro de un cuerpo y rol de género, también significa tratar efectivamente con otros problemas que no son los de género.

El clínico con frecuencia intenta facilitar la capacidad de trabajar y establecer o mantener relaciones de apoyo. El clínico entiende el género con una definición más amplia -un aspecto de la identidad que está relacionado indisolublemente con todos los aspectos de la vida. Incluso cuando se logran estas metas iniciales, los profesionales de salud mental deberían discutir la probabilidad de que la terapia no educacional, psicoterapéutica, médica, o quirúrgica pueda erradicar permanentemente todos los vestigios de la asignación sexual original de la persona.

Procesos de psicoterapia. La psicoterapia es una serie de comunicaciones interactivas altamente refinadas entre una persona quien tiene conocimiento acerca del sufrimiento emocional de las personas y como puede ser aliviado y una que está experimentando sufrimiento por problemas de género. Las sesiones de psicoterapia inician un proceso de desarrollo. Habilitan a la persona para evaluar su historia, para entender dilemas actuales, y para identificar conductas inadaptadas o ideas poco realistas. La psicoterapia no es una tecnología específica que se da al paciente para curar el trastorno de identidad de género. Su meta habitual es un estilo de vida estable a largo plazo con oportunidades realistas para el éxito en las relaciones, en la educación, trabajo y rol e identidad de género. El sufrimiento por los problemas de género generalmente intensifica la relación, el trabajo, y los dilemas educacionales. Típicamente la psicoterapia consiste en sesiones regulares de unos 50 minutos.

El terapeuta debería dejar claro que el paciente tiene el derecho de elegir entre muchas opciones. El paciente puede probar a lo largo del tiempo distintas alternativas. Ya que la mayoría de los pacientes han intentado sin éxito suprimir sus aspiraciones de pertenecer al sexo opuesto antes de ver al psicoterapeuta, esta recomendación no es realista.

Idealmente la psicoterapia es un esfuerzo de colaboración. El terapeuta debe estar seguro de que el paciente entiende los conceptos de elegibilidad y disposición ya que deben cooperar al definir los problemas del paciente y evaluar los progresos al tratarlos. La colaboración previene los estancamientos entre un terapeuta que parece impedir inútilmente una recomendación y un paciente que muestra desconfianza a la hora de compartir libremente sus pensamientos, sentimientos, eventos y relaciones.

Se pueden lograr beneficios de la psicoterapia en cada etapa de la evolución de género. Esto incluye el periodo postquirúrgico cuando se han eliminado los obstáculos anatómicos para sentirse cómodo con el género y la persona continúa sintiendo la carencia de comodidad y el arte de vivir en el nuevo rol de género.

Opciones para la adaptación de género. Las actividades y procesos que relataremos a continuación, en distintas combinaciones, han ayudado a las personas a encontrar más argumentos personales. Estas adaptaciones pueden evolucionar espontáneamente y durante toda la psicoterapia. El descubrir una nueva adaptación de género adecuada no significa que la persona no pueda en el futuro elegir seguir la Experiencia de vida real, la reasignación hormonal y la reconstrucción genital. Estas actividades y

procesos se focalizan en otros temas que no son la Experiencia de vida real, hormonas y la cirugía.

Actividades

Hombres biológicos

1. Vestirse como el sexo opuesto: discretamente con ropa interior femenina, con ropa unisex o a la moda femenina
2. Cambiar el cuerpo mediante la depilación por electrólisis o a la cera, procedimientos de cirugía plástica menor con efectos cosméticos
3. Preocupación cada vez mayor por arreglarse, guardarropa, y habilidades de expresión vocal

Mujeres biológicas

1. Vestirse como el sexo opuesto: discretamente con ropa interior masculina, con ropa unisex o de forma masculina
2. Cambiar el cuerpo mediante la sujeción del pecho, el levantamiento de pesas, o aplicando pelo facial postizo
3. Poniendo relleno en los calzoncillos o llevando una prótesis de pene

Ambos géneros

1. Aprendiendo acerca de los fenómenos de transgénero desde: grupos de apoyo y redes de género; comunicación con los iguales vía Internet; estudiando las Normas de Atención; leyes relevantes y literatura profesional acerca de los derechos legales relativos al trabajo, relaciones y a vestirse públicamente como el sexo opuesto
2. Compromiso en actividades recreativas del género deseado
3. Vivir de forma episódica como perteneciente al género opuesto

Procesos

1. Aceptación de las fantasías y conductas heterosexuales, homosexuales o bisexuales personales (orientación sexual) como distintas de las aspiraciones del rol de género
2. Aceptación de la necesidad de mantener un trabajo, cubrir las necesidades emocionales de los niños, respetar los compromisos de matrimonio, o no sufrir por tener actualmente un miembro de la familia que tenga una prioridad más alta que el deseo personal de una expresión del género opuesto constante
3. Integración de la conciencia de género masculina o femenina en la vida diaria
4. Identificación de los detonantes para los progresivos anhelos de pertenecer al género opuesto y cuidarlos de forma efectiva; por ejemplo, desarrollar habilidades de autoprotección, asertividad y vocacionales mejores para avanzar en el trabajo y resolver las luchas interpersonales para fortalecer las relaciones importantes
5. Buscar confort espiritual

LA EXPERIENCIA DE LA VIDA REAL

El acto de adoptar un rol de género nuevo o en evolución en los eventos y procesos de la vida diaria se conoce como la Experiencia de la Vida Real. La experiencia de la vida real es esencial para el proceso de transición al rol de género ya que revalida la identidad de género personal. Puesto que cambiar el rol de género de uno tiene consecuencias personales y sociales profundas inmediatas, la decisión de hacerlo así debería estar precedida por la conciencia de que pueden existir probablemente consecuencias familiares, vocacionales, interpersonales, educativas, económicas y legales. Los profesionales tienen la responsabilidad de discutir esas consecuencias predecibles. Estas representan problemas de la realidad externa que deben ser confrontados para lograr el éxito en el nuevo rol de género. La felicidad personal en el nuevo rol de género puede ser bastante diferente de la imaginada antes de la experiencia de vida real.

Parámetros de la Experiencia de Vida Real. Cuando los clínicos evalúan la calidad de la experiencia de vida real de una persona, se deben revisar las siguientes capacidades:

1. Para mantener un empleo a tiempo completo o parcial
2. Para seguir funcionando en los estudios
3. Para funcionar en una actividad voluntaria en la comunidad
4. Para emprender alguna combinación de las 3 primeras
5. Para adquirir un nuevo nombre legal
6. Para proporcionar documentación para que otras personas que no sea el terapeuta sepan que el paciente funciona en el nuevo rol de género

Experiencia de vida real versus Test de la vida real. Aunque los terapeutas pueden recomendar vivir en el género deseado como paso hacia la asistencia quirúrgica, las decisiones de cómo y cuándo empezar la experiencia de la vida real permanece bajo la responsabilidad de la persona. Algunos comienzan la experiencia de la vida real y deciden que esta línea de vida, con frecuencia imaginada, no es de su interés. Los profesionales algunas veces plantean la experiencia de vida real como el test definitivo en el diagnóstico. Si los pacientes continuaban en el género al que aspiraban, eran confirmados como "transexuales"; si ellos decidían no continuar, "no debían ser transexuales". Este razonamiento supone una confusión entre las fuerzas que posibilitan una adaptación con éxito con la presencia de un trastorno de identidad de género. La experiencia de vida real pone a prueba la resolución de la persona, la capacidad de funcionar en el género al que se aspira, y la disposición de apoyos sociales, económicos y psicológicos. Esto ayudan tanto al paciente como al profesional de salud mental en sus juicios acerca de cómo proceder. El diagnóstico, aunque siempre abierto a la reconsideración, precede a la recomendación a los pacientes de embarcarse en la experiencia de vida real. Cuando el paciente tiene éxito en su experiencia de vida real, tanto el profesional de salud mental como el paciente ganan confianza en su decisión original de embarcarse en el camino hacia pasos posteriores irreversibles.

La eliminación de la barba en el paciente de hombre a mujer. La densidad de la barba es una característica sexual secundaria determinada genéticamente cuyo crecimiento no se lentifica de una forma significativa mediante la administración de hormonas del sexo opuesto. La eliminación del pelo facial vía electrólisis es un proceso que lleva tiempo, generalmente seguro y que con frecuencia facilita la experiencia de vida real en los varones biológicos. Los efectos laterales son con frecuencia incomodidad durante e inmediatamente después del procedimiento, y, con menos frecuencia, hipo o hiperpigmentación, cicatrices o foliculitis. No es necesaria la aprobación médica formal para la eliminación del pelo; la electrólisis puede comenzarse cuando el paciente lo estime prudente. Se recomienda generalmente antes de comenzar la experiencia de vida real ya que la barba debe crecer hasta longitudes visibles para que sea eliminada más fácilmente. Muchos pacientes pueden requerir dos años de tratamientos regulares para erradicar de forma efectiva su pelo facial. Eliminar el pelo mediante laser es una nueva alternativa de tratamiento, pero la experiencia hasta ahora es muy limitada.

REQUISITOS PARA LA TERAPIA HORMONAL CON ADULTOS

Criterios de elegibilidad. La administración de hormonas no se debe emprender a la ligera debido a sus peligros médicos y sociales. Existen cinco criterios:

1. 18 años de edad
2. Conocimiento demostrable de lo que las hormonas pueden o no hacer y sus riesgos y beneficios sociales
3. Se debería tener en cuenta una experiencia de vida real documentada durante al menos tres meses antes de la administración de hormonas o
4. Se debería considerar un periodo de psicoterapia de una duración especificada por el profesional de salud mental después de la evaluación inicial (generalmente un mínimo de tres meses)
5. Bajo ninguna circunstancia se le debería proporcionar hormonas a quienes no han cumplido los criterios 3 o 4

Criterios de disponibilidad. Existen tres criterios:

1. La experiencia de la vida real o la psicoterapia ha dado lugar a la consolidación por parte del paciente de su identidad de género
2. El paciente ha hecho algún progreso en el dominio de otros problemas identificados logrando mejorar o continuar con una salud mental estable (esto implica por ejemplo ausencia de problemas tales como sociopatía, abuso de sustancias, psicosis, tendencias suicidas)
3. Se prevé que las hormonas serán tomadas de una forma responsable

¿Se pueden dar hormonas a aquellos que inicialmente no desean cirugía o la experiencia de vida real? Sí, pero después del diagnóstico y la psicoterapia con un profesional de salud mental cualificado que siga las normas mínimas relatadas antes. Con frecuencia estos casos son profundamente controvertidos y requieren una precaución particular.

TERAPIA HORMONAL CON ADULTOS

Razones para la terapia hormonal. Los tratamientos con hormonas del sexo opuesto juegan un rol importante en el papel de transición de género anatómico y psicológico en adultos cuidadosamente seleccionados con trastornos de identidad de género. Estas hormonas son médicamente necesarias para la rehabilitación en el nuevo género. Mejoran la calidad de vida y limitan la comorbilidad psiquiátrica que con frecuencia acompaña la carencia de tratamiento. Cuando los médicos administran andrógenos a las mujeres biológicas y estrógenos, progesterona, y/o agentes bloqueantes de la testosterona a los varones biológicos, los pacientes se sienten y se parecen más a los miembros del sexo al que aspira a pertenecer.

Los efectos deseados de las hormonas. Los hombres biológicos tratados con hormonas del sexo opuesto pueden esperar de forma realista del tratamiento los siguientes resultados: crecimiento del pecho, redistribución de la grasa corporal para aproximarse a un cuerpo femenino, una disminución de la fuerza corporal superior, la piel se suaviza, disminución del pelo corporal, retraso o detención de pérdida de pelo en el cuero cabelludo, tamaño testicular y fertilidad disminuida, y, con menor frecuencia, erecciones menos firmes. La mayoría de esos cambios son reversibles, aunque el agrandamiento del pecho no va a revertir completamente después de interrumpir el tratamiento.

Las mujeres biológicas tratadas con hormonas del sexo opuesto pueden esperar una profundidad mayor y permanente de la voz, un agrandamiento permanente del clítoris, atrofia moderada del pecho, incremento de la fuerza corporal, ganancia de peso, crecimiento de pelo corporal y facial, calvicie según patrón masculino, interés y excitabilidad sexual y social incrementada, y disminución de la grasa de las caderas. El grado de efectos deseados que actualmente se logran varían de paciente a paciente. Los efectos físicos máximos de las hormonas pueden no ser evidentes hasta los dos años de tratamiento continuado. La herencia limita la respuesta de los tejidos a las hormonas y no pueden mejorarse aumentando la dosis.

Efectos colaterales de tipo médico. Los efectos colaterales en varones biológicos tratados con estrógenos pueden incluir propensión incrementada a la coagulación sanguínea (trombosis venosa con riesgo de embolia pulmonar), desarrollo de prolactinomas pituitarios benignos, infertilidad, ganancia de peso, labilidad emocional y enfermedad hepática. Los efectos colaterales en mujeres biológicas tratadas con testosterona pueden incluir infertilidad, acné. Labilidad emocional (incluyendo potencial para la depresión mayor), incremento en el deseo sexual, cambios de los perfiles lípidos a patrones masculinos que incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular, y el potencial para desarrollar tumores hepáticos benignos y malignos y disfunción hepática. Los pacientes con problemas médicos o cualquier otro riesgo de enfermedad cardiovascular puede ser más probable que experimenten consecuencias serias o fatales del tratamiento con hormonas del sexo opuesto. Por ejemplo, fumar cigarrillos, obesidad, edad avanzada, enfermedad de corazón,

hipertensión, anormalidades de coagulación, malignidad y algunas anormalidades endocrinas son contraindicaciones relativas para el uso de un tratamiento hormonal. Además, algunos pacientes pueden no ser capaces de tolerar las hormonas del sexo opuesto. Sin embargo, el paciente y el médico que prescribe, en colaboración, deberían considerar la proporción de riesgos/beneficios.

Efectos colaterales sociales. Existen con frecuencia efectos sociales importantes derivados de tomar hormonas que el paciente debe considerar. Esto incluye cambios en la relación con los miembros de la familia, amigos y patrones. El uso de hormonas puede ser un factor importante en la discriminación en el trabajo, en la pérdida de empleo, decisiones matrimoniales y divorcio, y la restricción o pérdida del derecho de visita a los hijos. Los efectos sociales de las hormonas, sin embargo, también pueden ser positivos.

Las responsabilidades del médico que prescribe el tratamiento. Las hormonas tienen que ser prescritas por un médico. Las hormonas no deben ser administradas solamente porque el paciente lo demande. Una evaluación psicológica y médica adecuada se requiere antes y durante el tratamiento. Se debería informar a los pacientes que no entienden los requisitos de elegibilidad y disposición y los que son incoscientes de las normas de atención. Esta puede ser una buena indicación para remitirlo a un profesional de salud mental experimentado en trastornos de identidad de género.

El médico que proporciona el tratamiento hormonal y lleva a cabo la monitorización no necesita ser especialista en endocrinología, pero debería estar bien documentado en los aspectos psicológicos y médicos relevantes de tratar personas con trastornos de la identidad de género.

Después de una historia médica completa, un examen físico, y pruebas de laboratorio, el médico debería repasar de nuevo los efectos probables y los efectos colaterales de este tratamiento, incluyendo el potencial para consecuencias serias o que pongan en riesgo la vida. El paciente debe tener la capacidad cognitiva para apreciar los riesgos y beneficios del tratamiento, obtener respuesta a sus preguntas y acordar con el médico la monitorización del tratamiento. El registro médico debe contener un documento de consentimiento informado escrito que refleje la exposición de riesgos y beneficios de la terapia hormonal.

Los médicos tienen una visión amplia de que preparados hormonales pueden prescribir y que rutas de administración pueden seleccionar para cada paciente. Ya que las opciones terapéuticas evolucionan rápidamente, es responsabilidad del médico que prescribe tomar estas decisiones. Las opciones viables incluyen sistemas orales, inyectables y de liberación transdérmica. Las cremas hormonales aplicadas tópicamente no se ha demostrado que produzcan efectos adecuados del sexo opuesto. El uso de parches de estrógeno transdérmico se debería considerar en varones de 40 años de edad o aquellos con anormalidades de coagulación o una historia de trombosis venosa.

En ausencia de cualquier otra condición médica, quirúrgica o psiquiátrica, la monitorización médica básica incluiría exámenes físicos seriados relevantes para los efectos del tratamiento y los efectos colaterales, medidas de signos vitales antes y durante el tratamiento, medidas de peso, y evaluación del laboratorio. Para aquellos que reciben estrógenos, la evaluación de laboratorio mínima debería consistir en un nivel de testosterona libre pretratamiento, glucosa en ayunas, test de función hepática, y un hemograma completo con controles a los 6 y 12 meses. Si no aparece hiperprolactinemia en este intervalo de tiempo no se necesitan medidas ulteriores.

Para aquellos que reciben andrógenos, la evaluación de laboratorio mínima consistiría de test de función hepática pretratamiento, hemograma completo con repetición de controles a los 6 y 12 meses, y a partir de ahí anualmente. Deberían considerarse palpaciones hepáticas anuales. Se debería proteger a los pacientes de intolerancia a la glucosa y enfermedad de la vesícula.

Los hombres biológicos que están siguiendo un tratamiento hormonal deberían ser monitorizados en relación con el cáncer de pecho y alentados a comprometerse en rutinas de auto-exploración. A medida que aumenten en edad deberían ser monitorizados para el cáncer de próstata. Las mujeres que han sufrido mastectomías y tienen una historia familiar de cáncer de pecho deberían ser monitorizadas para esta enfermedad. Los pacientes de género, estén con hormonas o no, deberían protegerse de las malignidades pélvicas como le ocurre al resto de las personas.

Los médicos deberían proporcionar a sus pacientes una declaración escrita que indique que esta persona está bajo supervisión médica que incluye terapia con hormonas del sexo opuesto. Durante las fases tempranas del tratamiento hormonal, el paciente debería ser estimulado a llevar esta declaración en todo momento para ayudar a prevenir dificultades con la policía.

Reducción en las dosis hormonales después de la gonadectomía. Las dosis de estrógenos en pacientes post-orquidectomizados con frecuencia se pueden reducir entre 1/3 y 1/2 y mantener todavía la feminización. Se debería considerar la reducción en dosis de testosterona post-ovariectomía, teniendo en cuenta los riesgos de la osteoporosis. En ambos sexos se requiere el mantenimiento del tratamiento a lo largo de la vida.

El mal uso de las hormonas. Algunos individuos obtienen las hormonas de fuentes no médicas, tales como amigos, miembros de la familia, y farmacias en otros países. Estos tratamientos con frecuencia son con dosis excesivas, producen más efectos colaterales, no están médicamente monitorizados y exponen a la persona a riesgos médicos mayores. Se sabe también que las personas que toman hormonas monitorizadas médicamente toman dosis adicionales de hormonas obtenidas de forma ilícita sin el conocimiento de su médico. Los profesionales de salud mental y los médicos que las prescriben deberían averiguar si sus pacientes han incrementado sus dosis y hacer un esfuerzo razonable para mejorar el cumplimiento, con objeto de limitar la morbilidad médica y psiquiátrica derivada del tratamiento. Es ético para los médicos interrumpir la toma de responsabilidad médica y legal con los pacientes

que ellos mismos se colocan en una situación de riesgo más alto al no cumplir con el régimen hormonal prescrito. La presión del paciente no es una razón suficiente para dar cuidados médicos inferiores.

Otros beneficios potenciales de las hormonas. El tratamiento hormonal, cuando es tolerado médicamente, precedería a cualquier intervención quirúrgica genital. La satisfacción con los efectos de las hormonas consolida la identidad de la persona como miembro del género al que aspira y se suma a la convicción de seguir adelante. La Insatisfacción con los efectos hormonales pueden señalar ambivalencia hacia el proseguir hacia las intervenciones quirúrgicas. Sólo las hormonas generan con frecuencia el desarrollo adecuado del pecho, evitando la necesidad de mamoplastia de ampliación. Algunos pacientes que reciben tratamiento hormonal no desearán intervenciones quirúrgicas.

El uso de antiandrógenos y la terapia secuencial. Los antiandrógenos pueden ser utilizados como tratamientos adjuntos en varones biológicos que reciben estrógenos, incluso aunque siempre no son necesarios para lograr la feminización. En algunos pacientes los antiandrógenos pueden ofrecer ayuda para suprimir más profundamente la producción de testosterona y capacitar que se pueda utilizar una dosis baja de estrógenos cuando se anticipan los efectos colaterales del estrógeno.

La feminización no requiere terapia secuencial. Los esfuerzos por imitar el ciclo menstrual al prescribir terapia de estrógenos interrumpida o substituir la progesterona por estrógenos durante parte del mes no son necesarios para lograr la feminización.

Consentimiento informado. Los tratamientos hormonales sólo deben administrarse a aquellos que son legalmente capaces de dar su consentimiento informado. Esto incluye a personas menores que han sido declaradas emancipadas por las cortes de justicia, y personas encarceladas que son consideradas competentes para participar en sus decisiones médicas. En el caso de los adolescentes, el consentimiento informado necesita incluir el asentimiento del menor y el consentimiento informado escrito de un padre o tutor. El consentimiento escrito implica que el paciente entiende que la administración de hormonas limita la fertilidad, y la extracción de los órganos sexuales impide la capacidad de reproducirse.

Tratamiento hormonal de presos. Los pacientes que están recibiendo tratamiento hormonal como parte de un programa de transición de género monitorizado médicamente podrían continuar recibiendo tal tratamiento cuando se encuentran encarcelados para prevenir la labilidad emocional, la reversibilidad de los efectos psíquicos, y el sentido de desesperación que puede conllevar depresión e ideación suicida.

REQUISITOS PARA CIRUGÍA DE PECHO Y GENITAL RECONSTRUCTIVA

Criterios de elegibilidad. Estos criterios mínimos de elegibilidad se aplican igualmente a distintos tipos de cirugía tanto a varones biológicos que buscan la reconstrucción genital como a mujeres biológicas que buscan mastectomía y faloplastia. Son:

1. **Mayoría de edad legal en el país del paciente**
2. **Doce meses de terapia hormonal continua para aquellos sin una contraindicación médica**
3. **Doce meses de experiencia de vida real a tiempo completo con éxito. Los periodos de vuelta al género original pueden indicar ambivalencia acerca del proceso y no se deberían contabilizar para cumplir este criterio**
4. **Si es requerido por el profesional de salud mental, debe participar en una psicoterapia regular responsable durante la experiencia de vida real con una frecuencia que determinará el profesional de salud mental. La psicoterapia, per se, no es un criterio de elegibilidad absoluto para cirugía**
5. **Conocimiento demostrable del costo, longitudes requeridas de hospitalizaciones, complicaciones probables, y requisitos de rehabilitación postquirúrgica de los distintos acercamientos quirúrgicos**
6. **Conocimiento de los diferentes cirujanos competentes**

Criterios de disposición. Los criterios de disposición incluyen:

1. **Progreso demostrable en la consolidación de la identidad de género en evolución**
2. **Progreso demostrable en relación con los problemas de trabajo, familia e interpersonales originando un estado de salud mental significativamente mejor (esto implica, por ejemplo, ausencia de problemas tales como sociopatía, abuso de sustancias, psicosis y tendencia al suicidio)**

¿Se puede proporcionar la cirugía sin hormonas y sin experiencia de vida real? No se puede llevar a cabo alteraciones corporales a los individuos que sólo quieren mastectomía, penectomía, o terapia reconstructiva genital sin cumplir los criterios de elegibilidad ya que son "casos especiales". Extraer un órgano o remodelar es un tratamiento quirúrgico para un trastorno de género. La cirugía tiene lugar después de muchos pasos cuidadosos. Tal cirugía no es un derecho del paciente que, una vez demandado, está concedido. Las normas de Atención contiene recomendaciones para el acercamiento individual a cada paciente, pero esto no significa que la pauta general de la secuencia de evaluación psiquiátrica, posible psicoterapia, hormonas, y experiencia de vida real puedan ser ignoradas a causa de que una persona desea sólo un procedimiento quirúrgico.

Si una persona ha vivido convincentemente como miembro del sexo opuesto durante un largo periodo de tiempo y es evaluado como una persona psicológicamente saludable después de un periodo de psicoterapia como requisito, no existe razón inherente para que el o ella deba tomar hormonas antes de tener un pecho deseado o una cirugía genital.

CIRUGÍA

Condiciones bajo las que puede ocurrir la cirugía. El tratamiento quirúrgico para una persona con un trastorno de identidad de género no es meramente otro procedimiento electivo. Los procedimientos electivos típicos sólo incluyen un consentimiento mutuo privado entre la persona que lo sufre y un cirujano técnicamente competente. Sólo deben emprenderse cirugías para los trastornos de identidad de género después de una evaluación amplia por un profesional de salud mental cualificado. La cirugía debe llevarse a cabo una vez que la documentación escrita certifique que se ha realizado una evaluación amplia y que la persona ha cumplido los criterios de elegibilidad y disposición. Al seguir este procedimiento, el profesional de salud mental, el médico que prescribe las hormonas, el cirujano y el paciente comparten la responsabilidad de la decisión de hacer cambios corporales irreversibles. El paciente que ha decidido ser sometido a intervenciones de pecho o genitales tiende, sin embargo, a ver la cirugía como el tratamiento más importante y efectivo para corregir el problema subyacente.

Requisitos para que el cirujano lleve a cabo la reconstrucción genital. El cirujano debería ser urólogo, ginecólogo, cirujano plástico o cirujano general, y estar acreditado como tal por una asociación conocida y reputada nacionalmente. Debería tener competencia especializada en técnicas reconstructivas genitales acreditado por un entrenamiento supervisado con un cirujano más experimentado. Incluso los cirujanos experimentados en este campo deben estar dispuestos a que sus habilidades terapéuticas sean revisadas por sus iguales. La buena voluntad y la cooperación a la hora de la revisión de los iguales es esencial. Se debe incluir la asistencia a encuentros profesionales donde se presenten nuevas ideas acerca de las técnicas.

De forma ideal, el cirujano debería tener conocimientos acerca de más de una de las técnicas quirúrgicas para reconstrucción genital, de forma que pueda ser capaz de elegir la técnica ideal para la historia médica y la anatomía del paciente. Cuando los cirujanos están especializados en una única técnica deberían informar a sus pacientes y remitir a otro cirujano a aquellos que no quieren o no son apropiados para este procedimiento.

Previo a llevar a cabo cualquier procedimiento quirúrgico, el cirujano debería tener todas las condiciones médicas apropiadamente monitorizadas e investigados los efectos del tratamiento hormonal sobre el hígado y otros sistemas de órganos. Esto se puede llevar a cabo sólo o en conjunción con otros colegas médicos. Ya que las condiciones preexistentes pueden complicar las cirugías reconstructivas genitales, los cirujanos también deben ser competentes en diagnóstico urológico. El registro médico debería contener un consentimiento informado escrito para la cirugía en particular a realizar.

¿Cómo tratar las cuestiones éticas relativas a las cirugías de reasignación sexual?

Muchas personas, incluyendo los profesionales médicos, son objetores por razones éticas a la cirugía de los trastornos de identidad de género. En la práctica quirúrgica

ordinaria, se extraen tejidos patológicos con objeto de restaurar las funciones perturbadas, o se hacen correcciones en cuerpos desfigurados para mejorar la autoimagen del paciente. Estas condiciones específicas no están presentes cuando se lleva a cabo la cirugía para los trastornos de identidad de género. Con objeto de entender como la cirugía es capaz de aliviar el malestar psicológico del paciente con un trastorno de identidad de género, los profesionales que no tienen experiencia con trastornos de identidad de género severos necesitan escuchar a estos pacientes hablar de sus síntomas, dilemas e historias vitales. Es importante que los profesionales que traten con pacientes de género se sientan cómodos con respecto a alterar estructuras anatómicamente normales.

La resistencia frente para llevar a cabo la cirugía por razones éticas "por encima de todo no hacer daño" debería ser respetada, discutida, y contrastado mediante la oportunidad de aprender acerca del malestar psicológico de tener un trastorno de identidad de género a través de los mismos pacientes.

Cirugía de pechos, genitales y otras en el paciente de varón a mujer. Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir orquidectomía, penectomía, vaginoplastia y mamoplastia de ampliación. La vaginoplastia requiere tanto cirugía especializada como tratamiento postoperatorio. Las tres técnicas son inversión de la piel del pene, trasplante rectosigmoideo pediculado, injerto de piel libre en la línea de la neovagina. La mamoplastia de ampliación puede llevarse a cabo antes de la vaginoplastia si el médico que prescribe las hormonas y el cirujano han documentado que el crecimiento del pecho después de un tratamiento hormonal continuado durante dos años no es suficiente para sentirse cómodo en el rol social de género. Otras cirugías que se pueden llevar a cabo para ayudar a la feminización son condrioplastia de reducción tiroidea, liposucción de la cintura, rinoplastia, reducción de huesos faciales, estiramiento de la cara y blefaroplastia. Estas no requieren cartas de recomendación de los profesionales de salud mental como la terapia de reconstrucción genital. La comisión está preocupada por la seguridad y efectividad de la cirugía de modificación de voz y propone más investigaciones de seguimiento antes del uso extendido de este procedimiento. Los pacientes que eligen este procedimiento deberían recurrir a él después de llevar a cabo todas las cirugías que requieran anestesia general con intubación para proteger sus cuerdas vocales.

Cirugía de pecho y genital en pacientes de mujer a hombre. Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir mastectomía (reconstrucción del pecho), histerectomía, salpingo-ovariectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia, uretroplastia y faloplastia. Las técnicas quirúrgicas actuales para la faloplastia son variadas. La elección de las técnicas puede estar restringida por consideraciones anatómicas o quirúrgicas. Si los objetivos de la faloplastia son un neofalo de buena apariencia, conservación de la micción, sensación sexual, y/o capacidad coital, el paciente debería estar claramente informado de que existen varias etapas quirúrgicas independientes y frecuentes dificultades técnicas que requieren operaciones adicionales. Incluso la técnica de la metoidioplastia, que en teoría es un

procedimiento de una etapa para la construcción de un microfalo, con frecuencia requiere más de una intervención. El conjunto de técnicas para la construcción de un pene indican que hace falta un desarrollo técnico extenso. Los pacientes pueden llevar a cabo la histerectomía y la salpingo-ovariectomía antes de la faloplastia.

La mastectomía es generalmente es la primera cirugía en realizarse por facilitar el paso al rol de género preferido, pero para algunos pacientes es la única cirugía que se emprende. Cuando la cantidad de tejido del pecho extraído requiere la eliminación de piel puede dar lugar a una cicatriz, y el paciente debe estar informado. Las cirugías genitales con frecuencia combinan más de una de las cirugías anteriormente mencionadas, pero la cirugía genital requiere varios procedimientos quirúrgicos separados.

La relación del cirujano con el médico que prescribe las hormonas y el profesional de salud mental. El cirujano no es sólo un técnico intercambiable contratado para llevar a cabo un procedimiento. El cirujano es parte del equipo de clínicos que participan en el largo proceso de rehabilitación. El paciente con frecuencia establece una buena relación positiva (transferencia) y lazos de confianza con el cirujano, lo que idealmente puede facilitar los cuidados del seguimiento a largo plazo. Debido al significado del cirujano para el paciente, estos médicos son los responsables del conocimiento del diagnóstico que ha conducido a la recomendación de reconstrucción genital. Aparte de las cartas de recomendación, los cirujanos deberían tener la oportunidad de hablar extensamente con sus pacientes para comprobar ellos mismos que el paciente probablemente se beneficie de los procedimientos. De forma ideal, el cirujano debería tener una relación de trabajo estrecha con los otros profesionales que han estado involucrados activamente en la atención psicológica y endocrinológica del paciente. Esto generalmente se cumple al pertenecer a un equipo interdisciplinar de profesionales que están especializados en trastornos de identidad de género. Tales equipos de género, sin embargo, no existen en todas partes. Aql menos el cirujano necesita asegurarse de que el profesional de salud mental y el médico que prescribe las hormonas son profesionales reputados con experiencia especializada en trastornos de identidad de género. Esto generalmente se refleja en la calidad de las cartas de recomendación. Ya que ocasionalmente se han presentado cartas de recomendación ficticias o falsificadas, los cirujanos deberían comunicarse con al menos uno de los profesionales de salud mental para verificar la autenticidad de estas cartas.

La cirugía en personas con condiciones psicóticas y otras enfermedades mentales serias. Las terapias quirúrgicas deben llevarse a cabo sólo para el tratamiento de los trastornos de identidad de género del paciente. Cuando también existen trastornos psiquiátricos severos con una visión de la realidad deteriorada -tales como esquizofrenia, trastorno de identidad disociativo, trastorno de personalidad borderline, se debe hacer un esfuerzo para mejorar esas condiciones con tratamientos psiquiátricos antes de contemplar el tratamiento hormonal o quirúrgico. Dentro de las dos semanas previas a la cirugía se debería llevar a cabo una

reevaluación por parte de un psicólogo clínico o psiquiatra del estado mental del paciente y de su disposición para la cirugía. No debería realizarse la cirugía mientras el paciente esté activamente psicótico.

Seguimiento postquirúrgico por los profesionales. En general el seguimiento postoperatorio a largo plazo se fundamenta en que es uno de los factores asociados con un buen resultado psicosocial. El seguimiento es también esencial para la salud médica y anatómica del paciente y para el conocimiento del cirujano de los beneficios y limitaciones de la cirugía.

Se recomienda a todos los pacientes un seguimiento a largo plazo con el cirujano para asegurar un resultado quirúrgico óptimo. Los cirujanos que están operando pacientes que vienen de largas distancias deberían incluir personal de seguimiento en su plan de atención y asegurar cuidados a largo plazo, locales, económicos en la región geográfica del paciente. Los pacientes postoperatorios pueden también excluirse incorrectamente del seguimiento con los médicos que prescriben el tratamiento hormonal, ni reconocer que esos médicos son más capaces de prevenir, diagnosticar y tratar posibles condiciones médicas a largo plazo que son específicas de las personas tratadas hormonal y quirúrgicamente. Los pacientes postoperatorios también tienen problemas de salud general y deberían realizarse revisiones médicas regulares acordes con las pautas recomendadas.

La necesidad de seguimiento se hace extensiva al endocrino y al cirujano, sin embargo, es el profesional de salud mental que ha pasado un periodo de tiempo más largo con el paciente que cualquier otro profesional, el que está en una posición excelente para ayudar en cualquier dificultad de ajuste postoperatoria.