

Editorial

Unidad de trastornos de identidad de género de Andalucía. Experiencia del primer año de funcionamiento

I. ESTEVA DE ANTONIO^a, T. BERGERO MIGUEL^b, F. GIRALDO ANSIO^c, G. CANO ONCALA^b, S. RUIZ DE ADANA^a, C. CRESPILO GÓMEZ y F.J.C. SORIGUER ESCOFET^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. ^bServicio de Psiquiatría. ^cServicio de Cirugía Plástica. Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG). Complejo Universitario Hospital Carlos Haya. Málaga

En febrero de 1999 el Parlamento Andaluz aprueba la prestación integral dentro del Servicio Andaluz de Salud para los pacientes transexuales, y selecciona en octubre de ese año, tras un concurso en el que se presentaron diferentes proyectos desde varios hospitales andaluces, al Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya de Málaga como primer centro de referencia en España para la atención de esta afección dentro de la sanidad pública. Desde entonces se ha atendido a 180 pacientes (125 solicitando reasignación varón a mujer y 55 de mujer a varón; mayo de 2001). En 20 sujetos no se ha confirmado el diagnóstico de transexualismo verdadero, en cinco se está en fase de diagnóstico diferencial y el resto está en período de reasignación de sexo hormonal y test de la vida real; se han realizado 14 intervenciones genitoplásticas y 4 cirugías parciales tras un período medio de un año de estudio y seguimiento de cada paciente en la unidad. A continuación, reflexionamos sobre la experiencia de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) de Andalucía desde la perspectiva de un editorial.

Contexto histórico

Desde la publicación en 1966 del libro *The transsexual phenomenon* por Harry Benjamin se inicia en los EE.UU. la evaluación y atención clínica de los pacientes con trastornos de identidad de género (TIG), de una manera disciplinaria. Este autor da nombre a la asociación internacional que periódicamente actualiza los criterios diagnósticos y recomendaciones terapéuticas de esta y otras enfermedades de identidad sexual. Durante las décadas de los sesenta y setenta el principal objetivo de los clínicos era validar sus teorías sobre la etiología de esta situación más que mejorar la calidad de vida de los pacientes. También se atendían sus aspectos médicos, en la medida de lo posible, pero muy poco su problemática social. Posteriormente, el transexualismo quedó clasificado como una entidad clínica en el DSM-III, el DSM-IV y el CIE-10.

Aunque el reconocimiento del transexualismo como una entidad que puede ser tratada por la medicina es hoy día una realidad bien establecida, la implementación de la atención médica institucional en igualdad de circunstancias con otras realidades clínicas dista muchos de haberse generalizado.

El problema de las definiciones

La transexualidad es la forma más grave de los TIG, pero no es la única. Es importante diferenciar la terminología ya que no todas sus expresiones clínicas se benefician de las mismas actitudes terapéuticas. Sólo los pacientes con criterios diagnósticos de transexualidad genuina, verdadera, primaria o grupo *core* obtendrán satisfacción y mejora de la calidad de vida con el tratamiento hormonal y quirúrgico. El resto de personas con otros TIG o psicopatología de base necesitarán expertos en Unidades de Género y soporte psicoterapéutico, en sus áreas de salud mental, para identificar estrategias que logren el equilibrio emocional y toma de decisiones maduras.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatras Americanos (DSM-IV) designa, en 1994, “trastorno de la identidad sexual” a una “marcada identificación con el otro sexo que no está asociada únicamente a supuestas ventajas relacionadas con costumbres culturales”¹. En general, el transexualismo puede definirse como “el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto, por lo general acompañado por la voluntad de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido, que esta identidad transexual sea persistente durante al menos dos años y que no se trate de un síntoma de otro trastorno mental, como la esquizofrenia ni secundario a una anomalía cromosómica” (aunque sí puede estar asociado).

La CIE-10 hace algunas precisiones más, y también es muy importante conocer el patrón de disforia en niños y adolescentes que plantean dificultades adicionales.

Los TIG son considerados trastornos de salud mental en la medida que se producen patrones de comportamiento que conllevan un sufrimiento significativo y una gran desventaja adaptativa. Al igual que con cualquier otro proceso clínico, hacer un buen diagnóstico del trastorno de identidad de género, realizar el diagnóstico diferencial, determinar de forma sistemática la orientación sexual y la comorbilidad

Trabajo financiado parcialmente con el Proyecto FIS n.º 01/0447.

Correspondencia: Dra. I. Esteva de Antonio.
 Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Civil.
 Complejo Universitario Hospital Carlos Haya.
 Plaza del Hospital Civil, s/n. 29009 Málaga.
 Correo electrónico: soriguer@hch.sas.cica.es

psiquiátrica, así como otras características del paciente, son aspectos fundamentales para obtener los mejores resultados postratamiento. Como no podía ser de otra forma, en una entidad clínica *sine materie* los criterios, instrumentos y metodologías empleadas para llegar al diagnóstico de transexualismo no han sido uniformes. En nuestra unidad, al no existir pruebas suficientemente específicas que permitan discriminar patognomónicamente el transexualismo de otras formas de disforia, se recurre a una serie de entrevistas y protocolos estructurados por el equipo de psicólogos, unos de elaboración propia y otros tests que están a disposición de quien quiera solicitarlos a la dirección de correo electrónico adjunto al inicio del artículo².

Los criterios diagnósticos provienen de las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales establecidas por el DSM-IV¹ y la CIE-10³. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras entidades clínicas bien reconocidas como el travestismo no fetichista (F.64.1), el travestismo fetichista (F.65.1), la orientación sexual egodistónica (F.66.1), el trastorno de la maduración sexual (F.66.0), otros trastornos de la identidad sexual (F.64.8 y F.64.9) y trastornos de la identidad sexual no especificados (F.64.9)³. Además, deben descartarse los trastornos graves de la personalidad y trastornos psicóticos, ya que son afecciones en las que no está indicado el tratamiento hormonal o quirúrgico, y también es de gran importancia el diagnóstico de las condiciones o síntomas psicopatológicos que acompañan al trastorno. En la UTIG de Málaga el diagnóstico de transexualismo recae en el equipo de psicólogos y es ratificado, antes de la cirugía por un psiquiatra de la unidad, que no haya tenido contacto previo con el/la paciente. Éste es el primer paso y sin duda el más importante, pues un error en la identificación conllevará consecuencias impredecibles, entre las que se encuentra el arrepentimiento posterior a la reasignación hormonal o quirúrgica del sexo, descrito en algunas de las series publicadas⁴. Sin embargo, es importante tener en cuenta que se trata de un proceso prolongado, donde el seguimiento es muy importante, que debe ser controlado de manera rigurosa y que, sobre todo, debe realizarse en el seno de un equipo multidisciplinario. Los psicólogos adscritos a este equipo deben tener una formación clínica que les permita no sólo evaluar y tratar los trastornos de identidad sexual, sino también poseer competencias clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en general. La improvisación metodológica y el trabajo no multidisciplinario pueden generar una dinámica irresponsable. El equipo de la UTIG de Málaga ha asumido y adaptado las recomendaciones estipuladas en los estándares asistenciales de trastornos de identidad de género de The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIG-DA), de 1998 (actualizadas en su sexta versión en febrero de 2001)⁵, de la que los componentes de la UTIG son miembros y con la que mantienen relaciones académicas.

La cuestión de la prevalencia

El estudio sistemático de los TIG es reciente. Además de la limitación que supone la falta de criterios claros para definir los casos, la mayoría de los estudios realizados en transexuales son retrospectivos y se centran en los aspectos endocrinológicos, cambios en los caracteres sexuales secundarios y prácticas quirúrgicas de reasignación de sexo. En España no hay información sobre la prevalencia del trastorno y los datos que se usan provienen de estudios clínicos en otros países, fundamentalmente del norte de Europa (Suecia, Países Bajos, Reino Unido) y de los EE.UU. La preva-

lencia del trastorno oscilaría entre 1/2.900 y 1/100.000 en varones y entre 1/8.300 y 1/400.000 en mujeres⁶. En nuestra unidad la demanda continúa siendo de 2-3 casos nuevos por semana.

La cuestión de la etiología

Se han propuesto diferentes causas neurobiológicas, psicológicas, educacionales y genéticas, sin que hasta el momento podamos establecer con certeza los motivos por los que una persona, ya desde períodos muy tempranos de su vida, se siente atrapado en un cuerpo cuyo género no reconoce como propio.

Es precisamente este desconocimiento sobre la causa del transexualismo uno de los motivos que han hecho que las personas transexuales hayan tenido tantas dificultades para conseguir el estatuto de pacientes que puedan beneficiarse de la asistencia médica como los que padecen cualquier otra entidad clínica. Como se ha comentado al comienzo de este editorial, durante mucho tiempo la gran preocupación de los médicos, los psiquiatras y los sociólogos ante el paciente transexual ha sido la búsqueda de la causa del trastorno de identidad. Han estado más preocupados por validar sus propias teorías (o prejuicios) sobre la etiología del transexualismo que en ayudarles a vivir mejor. Incluso los propios pacientes han tenido que modificar su propia historia personal para que se ajustara mejor a los modelos patológicos que sustentaban aquellos a los que acudían en busca de ayuda⁷. Sin embargo, el desconocimiento de la causa no es una excepción en el mundo de la medicina, sin que por ellos se olvidara la atención integral de quien padece un problema cuya causa última es ignorada. Ésta es hoy día la opción que se va imponiendo en la atención a las personas transexuales.

La atención endocrinológica

Una vez que el equipo psicológico de la UTIG ha realizado una evaluación diagnóstica y emite un informe favorable, el paciente inicia la segunda fase del proceso de reasignación de sexo: la evaluación y el tratamiento endocrinológico. Como en cualquier otra entidad clínica son necesarios una evaluación y exploración sistemáticas, previas a la posterior decisión terapéutica. Es de gran importancia el conocimiento de las expectativas del paciente y del grado de prejuicios y de información previa sobre el tratamiento hormonal, imprescindibles para una adecuada relación médico-paciente sobre los cambios que se van a producir. Por esto, el tratamiento médico de una persona con transexualidad debe prescribirse por especialistas en endocrinología con amplio conocimiento en el manejo de hormonas sexuales y evaluarse periódicamente (cada 3 meses), como mínimo durante un año antes de pasar a ningún tipo de intervención quirúrgica y, con posterioridad, al menos cada 6 o 12 meses durante toda la vida del paciente.

En el tratamiento hormonal para reasignación de sexo, el objetivo es conseguir que el paciente adquiera las características del sexo opuesto. Con la excepción del aparato genital interno y el fenotipo de los genitales externos, el resto de las características secundarias adquiridas dependerá en mayor o menor medida del uso de los esteroides sexuales respectivos. 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 varón a mujer (TMF) 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 ni en los cambios de la voz ni siempre se al-

canza el grado de desarrollo mamario deseado por el sujeto. En los transexuales mujer a varón (TFM) es más sencillo conseguir los caracteres masculinos con el tratamiento hormonal, pero la genitoplastia masculinizante obtiene resultados menos satisfactorios. En nuestra unidad hemos adaptado los criterios de la HBIGDA⁵, que pueden solicitarse a la dirección de correo electrónico adjunta. Acetato de ciproterona, flutamida, espironolactona, estrógenos conjugados, etinilestradiol y en ciertos casos los progestágenos y los análogos de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LH-RH) son los fármacos disponibles para el tratamiento de los TFM. Los ésteres de testosterona (enantato y propionato) inyectables, las formas transdérmicas de testosterona y, excepcionalmente, los análogos de la LH-RH son los utilizados en los TFM. Todos estos fármacos tienen indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos que deben conocerse y evaluarse. El tratamiento hormonal ocupa un lugar muy importante en lo que es la prueba diagnóstica más importante: el test o experiencia de la vida real que es, según la HBIGDA, el acto por el cual se adopta plenamente un rol nuevo o evolutivo de identidad sexual ante los acontecimientos y circunstancias de la vida cotidiana⁵. La responsabilidad de una indicación adecuada de tratamiento hormonal y la prevención de las complicaciones que ocasionalmente conlleva, aunque obvia no puede aquí dejar de ser constatada.

La reasignación quirúrgica de los caracteres sexuales

El equipo quirúrgico de la UTIG está integrado básicamente por cirujanos de la especialidad de cirugía plástica y reparadora, con el apoyo de cirugía general y digestiva, urología y ginecología, siendo uno de ellos (FG) el que ha desarrollado específicamente una mayor capacitación en la cirugía reconstructora genital. Al igual que para la evaluación psicológica y endocrinológica, también desde el punto de vista quirúrgico la UTIG del Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya de Málaga se adhiere a los Estándares de Cuidados de la Asociación Internacional Harry Benjamin de Disforia de Género (HBIGDA), en su 5.^a edición de 1998⁵. Dichos estándares fueron establecidos y son revisados periódicamente para recomendar cirugías de reasignación del sexo sólo a los pacientes que reúnan unos requisitos diagnósticos y terapéuticos básicos y estén correctamente preparados. La cirugía de reasignación del sexo no es un procedimiento técnico electivo contractual entre paciente y cirujano, sino la consecuencia de un largo proceso iniciado por el trabajo multidisciplinario de la UTIG, con diagnóstico y preparación psicológica, evaluación y tratamiento hormonal. En este largo proceso los diferentes especialistas involucrados en el tratamiento integral multidisciplinario comparten su responsabilidad médica, ética y legal en la decisión de hacer cambios irreversibles al cuerpo. Aquellos pacientes que no cumplen los criterios de elegibilidad definidos por los miembros de la UTIG (adaptados de los propuestos por la HBIGDA⁵) no pueden ser sometidos a cirugías genitales o no genitales por el hecho de ser "casos especiales". Una vez tomada la decisión quirúrgica, la información detallada al paciente por parte del cirujano es de capital importancia, y esto no puede dejarse a la discrecionalidad de una mejor o peor empatía médica, sino que debe estar preelaborada y protocolizada (los protocolos quirúrgicos pueden ser solicitados a la dirección de correo electrónico adjunta). La cirugía puede ser de reasignación del sexo varón-mujer o mujer-varón. El objetivo principal de la genitoplastia feminizante, en el caso de los TFM, es crear un complejo

perineogenital tan femenino como sea posible, desde el punto de vista tanto físico como funcional. El equipo quirúrgico de la UTIG del complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya maneja dos técnicas de genitoplastia feminizante en función de la mayor o menor disponibilidad de la piel peneana. Una siguiendo a Pandya-Stuteville⁸ con la modificación de Karim-Hage⁹ y la segunda mediante una técnica personal empleando colgajos fasciocutáneos escrotoperineales laterales, procedimiento técnicamente desarrollado según la experiencia clínica y publicaciones previas del cirujano plástico del equipo¹⁰⁻¹³. Otras cirugías como la reducción plástica del cartilago tiroideos, vulvocomisuroplastias ventral y/o dorsal, así como el tratamiento de complicaciones potenciales (estenosis de introito o de vagina, estenosis uretral o del meato, fístulas, etc.), deben también ser contempladas en estos pacientes. En el momento actual no está financiada la cirugía de aumento mamario con implantes dentro del catálogo de prestaciones quirúrgicas del Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía.

En el caso de los TFM la mastectomía subcutánea puede preceder o no a la genitoplastia masculinizante. Ésta requiere una o dos etapas quirúrgicas como mínimo, aunque en general y en la práctica clínica es una reconstrucción plástica compleja con múltiples complicaciones potenciales y por ello un procedimiento técnico que puede considerarse completado tras varias operaciones. La primera etapa consiste en la extirpación de los genitales internos (útero, trompas, ovarios y vagina), alargamiento de la uretra desde su posición original hasta la sínfisis del pubis (parte "fija" de la neouretra), y reconstrucción escrotal con implante testicular bilateral. La segunda etapa consiste en la faloplastia o reconstrucción del falo y su correspondiente segmento uretral (parte "pendular" de la neouretra) mediante tejidos pediculados o transferencia libre mediante técnicas microquirúrgicas; en nuestro caso, la técnica de elección aconsejada a los pacientes es la faloplastia mediante el colgajo libre microvascularizado antebraquial radial¹⁴. La genitoplastia masculinizante también se puede llevar a término de forma alternativa utilizando una técnica en "una etapa" conocida como metaidoioplastia (grupo de género de Amsterdam) o metoidioplastia (grupo de género de Stanford)¹⁵.

La organización de la atención médica de las personas transexuales

Como se ha comentado al comienzo de este editorial con la publicación en 1966 del libro *The transsexual phenomenon* por Harry Benjamin se inicia en los EE.UU. la evaluación y atención clínica de los pacientes con TIG, de una manera interdisciplinaria. Sin embargo, aún hoy en los EE.UU. la mayor parte de la atención a las personas transexuales se produce de manera privada y fuera del sistema asistencial universitario. Ya en los años setenta y ochenta algunos países europeos desarrollan unidades específicas de atención a los TIG; algunos, como los Países Bajos y Suecia, dentro del sistema asistencial público. Hasta muy recientemente, desde el punto de vista médico, la transexualidad era vista como una perversión sexual, una falta de maduración biológica, un estado psicótico, etc, y desde el punto de vista social como una opción inmoral de los individuos, socialmente rechazable. Los profesionales que inician la atención de estas personas no son insensibles a esta carga cultural y deben antes que nada reflexionar sobre las connotaciones antropológicas, culturales y morales que la asunción de esta responsabilidad comporta. En España la atención a las personas transexuales ha estado fuera del sistema público. Al-

gunos transexuales conseguían ser operados por cirujanos privados. Sin embargo, la organización y atención de estas personas ha carecido por completo de rigor disciplinario y sobre todo de evaluación y garantía de calidad. Una atención que sólo puede ser multidisciplinaria dentro de estructuras organizadas. El *gender team*, debe reunir al menos los siguientes requisitos que son también los requisitos que se ha impuesto la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Málaga:

1. Debe estar compuesto por psicólogos, psiquiatras, endocrinólogos y cirujanos. La formación de estas personas no puede ser improvisada, pues no basta con tener el título correspondiente. Es necesario una profundización conceptual en las disforias de género. Esta profundización implica el conocimiento por todo el equipo del lenguaje y el vocabulario apropiado, entre la que se encuentra el uso adecuado de los artículos *él* y *ella*, de las siglas TFM y TMF, así como las importantes diferencias conceptuales entre identidad sexual y de género, deben reflexionar sobre el significado de orientación sexual o de disforia de género, de las diferencias entre transexualismo y transgénero, travestismo o androginia, y desde luego con los intersexos, los hermafroditismos, la homosexualidad, etcétera.

2. El trabajo debe realizarse en equipo, es decir sobre protocolos consensuados y sobre decisiones negociadas en el contexto de sesiones clínicas programadas.

3. Puesto que el objetivo final (la reasignación médica y quirúrgica de los caracteres sexuales) es un paso irreversible y de gran trascendencia social, biológica y personal, el ejercicio de consentimiento informado debe ser algo más que un trámite legal o procedimental, para convertirse en una pieza clave de la relación médico-paciente.

4. El proyecto debe llevar ya desde su inicio una estructura que permita su evaluación periódica. Es decir, la garantía mínima de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Giraldo F, Esteva I, Bergero T. Experience of the first years in the only unit of gender identity disorders in Andalusia (Málaga, Spain). *Cir Plast Iberolatiner* 2001;27(4):259-309.
3. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: OMS, 1993.
4. Landén M, Wålinder J, Lambert G, Lundström B. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:284-9.
5. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). The Standards of care for Gender Identity Disorders. Fifth version. Minneapolis: HBIGDA, 1998.
6. Landén M, Wålinder J, Lundström B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:221-3.
7. Israel GE, Tarver DE. Transgender care. Recommended guidelines, practical information and personal accounts. Philadelphia: Temple University Press, 1997.
8. Pandya NJ, Stuteville OH. A one-stage technique for constructing female external genitalia in male transsexuals. *Br J Plast Surg* 1973;26:277-82.
9. Hage JJ. Vaginoplasty in male to female transsexuals by inversion of penile and scrotal skin. En: Ehrlich RM, Alter GJ, editors. *Reconstructive and plastic surgery of the external genitalia*. Philadelphia: WB Saunders & Co., 1999; p. 294-300.
10. Giraldo F, González C, Soriquer FC, Ruiz de Adana M, Esteva I, Solano A, et al. Genitoplastia feminizante en un transexual hombre a mujer y reconstrucción neovaginal completa mediante colgajos de pedículo neurovascular perineal superficial. *Cir Plast Iberolatiner* 1998;24:267-76.
11. Giraldo F, Solano A, Mora MJ, Abehsera M, González C, Rus J. The Málaga flap for vaginoplasty in the Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: experience and early-term results. *Plast Reconstr Surg* 1996;98:305-12.
12. Giraldo F, Mora MJ, Solano A, Abehsera M, Ferrón M, Smith JM. Anatomic study of the superficial perineal neurovascular pedicle: implications in vulvoperineal flap design. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:100-8.
13. Giraldo F. Vulvoperineal fasciocutaneous flap for vaginal reconstruction. En: Strauch B, Vasconez LO, Hall-Findlay EJ, editors. *Grabb's Encyclopedia of Flaps*. (2nd. ed). Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998; p. 1461-5.
14. Hage JJ, Bouman FG, Bloem JJAM. Constructing a scrotum in female-to-male transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:914-21.
15. Hage JJ. Metaidoioplasty: an alternative phalloplasty technique in transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 1996;97:161-7.