



## Diagnóstico y tratamiento de la transexualidad

El diagnóstico de la transexualidad debe basarse tanto en datos médicos como psiquiátricos, criterios que se han plasmado en guías médicas, como el “**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**”, en su quinta edición (DSM-5), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría <sup>1</sup> o el “**International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**”, en su décima edición (ICD-10) <sup>2</sup>.

Sin embargo, antes de tratar de determinar la existencia de transexualidad y su posible inmediata consecuencia, la disforia de género, convendría realizar un cariotipo para tratar de descartar la existencia de un trastorno cromosómico, consecuencia de un defecto enzimático, que podría conducir a una ambigüedad sexual, como ocurre en el síndrome de Turner o el de Klinefelter <sup>3</sup>.

De acuerdo con el DSM-5, para diagnosticar una disforia de género tiene que existir una objetiva incongruencia entre el sexo asignado al nacimiento y el que uno desea, es decir, una marcada diferencia entre el género que uno siente y el que tiene al nacer, debiendo prolongarse esta disarmonía al menos durante seis meses.

En el caso de los niños, la disforia de género puede manifestarse entre los dos y cuatro años, momento en el cual los niños afectados pueden comenzar a expresar preferencias o actitudes sociales del sexo opuesto al género al que biológicamente pertenecen, pero este deseo debe determinarse objetivamente.

De acuerdo con la guía de la “**World Professional Association for Transgender Health (WPATH)**”, el diagnosticar una disforia de género es condición imprescindible para que la persona pueda solicitar una terapia de reasignación de sexo <sup>4</sup>.

### Tratamiento

En la actualidad el tratamiento de la transexualidad sigue protocolos internacionalmente aceptados <sup>4,5</sup>, que mayoritariamente van dirigidos a la reasignación de sexo cromosómico, tanto con tratamiento hormonal como quirúrgico, como medio para intentar disminuir la disforia de género, a la vez que para lograr la integración social del transexual en el ambiente en que se mueve <sup>6</sup>. Esta terapia debería completarse con un tratamiento psicológico, lo que daría lugar a la denominada «terapia triádica».

La dificultad biomédica que este tratamiento conlleva es que no cambia el sexo cromosómico, solo lo maquilla

para que aparentemente sea el que el transexual desea, o sus familiares en caso de los niños <sup>7</sup>. Pero este tratamiento no soluciona la tendencia transexual, como ya se ha comentado, posiblemente condicionada por una posible alteración cerebral. Es decir, esta terapia solamente trata de solucionar la expresión somática del trastorno, pero no el trastorno cerebral en sí mismo.

Por otro lado, una de las finalidades de la terapia hormonal es favorecer el desarrollo de diversas características sexuales secundarias del sexo deseado. Sin embargo, muchos de dichos caracteres, tanto primarios como secundarios, no se pueden revertir. Por ejemplo, dicho tratamiento puede interrumpir el desarrollo mamario en los transexuales de masculino a femenino (m-f), pero no lo reduce en los transexuales de femenino a masculino (f-m). Igualmente el tratamiento hormonal puede favorecer el crecimiento del vello facial en los f-m, pero no lo disminuye en los m-f. <sup>8</sup>

### Efectos adversos de este tratamiento

Parece naturalmente admisible que tratar con hormonas a niños tan pequeños, o con cirugía que suponga castración, mastectomía, mamoplastia, faloplastia o vaginoplastia, puede suponer, y supone, un riesgo permanente para su salud, como se constata en diversos trabajos científicos, pero muy específicamente en el realizado en el Instituto Karolinska de Estocolmo cita <sup>9</sup>, el Instituto que concede los premios Nobel, en el que se evalúa la reasignación de sexo de 324 personas transexuales, 191 que han cambiado de hombre a mujer y 133 de mujer a hombre, utilizando datos estadísticos suecos de 1973 a 2003.

En dicho estudio se constata estadísticamente que la mortalidad total en el grupo de personas tras la reasignación de sexo era mayor que en el grupo control, aproximadamente tres veces superior, y sobre todo se observa que en las personas que han sido sometidas a una reasignación de sexo, tras la adolescencia, se detecta un índice de suicidios 19, 1 veces más elevado que en el grupo control, y también aumento de intentos de suicidio, alrededor de 5 veces mayor que el grupo control. Igualmente muestran mayores trastornos psiquiátricos que la población general. En opinión de estos autores la reasignación de sexo, aunque puede disminuir la disforia de género, ésta no es un tratamiento suficiente para solventar la transexualidad y no evita los trastornos psiquiátricos y somáticos que se pueden dar en estas personas.

También en otro estudio independiente del anterior <sup>10</sup> se muestra que entre jóvenes transexuales de 16 a 24 años, en el 45% se objetiva tendencia al suicidio y en el 26% intentos de suicidio.

Igualmente los adultos con disforia de género pueden mostrar ansiedad o depresión e incluso en algún caso tendencias suicidas <sup>10</sup>.

Por ello, la pregunta que se puede plantear es, ¿qué terapia podría ser más eficiente para corregir, no solamente la disforia de género, sino la alteración neuronal favorecedora del trastorno transexual? Como muy bien apuntan las doctoras López Moratalla y Calleja Canela no existe ninguna <sup>11</sup>. Hasta ahora lo único que se ha logrado es tratar de adaptar el cuerpo al cerebro, en vez de tratar de paliar el problema cerebral, pero aunque hasta el momento no existe una terapia específica para solucionar el problema cerebral de los transexuales, en base a la plasticidad cerebral que todos tenemos, es posible que tal vez se pudiera modificar en un futuro próximo.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Washington DC; 2013.
2. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems; 2014.
3. Brown GR. Gender Identity. Merck Manual Professional Version.
4. Asociación Mundial para la Salud Transgénero. Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Asociación Mundial para la Salud Transgénero (World Professional Association for Transgender Health- WPATH). 2012.
5. Moreno-Pérez O, Esteva I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)\*(anexo 1). Endocrinol Nutr. 2012; 59: p. 367-82.
6. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. Psychoneuroendocrinology. 2014; 39: p. 65-73.
7. Moore E, Wisniewski A, Dobs A. Endocrine Treatment of Transsexual People: A Review of Treatment Regimens, Outcomes, and Adverse Effects. The journal of Clin Endocrinol Metab. 2003; 88: p. 3467-3473.
8. Transsexualism. [online]. [cited 2016. Available from: <http://www.gendercentre.org.au/resources/fact-sheets/transsexualism.htm>.
9. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström N, Landén M. Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. PLoS One. 2011; 6: p. e16885.
10. Grossman AH, D'Augelli AR. Transgender youth and life-threatening behaviours. Suicide Life Threat Behav. 2007; 37: p. 527-537.
11. López Moratalla N, Calleja Canelas MD. Transexualidad: una alteración cerebral que comienza a conocerse. Cuadernos de bioética. 2016; 27: p. 81-94.
12. Ingahlalikar M, Smith A, Parker D, Satterthwaite TD, Elliott MA, Ruparel K, et al. Sex differences in the structural connectome of the human brain. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014; 111: p. 823-8.

\*Foto: eldínamo



[Observatorio Bioética](#)  
Universidad Católica de Valencia

---