

- cents between 6 and 14 years from Santiago. Chile *Endocrinol Nutr.* 2012;59:296–303.
5. Vargas M, Souki A, Ruiz G, García D, Mengual E, González C, et al. Percentiles de circunferencia de cintura en niños y adolescentes del municipio Maracaibo del Estado Zulia, Venezuela. *An Venez Nutr.* 2011;24:13–20.
 6. Fernández JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr.* 2004;145:439–44.
 7. Hidalgo G, Flores-Torres J, Rodríguez-Morales AJ, Vásquez E, Sánchez W, Gollo O, et al. Determinación de puntos de corte para la circunferencia de cintura a través de curvas ROC en población pediátrica de tres regiones de Venezuela evaluada en el SENACREDH. *Arch Venez Pueri Pediatr.* 2011;74:95–9.

Maracelly Mederico^a, Mariela Paoli^{a,*}, Yajaira Zerpa^a, Yajaira Briceño^a, Roald Gómez-Pérez^a, Nolis Camacho^b, José Luis Martínez^b y Grupo de Trabajo Credefar^a

^a *Unidad de Endocrinología, Instituto Autónomo, Hospital Universitario de Los Andes, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela*

^b *Unidad de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo Infantil, Instituto Autónomo, Hospital Universitario de Los Andes, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela*

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: paolimariela@hotmail.com (M. Paoli).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.10.009>

Comentarios sobre las «Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad», emitidas por el Grupo de identidad y diferenciación sexual de la SEEN (GIDSEEN)

Comments on the «Clinical practice guidelines for assessment and treatment of transsexuality» issued by the sexual identity and differentiation group of the SEEN (GIDSEEN)

Sr. Editor:

Muy recientemente, Moreno-Pérez y Esteva de Antonio reivindicaron, en el nombre del grupo Grupo de identidad y diferenciación sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN)¹, la necesidad de un protocolo de actuación coordinada para la atención sanitaria integral a personas transexuales dentro del marco de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), es decir, para toda España. Dicha atención nacional a personas transexuales de hecho (todavía) no existe, aunque sería deseable, especialmente con vistas a la armonización de la atención sanitaria en el territorio nacional y a una necesaria igualdad territorial².

Esta nueva versión de 2012 de las «Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad»¹ se publicó con conocimiento de los Standards of Care (SOC)-7³, que citan Moreno-Pérez y Esteva de Antonio¹. Sin embargo, en opinión científica de la autora, la nueva versión de la guía española¹ carece de claridad y actualidad en varios aspectos, y demanda sistemas y ambientes de atención innecesarios, aparte de algunas condiciones en ocasiones contraproducentes que se mencionan y discuten en los siguientes puntos:

- 1) Los autores pretenden que la asistencia adecuada a personas transexuales solo se pueda realizar en las así llamadas «unidades funcionales»; es decir, que los

3 elementos PEC (Psiquiatría y/o Psicología clínica, Endocrinología y Cirugía) se concentren en una sola unidad de trastornos de identidad de género (UTIG) del mismo hospital, preferentemente universitario. En contra de esta opción cabe argumentar que las nuevas tecnologías permiten una excelente y rápida comunicación activa entre los diferentes integrantes del equipo multidisciplinar del PEC. Si dicho equipo no trabajara en la misma clínica, un hecho muy común en otros países europeos y Estados Unidos, bastaría con la transferencia de la información necesaria entre el especialista mental y el endocrinólogo o, en su caso, entre estos y el cirujano plástico, requiriéndose tan solo una llamada telefónica de confirmación, sin perjuicio o merma de la eficacia en la atención al colectivo de pacientes transexuales. En el mismo contexto hay que considerar las derivaciones inútiles de pacientes (por ejemplo, desde Asturias a la UTIG de Málaga, un viaje de 2.000 km, para una simple extracción de sangre y su análisis). Esto tan solo exigiría un reconocimiento mutuo de resultados de análisis clínicos, porque los servicios de laboratorio de todos los hospitales, no solo los de los universitarios, están integrados en un sistema de control de calidad.

- 2) Moreno-Pérez y Esteva de Antonio¹ insisten en que el plazo de diagnóstico de la DIG o transexualidad sea un «proceso prolongado y complejo bajo control riguroso de forma extensiva». Exactamente la misma definición se encuentra en la guía (protocolo) de la UTIG de Madrid, que al contrario de la UTIG de Málaga no la considera una enfermedad mental⁴, mientras que la UTIG de Barcelona aplica los estándares internacionales con mayor flexibilidad, especialmente en lo que respecta a los plazos individualizados de diagnóstico (E. Gómez-Gil, información personal). En la literatura relacionada, numerosos autores internacionales afirman que la transexualidad, que en la mayoría de los casos no requiere psicoterapia, se puede diagnosticar en tan solo 4-5 citas de 40-45 min⁵. Los SOC exigen una evaluación profunda, pero no necesariamente prolongada. Este aspecto, en cambio, es necesario para el diagnóstico de menores y adolescentes, o con pacientes que presenten alguna psicopatología.
- 3) Moreno-Pérez y Esteva de Antonio¹ afirman que el llamado test de vida real (TVR) o experiencia de vida

real (EVR) todavía forma parte de los SOC-7³, lo cual no es correcto; y no solo es incorrecto, sino que esta nueva edición fue sometida a numerosas actualizaciones en favor de la salud, dignidad, autonomía, bienestar y diversidad de los pacientes respecto a su género personal. El término TVR o EVR se encuentra exclusivamente en la sección bibliográfica de esta séptima edición, incluido en el título de algunas publicaciones anteriores. Lo relevante es que la elegibilidad para la prescripción de hormonas o pequeñas operaciones no requiere que el paciente viva un tiempo definido en su género sentido, basta con el consentimiento informado. Solo para las cirugías genitales de reasignación de sexo (CRS) se requiere del paciente, aparte del diagnóstico y terapia de hormonas feminizantes o masculinizantes durante 12 meses continuos, que haya vivido en un rol de género que sea congruente con su identidad de género. Es decir, la elegibilidad no depende de la existencia de un rol estereotipado de mujer u hombre en su comprensión clásica y binaria; al paciente se le atribuye libertad para definir su propia identidad sexo-genérica.

- 4) Con respecto a la etiología de la transexualidad, Moreno-Pérez y Esteva de Antonio¹ creen en factores genéticos y hereditarios especulativos que todavía no se han demostrado: el genoma humano se secuenció completamente en 2001 y aún no se conoce ningún gen que codifique un factor claramente relacionado con la transexualidad. Además, unos de los estudios citados (refs. 12 a 16, especialmente los relativos al «birth order ratio of twins», referencias anticuadas) han sido cuestionados en la comunidad científica⁶. Moreno-Pérez y Esteva de Antonio también niegan la influencia de los esteroides sexuales en el desarrollo y funcionamiento del cerebro, a pesar de que numerosos estudios científicos hayan puesto de manifiesto este hecho muy claramente⁷.
- 5) Con respecto a la prevalencia de la transexualidad, hay que actualizar las cifras y añadir un comentario: en la tabla 1 de la publicación de Moreno-Pérez y Esteva de Antonio¹ se echa en falta un estudio belga publicado en 2007. Dicho estudio presenta unos resultados de 1:12.900 (m > f) y 1:33.800 (f > m), con diferencias enormes cuando se comparan los datos obtenidos en ciudades grandes con los de pueblos, por un lado, y entre Flandes (que muestra una población predominantemente protestante) y Valonia (católica)⁸. Sin embargo, la prevalencia (epidemiología) de personas transexuales en la sociedad humana global está profundamente infraestimada en las referencias citadas, y también los 2 autores especulan sobre una infraestimación de estas cifras (que deberían ser de 1 por cada 4.000 personas), citando incorrectamente la referencia 6 (GIRES, Inglaterra). Es decir, la de este estudio de 2009 estaría interpretada incorrectamente: es de alrededor de 1 por

cada 500 personas⁹. Pero incluso estos datos ya estarían anticuados: los más recientes estudios de 2011 y 2012 (GIRES y un estudio holandés) muestran que alrededor del 1% de la población en estos países siente o sufre algún grado de disforia de género^{10,11}; probablemente serían cifras transferibles a la población española.

Bibliografía

1. Moreno-Pérez Ó, Esteva de Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr.* 2012;59:367–82.
2. Carrasco-Portiño M. Comentario desigualdades territoriales en la atención sanitaria a la transexualidad en España. *Gac Sanit.* 2012;26:209–10.
3. WPATH—The World Professional Association for Transgender Health—Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th version. Atlanta, EE.UU., 2011. [consultado 3 Oct 2011]. Disponible en: [http://www.wpath.org/documents/Standards of Care V7-2011 WPATH.pdf](http://www.wpath.org/documents/Standards_of_Care_V7-2011_WPATH.pdf).
4. Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *Semergen.* 2011;37:61–8.
5. Seikowski K. Psychotherapy and transsexualism. *Andrologia.* 2007;39:248–52.
6. Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Prog Brain Res.* 2010;186:41–62.
7. Bao AM, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Front Neuroendocrinol.* 2011;32:214–26.
8. de Cuypere G, van Hemelrijck M, Michel A, Carael B, Heylens G, Rubens R, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Europ Psychiat.* 2007;22:137–41.
9. Reed B, Rhodes S, Schofield P, Wylie K. Gender variance in the UK: prevalence, incidence, growth and geographic distribution. En: GIRES, Gender Identity Research and Education Society. Melverly, Reino Unido, 2009 [consultado 15 Ag 2012]. Disponible en: <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
10. GIRES, Melverly, Reino Unido. The number of gender variant people in the UK—Update 2011 [consultado 15 Ag 2012]. Disponible en: <http://www.gires.org.uk/Prevalence2011.pdf>
11. Kuijper L. Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes. *Tijdschrift voor Seksuologie.* 2012;36:129–35.

Regina-Michaela Wittich

Estación Experimental del Zaidín, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Granada, España

Correos electrónicos: r.wittich@csic.es,
rwittich@eez.csic.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.04.012>