

# Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes

I. Esteva, M. Gonzalo, R. Yahyaoui\*, M. Domínguez, T. Bergero, F. Giraldo, V. Hernando\*\* y F. Soriguer

## Resumen

*Se describe en este artículo la estimación de frecuencias de pacientes con Trastornos de Identidad de Género atendidos en la Unidad pública de Andalucía. Se exponen asimismo los resultados del programa multidisciplinar aplicado en pacientes adolescentes.*

**Palabras clave:** Transexualismo. Epidemiología. Prevalencia. Adolescentes.

## Summary

*This article describes the frequency of patients with gender identity disorder attended in the public Unit of Andalucía. The article also expose the results of a multidisciplinary therapeutic program in adolescents.*

**Key words:** Transsexuality. Epidemiology. Prevalence. Adolescents.

## INTRODUCCIÓN

Estimar la frecuencia en la población de los Trastornos de Identidad de Género (TIG) no es una tarea fácil ya que existen diferencias en la metodología de cada estudio, especialmente en la definición de los casos. Algunos trabajos incluyen en su estadística sólo a pacientes ya operados de reasignación sexual y otros sin embargo estiman el cálculo a partir del número inicial de casos que con-

sultan en las unidades especializadas, sea cual sea su forma de presentación clínica y la fase terapéutica en que se encuentren. En España no ha habido apenas información sobre la prevalencia del trastorno hasta la aprobación del tratamiento integral de las personas transexuales en la Comunidad Autónoma de Andalucía (Parlamento de Andalucía 1999). Las cifras estimadas por el grupo de trabajo que valoró inicialmente la prestación sanitaria en la Consejería de Salud de Andalucía (AETSA) (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía) y otras emitidas con posterioridad por la AETS del Ministerio de Sanidad (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) se han obtenido a partir de los valores proporcionados por estudios recientes realizados sobre todo en países europeos (Ver Tabla 1). El informe andaluz consideró que la población que podría demandar servicios oscilaría entre 100 y 300 personas, el informe

---

Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital U. Carlos Haya, Málaga.

\*Bioquímica Clínica, H.U.Carlos Haya, \*\* Medicina Familiar, H.U.Virgen de la Victoria. Málaga.

**Correspondencia:** Dra. I. Esteva de Antonio  
Hospital U. Carlos Haya., Pabellón C  
Plaza del Hospital Civil s/n  
29009 MÁLAGA

**Tabla 1**  
**Prevalencia y proporción entre sexos de la transexualidad en diversos estudios internacionales**

Autor	Año	País	Hombre a mujer	Mujer a hombre	Relación hombre/mujer
Pauly et al	1968	EE.UU.	1/100.000	1/400.000	4
Walinder et al	1971	Suecia	1/37.000	1/103.000	2,8
Hoening & Kenna	1974	Reino Unido	1/30.000	1/100.000	3,3
Eklund et al	1980	Holanda	1/45.000	1/200.000	4,4
Eklund et al	1986	Holanda	1/18.000	1/54.000	3
Tsoi	1988	Singapur	1/2.900	1/8.300	2,9
Bakker et al	1993	Holanda	1/11.900	1/30.400	3
Van Kesteren et al	1996	Holanda	1/11.900	1/30.400	2,5
Weitze et al	1996	Alemania	1/14.400	1/33.200	2,3

interno elaborado por la AETS estimó que en España podría haber entre 387 y 2187 transexuales hombre-a-mujer (THM), y entre 167 y 571 transexuales mujer-a-hombre (TMH). En la actualidad tras 5 años de trabajo en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (UTIG), esta prevalencia ha sido ya rebasada y la incidencia sigue siendo de 2-3 pacientes por semana, si bien hay que considerar, que en esta primera serie, un 17% de casos han procedido de otras Comunidades Autónomas (C.C.A.A.) (Esteve, 2002).

Respecto a la incidencia del trastorno, se ha estimado que en España podría haber 57 nuevos casos al año, 28 transexuales hombre-mujer y 29 transexuales mujer-hombre, con una ratio, por tanto, de 1 hombre por cada mujer. Esta proporción es variable en otros estudios, la razón hombre /mujer oscila entre el 2,5/1 en Holanda (Van Kesteren, 1996) y el 6,1/1 en Australia (Ross, 1981). En nuestra unidad la incidencia sigue siendo de 2-3 pacientes por semana, siendo el ratio inicial por sexos de 1,9/1 que desciende a 1,6/1 al excluir aquellos pacientes con diagnósticos diferenciales de TIG distintos a la Transexualidad, acercándose estas cifras a las publicadas por Suecia (Landen 1996, Olsse 2003).

La cuantificación de casos en la adolescencia es, si cabe, más compleja ya que a esta edad el desarrollo de la identidad sexual puede sufrir modificaciones rápidas e inesperadas (Smith 2001, Cohen-Kettenis 2003).

Está también descrito en estos jóvenes, en determinados momentos, un aparente intento de conformidad con el sexo biológico con el fin de

evitar conflictos y complacer a la familia, pero esta situación suele ser difícil de mantener, por lo que es muy recomendable un seguimiento clínico (Di Ceglie, 1998).

#### **DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE ANDALUCÍA (UTIG):**

En Andalucía han solicitado atención en la UTIG 437 pacientes desde su apertura en octubre de 1999 hasta octubre de 2004:

Transexuales Hombre-a-Mujer (THM = 270), Transexuales Mujer-a-Hombre (TMH =151). De los cuales 37 casos THM y 39 TMH han procedido de otras CCAA (17% del total).

El ratio inicial ha sido de 1,9/1 hombres biológicos/mujeres biológicas, con un rango de edad de 14-64 años (media 29,8 años).

Tras evaluación diagnóstica han sido excluidos del protocolo de reasignación un 7% de casos (la mayoría del grupo hombre-a-mujer) por lo que el seguimiento final hasta la fecha de este artículo es de 243 THM y 148 TMH, descendiendo el ratio definitivo a 1,6/1 transexuales hombre-a-mujer frente a 1 mujer-a-hombre.

La prevalencia global calculada sólo para el grupo de pacientes procedentes de la Comunidad Autónoma de Andalucía y para el mismo grupo de edad es en THM 1/ 9.685 varones biológicos y para TMH 1/ 15.456 mujeres biológicas.

En el grupo de edad de 14-18 años han sido atendidos 30 casos (7% de la muestra global), 24 THM y 6 TMH con una prevalencia poblacional

---

los primeros de 1/ 14.741 hombres biológicos y de 1/ 62.148 mujeres biológicas. La edad media es de 16 años y la duración del Test de Vida Real hasta su llegada a la Unidad ha oscilado entre 0 y 6 años.

## EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Habitualmente los niños comienzan a percibir a los 2-3 años su pertenencia a uno u otro género y la mayoría se identifican con su sexo biológico, sin embargo es también a esta temprana edad cuando empiezan a manifestarse los Trastornos de Identidad de Género (TIG) que, van a persistir en la adolescencia y edad adulta en una cuarta parte de los casos (*Cohen-Kettenis, 1997*). Progresivamente el niño y la niña transexual adquieren la conciencia de que su pertenencia a un determinado sexo biológico es permanente e irreversible e inician un proceso de cambio que culminará con la construcción de una identidad social, a través del aprendizaje de las conductas de rol que corresponden al otro sexo y de una identidad corporal, modificando el cuerpo para hacerlo lo más parecido posible al género al que de forma íntima sienten que pertenecen, esta fase es reconocida como Test de Vida Real.

El diagnóstico correcto de los TIG es una tarea difícil y más en la época puberal, ya que implica la atención de pacientes con gran complejidad en su expresión clínica y en sus posibles etiologías (*Di Ceglie 1998, Hales 1996*). Es ésta también una etapa de continua evolución y desarrollo de otras identidades por ejemplo la política o religiosa. Un diagnóstico preciso de transexualidad es imprescindible para garantizar la mejoría de este trastorno. El abordaje de la comorbilidad psicosocial que acompaña a este diagnóstico requiere también rigor y tiempo. Sólo aquellos pacientes que han sido diagnosticados de forma adecuada van a experimentar satisfacción y mejoría en su calidad de vida tras iniciar el tratamiento hormonal y posteriormente acceder al tratamiento quirúrgico de reasignación sexual (*Weinrich 1995, Blanchard 1989*).

Una vez realizado el diagnóstico psicológico de TIG los pacientes son subsidiarios de iniciar el tratamiento endocrinológico, aunque nunca antes de los 16 años. Los criterios diagnósticos

utilizados son los asumidos por las *DSMIV, CIE 10* y *HBIGDA* (*Bergero 2001*).

En las series estudiadas en unidades especializadas en trastornos de identidad sexual en la infancia y adolescencia, la detección precoz y el tratamiento integral ha mejorado su TIG, la comorbilidad asociada y la calidad de vida en general (*Cohen-Kettenis 1997, DiCeglie 1998, Cano 2003*).

## PROTOCOLO TERAPEÚTICO

En edad inferior a los 18 años es necesario contar con el consentimiento por parte de los padres para cada fase terapéutica. Para decidir la conveniencia de llevar a cabo una experiencia de la vida real o una terapia hormonal, el psicólogo debe haber mantenido una relación con el paciente y su familia al menos durante seis meses. Para administrar tratamiento hormonal a adolescentes menores de 18 años, es necesario además cumplir los siguientes requisitos (*HBIGDA*):

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

Para recomendar o no cirugía genitoplástica o mastectomía, el psicólogo debe haber estado en estrecho contacto con el adolescente y su familia por un período no inferior a los dieciocho meses y que éste haya alcanzado la mayoría de edad.

En los casos de niños o adolescentes que se encuentran en edad escolar, se observan a menudo importantes dificultades para conseguir una vida normalizada. El psicólogo debe colaborar con los profesionales de los centros educativos con el fin

de evitar interferencias en el desarrollo social y académico de sus pacientes.

El tratamiento hormonal es un tratamiento coadyuvante en el proceso de reasignación de sexo, no se considera curativo, pero contribuye en gran parte a la mejoría sintomática de la disforia de género, mejora la calidad de vida y refuerza positivamente el test de vida real (*HBIGDA*).

El tratamiento esteroideo cruzado se focaliza en dos aspectos: eliminar las características del propio sexo e inducir los caracteres sexuales del sexo con el que se identifica el/la paciente. Es importante que tanto el médico como el/la paciente sepan desde el principio que ambos objetivos son difíciles de conseguir con plena satisfacción. En transexuales hombre-a-mujer (Transexuales: THM) no hay forma de revertir el desarrollo del esqueleto si ya se ha completado la maduración puberal, tampoco hay respuesta completa en la eliminación del vello facial, en el tono de la voz ni siempre se alcanza el grado de desarrollo mamario deseado por el sujeto, aportando la genitoplastia buenos resultados estéticos y funcionales. En los transexuales mujer-a-hombre (Transexuales: TMH) es más sencillo el conseguir los caracteres masculinos con el tratamiento hormonal, por el contrario la genitoplastia masculinizante obtiene resultados menos satisfactorios.

Una vez cumplido los criterios de evaluación y apoyo psicoterapéutico mencionados arriba, se recomienda tratamiento con antiandrógenos a los transexuales hombre-a-mujer (que principalmente neutralizan los efectos de la testosterona) o agonistas de LHRH (que detienen la producción de testosterona).

En los pacientes mujer-a-hombre se utilizan especialmente agonistas de LHRH (que impiden la producción de estradiol, estrona y progesterona) si están en pleno desarrollo puberal o progestágenos que detengan la menstruación.

La segunda fase terapéutica que induce la aparición de características sexuales opuestas es en parte irreversible y no debe administrarse a menores de 16 años (*HBIGDA 2001, Smith 2001, DiCeglie 1998*).

### **Criterios de tratamiento quirúrgico**

Cualquier decisión de cirugía parcial o reconstructiva total a esta edad se tomará en pa-

cientes tras al menos 18 meses de seguimiento y a ser posible ya en la mayoría de edad del paciente (algunos países lo contemplan a los 16 años) (*HBIGDA*).

## **EXPERIENCIA CLÍNICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE ANDALUCÍA (UTIG) EN ADOLESCENTES**

### **Hallazgos en la evaluación diagnóstica:**

En esta serie de 30 pacientes durante la fase de evaluación psicológica inicial se objetiva que la edad en que se inicia *el pensamiento* de pertenecer al otro sexo ha sido entre los 6 y los 8 años. Este pensamiento se estableció de forma permanente entre los 10 y los 12 años. La edad en la que *sintieron* con intensidad que pertenecían al sexo opuesto fue entre los 8 y 10 años. Este sentimiento se estableció de forma permanente, entre los 13 y 14 años y la edad en la que *desearon* con intensidad vivir como miembros del sexo opuesto estuvo entre los 14 y 15 años de edad.

### **Datos socio-familiares y de comorbilidad**

Reciben apoyo familiar en el proceso de reasignación sexual el 95% de los casos. Han abandonado la escolarización el 35% de los pacientes. Manifiestan ideación o intento suicida el 82% de la muestra de jóvenes. Han sufrido agresiones emocionales y/o físicas el 58% y sólo un transexual de hombre-a-mujer ha desempeñado trabajos en situación marginal.

### **Evaluación clínico-endocrinológica:**

En el grupo THM la talla inicial ha oscilado entre 156 y 179 cm. y en el grupo TMH entre 145 y 167 cm. El índice de masa corporal (IMC) ha sido claramente superior en el grupo de mujer-a-hombre 36,2 frente a 20,8 en el grupo de hombre-a-mujer. Es objetivado historia de autotrata- mientos estrogénicos en 8 casos (25%) de los pacientes hombre-a-mujer, sin que esto haya ocurrido en ningún paciente del otro grupo. Han sido detectadas inicialmente cifras elevadas de prolactina (por encima de 25 ng/ml) en 4 casos de THM. La densitometría ósea ha sido evaluada en

---

todos los pacientes objetivando datos basales de osteopenia en 6 casos THM y de osteoporosis en 2 casos (ninguno de ellos realizaba autotratamiento hormonal).

## SITUACIÓN EVOLUTIVA EN LA UTIG

### Tratamiento hormonal:

El periodo de evaluación previo a decisión terapéutica hormonal ha sido entre 12-24 meses según los casos. Un paciente THM todavía continúa en fase de evaluación psicológica, el resto han comenzado el tratamiento hormonal cruzado y 4 pacientes (3 THM y 1 TMH) han abandonado el proceso de evaluación en fase diagnóstica.

El tratamiento hormonal ha sido iniciado con antiandrógenos en THM (4 casos con analógos de LHRH para detener el desarrollo puberal y 16 casos con acetato de ciproterona por haber completado ya el desarrollo gonadal). Después de 3 meses se ha añadido el tratamiento estrogénico, en 15 casos con estrógenos conjugados equinos y en 5 casos con valerato de estradiol oral.

Los pacientes TMH han realizado tratamiento cruzado sólo con testosterona inicialmente intramuscular a dosis de 100 a 250 mg cada 15-20 días, con posterioridad se ha modificado la vía de tratamiento androgénico sugiriendo a los pacientes el tratamiento con testosterona en parches transdérmicos.

### Tratamiento quirúrgico:

Una vez alcanzada la mayoría de edad y con seguimiento en tratamiento hormonal cruzado en la Unidad durante al menos 1 año, han sido intervenidos de genitoplastia feminizante 5 casos (4 de ellos con la técnica de piel invertida de pene de Hage-Pandya y uno de ellos con una técnica propia de la Unidad llamada Colgajo Málaga (Giraldo 2003).

En el grupo de Mujer-a-Hombre se han realizado 3 mastectomías siendo esta la cirugía más prioritaria y requiriéndose más tiempo para hipertrofiar el órgano eréctil y realizar más adelante la genitoplastia masculinizante tipo metaidoioplastia.

Dos pacientes THM se han realizado mamoplastia de aumento en centros privados a lo largo del seguimiento.

El tiempo medio desde el inicio de las consultas en la Unidad hasta llegar a la fase quirúrgica, en este grupo de edad, ha sido de 3 años.

### Comentarios finales:

La prevalencia actual de transexualidad en Andalucía para el grupo de edad de 14-64 años es superior a la esperada y a la publicada por otras unidades occidentales.

Los adolescentes en la UTIG representan el 7% del total de la muestra analizada desde su apertura en 1999. La frecuencia es mayor en hombres biológicos.

El 85% de los casos cumplen criterios diagnósticos y de elegibilidad para tratamiento hormonal.

Es importante el alto grado de apoyo familiar.

Se demuestra ya a estas edades un alto porcentaje de tratamientos hormonales iniciados sin supervisión médica. La detección precoz y el tratamiento integral evitaría el autotratamiento y favorecería la adaptación social.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **AETS. Ministerio de Sanidad y Consumo** - Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Informe elaborado por el panel de expertos sobre Trastornos de la Identidad de Género (con atención especial a la cirugía de reasignación de sexo). Marzo 2002.
2. **AETSA. Trastornos de Identidad de Género en Andalucía**. Informe del Grupo de Trabajo Andaluz sobre Trastornos de Identidad de Género. Edit.: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Consejería de Salud, Junta Andalucía, 1999.
3. **American Psychiatric Association**. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
4. **Bakker A, van Kesteren PJM, Gooren LJG, Bezemer PD.**: The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 237-238.
5. **Bergero T, Cano G, Esteva I, Giraldo F, Gornemann I, Álvarez Ortega P.**: Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga) *Cir. Plast. Iberlatin*. 2001; 27 (4): 263-272.
6. **Cano G y Bergero T.**: Intervención psicológica

- en una unidad de trastornos de la identidad de género: un desafío sanitario". En: *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Edit. Desclee de Brouwer. Octubre, 2003.
7. **Blanchard R, Stein BW, Clemmensen LH, Dickey R.**: Pronostic factors of regret in postoperative transsexuals. *Canadian J of Psychiatry*, 1989; 34 (1): 43-45.
  8. **Cohen-Kettenis P, Owen A., Kaiiser V, Bradley S, and Zucker K.**: Demographic characteristics, social competence and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2003; 31(1): 41-53.
  9. **Cohen-Kettenis P, van Goozen S.**: Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(2): 263-371.
  10. **Di Ceglie D, Sturge C, Sutton A** (and Committee of the Child and Adolescent Psychiatry Section of the Royal College of Psychiatrists). Gender identity disorders in children and adolescents: guidance for management. *International Journal Transgenderism* 1998; 2(2). (<http://www.symposium.com/ijt/ijtc0402.htm>).
  11. **Eklund PLE, Gooren LJJ, Bezemer PD.**: Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 638-640.
  12. **Esteva I y Cano G.**: Transexualidad en la Infancia y Adolescencia En: *Endocrinología del Adolescente*. Edit. Sociedad Esp. Endocr. Ped. 2004.
  13. **Esteva I, Bergero T, Giraldo F, Cano G, Ruiz S, Crespillo C y Soriguer F.**: Unidad de trastornos de identidad de género de Andalucía. Experiencia del primer año de funcionamiento. *Endocrinol Nutr* 2002; 49: 71-74.
  14. **Giraldo F.**: Cutaneous Neovaginoplasty Using the Málaga Flap (Vulvoperineal Fasciocutaneous Flap): A 12-Year Follow-up." *Plast. Reconstr. Surg.* 2003; 111: 1249-1256, 2003.
  15. **Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA.**: Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press. Ed. Ancora, Barcelona, 1996.
  16. **Landen M, Walinder J, Lundstrom B.**: Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 261-263.
  17. **Olse, Moller AR.**: On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 381-386.
  18. **Pauly IB.**: The current status of the change of sex operations. *J Nerv Mental Dis* 1968; 147: 460-471.
  19. **Ross MW, Walinder J, Lundstrom B, Thuwe L.**: Cross-cultural approaches to transsexualism. A comparison between Sweden and Australia. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 63: 75-82.
  20. **Smith Y, Van Goozen S and Cohen-Kettenis P.**: Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(4): 472-481.
  21. **The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIIGDA)** The Standards of care for Gender Identity Disorders. (Sixth version) Mineapolis: HBIIGDA, 2001. ([www.hbigda.org/soc.html](http://www.hbigda.org/soc.html)).
  22. **The ICD-10** Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. WHO. Geneve, 1993.
  23. **Tsoi WF.** The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78: 501-504.
  24. **van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA.**: An Epidemiological and Demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Arch Sex Behav* 1996; 25: 589-600.
  25. **Walinder J.**: Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Br J Psychiatry* 1971; 119: 195-196.
  26. **Weitze C, Osburg S.**: Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the Germans transsexuals' act during its first ten years. *Arch Sex Behav* 1996; 25: 409-425.
  27. **Weinrich JD, Atkinson JH, McCutchan JA, Grant I.**: Is gender dysphoria dysphoric? Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in a HIV sample. HNRC Group. *Arch Sex Behav* 1995; 24 (1): 55-72.