

Evolución médico social de la disforia de género, de la fobia a la inclusión

Social Medical Evolution of Gender Dysphoria, from the Phobia to Inclusion

Alicia María Tamayo Carbón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5006-266x>

Yamira Puentes Rodríguez² <https://orcid.org/0000-0002-1273-5413>

Diana Katherine Cuastumal Figueroa¹ <https://orcid.org/0000-0001-5277-281x>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología. La Habana, Cuba.

²Centro Nacional de Educación Sexual. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: aliciatamayo67@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La transexualidad o disforia de género es la condición según la cual una persona nace con un sexo, pero se siente y percibe del sexo opuesto, al cual llega mediante métodos farmacológicos y quirúrgicos.

Objetivo: Actualizar los conceptos relacionados con la transexualidad, que garanticen a los profesionales de la salud los instrumentos para diagnósticos y tratamientos certeros necesarios para que el tema se aborde con ética y respeto en todos los sectores sociales que se relacionan con este grupo poblacional.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica a través de los buscadores PubMed, Elsevier, Google académico, Research y Scielo. De las 350 fuentes encontradas y consultadas, se utilizaron 50.

Conclusiones: La responsabilidad de los profesionales de la salud es facilitar los diagnósticos certeros, las terapias y procedimientos necesarios para que la transexualidad se aborde con naturalidad y pleno respeto en todos los sectores sociales que se relacionan con este grupo poblacional. El desconocimiento de esta realidad impide el avance en la

normalización social de la condición transgénero, que sigue siendo considerada como una enfermedad mental.

Palabras clave: transexuales; disforia de género; DSM; transgénero.

ABSTRACT

Introduction: Transsexuality or gender dysphoria is the condition according to which a person is born with one sex, but feels and perceives themselves as the opposite sex, which they reach through pharmacological and surgical methods.

Objective: Update the concepts in relation to transsexuality that guarantee health professionals the instruments for accurate diagnoses and treatments necessary so that the issue is addressed with ethics and respect in all social sectors that are related to this population group.

Methods: A bibliographic review was carried out through the search engines Pubmed, Elsevier, Google academic, Research and Scielo. Of all the sources found and consulted, which were 350, 50 were used, taking into account as inclusion criteria complete, original articles, bibliographic reviews, meta-analysis, in English and Spanish, from 1964 to 2023.

Conclusions: The responsibility of health professionals is to facilitate accurate diagnoses, therapies and procedures necessary so that the issue is addressed naturally, normally and with full respect in all social sectors that are related to this population group. Ignorance of this reality prevents progress in the social normalization of the transgender condition, which continues to be considered a mental illness.

Keywords: transsexuals; gender dysphoria; DSM; transgender.

Recibido: 14/01/2024

Aceptado: 22/07/2024

Introducción

La disertación biomédica respecto a la condición transgénero ha evolucionado en los últimos años. La distinción entre homosexualismo, transexualismo y travestismo es reciente. En los manuales psiquiátricos, durante años, existió confusión respecto a las características

que los definían, tratando estos temas desde las desviaciones o aberraciones sexuales con un discurso altamente patologizador.⁽¹⁾

No existen estudios epidemiológicos sobre su prevalencia; sin embargo, un estudio sugiere que esta oscila entre el 0,5 y 1,3 %. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV por sus siglas en inglés) refiere que cerca de 1:30000 niños y 1:100000 niñas terminarán buscando la reasignación quirúrgica de sexo. El 0,3 % de la población estadounidense es transgénero, con cifras de 1:180 a 1:3000 en otros países. El DSM V, reporta una prevalencia entre 5-14:1000 personas nacidas con sexo masculino y 2-3:1000 femenino.⁽²⁾ En Holanda⁽³⁾ se reportaron 6793 transexuales entre 1972 y 2015 (65,2 % fueron trans femeninos y 34,8 % masculinos), mientras que España encontró una prevalencia de 22:100000 habitantes (31,2 % femenino y 12,9 % masculino).⁽⁴⁾ En los Países Bajos la prevalencia es 0,6 % para hombres y 0,3 % para mujeres;⁽³⁾ en Japón se calculan tasas de 1:25000 de hombre a mujer y 1:12000 de mujer a hombre.⁽⁵⁾ En Cuba, el estimado de población trans fue de 3002 personas hasta el año 2013.⁽⁶⁾

Los avances del activismo social de las comunidades LGBTTTIQA+ y la mirada que se ha ofrecido de otras ciencias han dado como resultado cambios en el paradigma biomédico respecto a esta entidad. Las personas trans/transgénero son aquellas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer. En la actualidad se mantiene el criterio de que la transexualidad es la condición según la cual una persona nace con un sexo específico (genético, gonadal, genital y fenotípico), pero se siente y se percibe con una identidad de género que difiere del sexo que se asigna al nacer. Como consecuencia, busca adecuar su cuerpo y cambiar su apariencia física a través de métodos farmacológicos y quirúrgicos.⁽⁷⁾

Los criterios para definirla se basan en los deseos de vivir y ser aceptado con un género que difiere al que correspondería, acompañado por el deseo de hacer su cuerpo congruente con la identidad de género autopercebida mediante cirugías, tratamientos hormonales y otros procedimientos no médicos. Es la persistencia de la identidad transexual durante al menos dos años en ausencia de trastorno mental o anomalía genética, cromosómica o desarrollo sexual diferente.⁽⁸⁾

El objetivo de esta revisión fue actualizar los conceptos relacionados con la transexualidad, que garanticen a los profesionales de la salud los instrumentos para diagnósticos y tratamientos certeros necesarios para que el tema se aborde con ética y respeto en todos los sectores sociales que se relacionan con este grupo poblacional.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed, Elsevier, Google académico, Research y Scielo; artículos en inglés y español con seis estrategias de búsqueda mediante la combinación de descriptores con operadores Booleanos, limitando el “AND” para términos diferentes y el “OR” para homólogos:

- Transexual o disforia de género y criterios diagnósticos y terapia psicológica o salud mental.
- Transgénero o trastorno de identidad de género y epidemiología o incidencia o prevalencia.
- Transexual y suicidio o trastornos mentales.
- Identidad de género y homosexualidad y transexualidad o disforia de género y terapia hormonal.
- Transexualidad y reasignación de género o feminización o masculinización o adecuación genital de mujer a hombre o adecuación genital de hombre a mujer.
- Disforia de género o transexualismo y DSM III o DSM IV o DSM V o DSM VI y CIE10 o CIE 11.

De las 350 fuentes encontradas se seleccionaron 50, teniendo en cuenta como criterio de inclusión artículos completos, originales, revisiones bibliográficas, metaanálisis, desde 1964 hasta 2023. Se excluyeron 300 que no cumplieron el criterio de selección.

Desarrollo

El sexo biológico es el conjunto de características morfofisiológicas que definen al ser humano como hombre, mujer e intersex. La identidad de género es la percepción subjetiva de una persona de ser hombre, mujer, o combinación de géneros; puede o no corresponder con el sexo asignado al nacer y determina la forma en que las personas experimentan su género (identidades, funciones y atributos construidos socialmente, y significado sociocultural que se atribuye a esas diferencias biológicas); contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia, definido por la cultura y las opiniones locales.⁽⁹⁾

Evolución histórica

En la Edad Media, Juana de Arco no solo fue ejecutada durante la Inquisición por acusación de bruja, sino también por vestir y actuar como un hombre.⁽¹⁰⁾ La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de Salud (OMS) se utiliza desde 1900, pero incluyó los trastornos mentales desde su sexta revisión en 1948 donde los introdujeron en el capítulo V e incluyeron las desviaciones sexuales y el transexualismo en los trastornos de personalidad.⁽¹¹⁾ El término transexualidad fue introducido en 1949 por Cauldwell.⁽¹²⁾

En 1952 se crea la primera edición del DSM, donde colocaron a la homosexualidad al mismo nivel que las perversiones sexuales que mantuvieron dentro de los trastornos de la personalidad.⁽²⁾ Según lo expuesto por Crocq,⁽¹³⁾ en 1953, Harry Benjamin popularizó el transexualismo y lo definió como las personas cuya biología no corresponde a la identidad de género que se espera a nivel social, por lo que se someten a cirugías y tratamientos hormonales para transformar su cuerpo y estar acorde con su identidad de género. Antes de los años 80, los tratamientos estaban dirigidos al cambio de identidad y expresión de género (manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico), para que sea más acorde con el sexo asignado al nacer, intentos que no tuvieron éxito.⁽¹⁴⁾

En 1967 apareció el diagnóstico de travestismo (persona que se viste o expresa de forma diferente al género que se le asignó al nacer) y constituyó una modificación en la CIE 8, donde junto a la homosexualidad continuó dentro de las desviaciones sexuales y al mismo nivel que las parafilias.⁽¹⁵⁾

En 1968 el DSM II contempló los casos de transexualismo todavía como desviación sexual dentro de los trastornos de orientación sexual [capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo (heterosexual), de su mismo género (homosexual) o de más de un género (bisexual), así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales].^(2,16)

A mediados del siglo XX, comenzó una etapa de aperturismo encabezada por Christine Jorgensen, primera persona sometida a un cambio de sexo que defendió sus derechos y los de los demás. En 1972 se establecieron los criterios Feighner, donde el transexualismo debutó como una categoría diagnóstica en una clasificación.⁽¹⁷⁾

En 1973, Norman Fisk⁽¹⁸⁾ introdujo el término de disforia de género como la sensación de incomodidad o angustia que pueden sentir aquellos cuya identidad de género difiere del sexo asignado al nacer o de las características físicas relacionadas con este.

En 1980 la Asociación Psiquiátrica Americana incorporó el diagnóstico de transexualismo en el DSM III y en 1987 en el DSM III-R se distinguieron los trastornos de identidad de género de los trastornos sexuales ubicándolos en la sección de trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, y los diferenció de casos con esquizofrenia e ideas delirantes de pertenecer al otro sexo y de los intersexuales (personas que nacen con características sexuales, físicas o biológicas, cromosómicas, gonadales, hormonales y anatómicas innatas, con características secundarias como masa muscular, distribución capilar y mamaria que no corresponden con las definiciones binarias de femenino o masculino).⁽²⁾

En 1992 la CIE 10 independizó los trastornos de identidad de género (transexualismo, travestismo no fetichista y trastorno de la identidad de género en la infancia) de los de la inclinación sexual y disfunciones sexuales.⁽¹¹⁾ En 1994 el DSM IV reemplazó el término transexualismo por trastorno de identidad de género y volvió a agruparlo con parafilias y disfunciones sexuales en la categoría trastornos sexuales y de identidad de género (vivencia interna e individual del género tal como cada quien la experimente, en correspondencia o no con el sexo asignado al nacer, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género, vestimenta, modo de hablar y modales). Estas teorías se centraron en el papel de la crianza como la causa del trastorno de identidad de género, término que en las últimas clasificaciones ya no se utiliza.^(1,2)

En 2012, Case⁽¹⁹⁾ refirió que en los transexuales femeninos falta la representación del pene en la corteza cerebral, y en los masculinos las mamas no se mapean durante el desarrollo de estas, razón por la cual el cerebro no identifica los órganos como suyos propios y desea librarse de ellos. Aunque la etiología de la transexualidad sigue siendo desconocida, la mayoría de los especialistas admiten que la psicoterapia dirigida a ajustar la mente al cuerpo no es un tratamiento efectivo por sí solo.

En 2013, se introdujo nuevamente el término disforia de género en el DSM V.⁽²⁾ Para un desconocedor, pudiera parecer que la clasificación ha trabajado en función de despatologizar esta condición, pero si se hace un seguimiento del término a lo largo de los DSM se observará que estos cambios de denominación y de pautas diagnósticas obedecen a las presiones recibidas por los redactores del manual por parte de científicos, académicos, organismos políticos y asociaciones por los derechos de las personas transgénero. Fruto de

estas tensiones, se ha reconceptualizado la transexualidad en diversas ocasiones, pero se han mantenido las connotaciones mórbidas de la categoría diagnóstica.⁽²⁰⁾

En la CIE 11, publicada en 2019, se reemplazó el término de transexual por el de incongruencia de género (condición relacionada con la salud sexual de una persona, en lugar de un trastorno mental y de comportamiento).⁽²¹⁾ En Europa se definen tres períodos sobre las transformaciones sociales e identitarias asociadas al transgénero. El término predominó en el período pregay (1970-1982), caracterizado por prevalencia de la homofobia. La categoría transexual se introdujo y popularizó durante el período gay (1982-2005), etapa de desarrollo social y económico, en que los homosexuales adquirieron respetabilidad social. El período posgay se inició en 2005 con la ley del “matrimonio homosexual” y su posterior validación, en 2012, por parte del Tribunal Constitucional Español.⁽²²⁾ El análisis de la transexualidad debe ser integral y multifactorial, con una atención prudente en búsqueda del reconocimiento de los derechos civiles y sociales de las personas transexuales.

En Cuba, desde 1979, el MINSAP creó un equipo multidisciplinario para diagnóstico y tratamiento a personas transexuales. coordinado por el Grupo Nacional de Trabajo de Educación Sexual. lo que demuestra que mientras España aún se encontraba en el período pregay, ya en Cuba se estaban defendiendo sus derechos. En 1988 se practicó por primera vez por especialistas cubanos una cirugía de reasignación genital a una transexual femenina. En 2004, se reorganizó y amplió la composición de un equipo multidisciplinario con una redefinición de sus objetivos y elaboración de una estrategia nacional de atención integral, compuesto actualmente por psicología, sociología, antropología, derecho, pedagogía, trabajo social, comunicación social y especialidades médicas como psiquiatría, endocrinología, medicina interna, cirugía general, ginecología, dermatología, foniatría, medicina legal y cirugía plástica.⁽²³⁾

En 2010, se redactó y aprobó, por unanimidad, un documento a favor de la despatologización de la transexualidad en la Asamblea General de Asociados de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES). En 2011, se presentó, a la Asamblea Nacional del Poder Popular, una estrategia para la atención integral a las personas transexuales, al reconocer las insuficiencias en la atención brindada a esta población.⁽²⁴⁾ La posible aprobación del matrimonio entre personas del mismo sexo en Cuba se hizo pública en 2018 durante el proceso de reforma constitucional, que culminó con la promulgación de una nueva Carta Magna en 2019. No es hasta diciembre de 2021 que, en La Habana, el parlamento cubano aprueba el código de familias, que se somete a consulta

popular en 2022 e incluye una definición de matrimonio que abre la posibilidad a la unión entre personas del mismo sexo con opción de adoptar.⁽²⁵⁾

La necesidad de establecer protocolos que garanticen la calidad e integralidad en la atención a transexuales en las instituciones de salud propició la creación de una comisión nacional de atención integral a personas transexuales, dirigida por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) e integrada por profesionales de diversas áreas de la salud y las ciencias sociales, encargados, esencialmente, del diagnóstico de la transexualidad y aprobar la pertinencia o no de la cirugía de reasignación sexual.⁽²³⁾ Estos tratamientos abarcan procedimientos hormonales y quirúrgicos de feminización o masculinización y las cirugías de adecuación genital como última fase del desarrollo médico social de la transexualidad.

Terapia psicológica

La enfermedad mental, secundaria a la discriminación, el estigma, los mitos y prejuicios en el que viven las personas transgénero puede ser visible. Los síntomas se manifiestan en diferentes etapas del desarrollo, pero se intensifican con las características sexuales secundarias durante la pubertad. Los especialistas en salud mental son los encargados de confirmar el diagnóstico inicial y de llevar a cabo la tarea psicoterapéutica en el seguimiento del proceso de readecuación genital. El paciente desarrolla el tratamiento en tres fases conocidas como tríada terapéutica que incluye el diagnóstico y la experiencia de vida real, tratamiento hormonal cruzado y cirugías de reasignación sexual.⁽²⁶⁾

La evaluación inicial debe incluir una historia clínica completa, que aborde preocupaciones actuales, especificaciones de la identidad de género, sexo físico y el grado de afectación, que descarte trastornos psiquiátricos, comorbilidades asociadas y discuta las expectativas de tratamiento para ejecutar un plan de acción, con exámenes complementarios adecuados, evaluación de riesgo y apoyo.⁽²⁷⁾

Pudieran confundirse las indicaciones de disforia de género con la presentación de delirio u otras manifestaciones psicóticas que no subyacen con la disforia, coexisten los trastornos de ansiedad, depresión u oposición desafiante, así como algún trastorno del espectro autista.⁽²⁷⁾

Para llegar al diagnóstico certero el DSM V establecieron criterios aplicados a adolescentes y adultos. El paciente debe tener, al menos, dos de los siguientes criterios durante, al menos, seis meses y deben causarle una angustia significativa: una diferencia relevante entre su propio género experimentado y sus características sexuales secundarias, así como fuerte deseo de deshacerse de ellas o prevenir su desarrollo, querer características sexuales del género opuesto, ser tratado como tal y la fuerte creencia de que tienen los sentimientos o

reacciones del sexo opuesto. Asociado a esto, se debe establecer una alteración a nivel de la función social, laboral u otras áreas generada por la angustia que desencadena la disforia de género.⁽²⁾ La mejor manera de estudiarlo es la evaluación HEADSS (hogar, educación/empleo/alimentación/ejercicio, actividades/relaciones, uso de drogas, sexualidad/suicidio/depresión/salud mental), lo cual permite identificar la red de apoyo del paciente y los riesgos a los que pueden estar expuestos. La disforia de género no es en sí misma patológica; sin embargo, puede ocurrir como parte de otro trastorno de salud mental, que debe investigarse si se sospecha clínicamente. Los trastornos depresivos son el doble en comparación con la población en general; además, las tasas de abuso, acoso, discriminación, aislamiento y tendencias suicidas son más altas en las personas que se identifican como transgénero.⁽²⁸⁾

La transexualidad es un problema de origen biológico y contenido biopsicosocial, no de una enfermedad mental, las manifestaciones psicológicas son consecuencia del problema, pero no de la causa, por lo que la psicoterapia irá dirigida al alivio del estrés secundario a discriminación, estigmatización, violencia y enjuiciamiento de los que son objeto los trans, quienes desarrollan tasas desproporcionadas de depresión, ansiedad y conductas suicidas.⁽²⁹⁾

Se han reportado tasas altas de enfermedades psiquiátricas en transexuales, como son los trastornos depresivos, ansiosos, dependencia de sustancias y suicidio más frecuente en las mujeres trans. En 2016, Reisner y otros⁽³⁰⁾ reportaron un estudio de 298 pacientes trans, un 41,5 % tenía un diagnóstico psiquiátrico, y un 20 % cursaba con la combinación de dos cuadros. Pabón y otros,⁽³¹⁾ en 2021, reportaron la depresión como principal problema de salud mental, seguido de intento suicida. La tasa de suicidio osciló entre un 32 y 50 %, dada por la estigmatización de la familia, amigos y comunidad en general. Las redes de apoyo son vitales durante la transición y deben identificarse, especialmente durante las primeras etapas, en asesoría de terapia psicológica, cuyo objetivo es encontrar las formas de maximizar el bienestar psicológico general, calidad de vida y autorrealización de las personas, ayudándoles a alcanzar comodidad a largo plazo en la expresión de su identidad de género con posibilidades realistas de éxitos en sus relaciones, educación y trabajo.⁽²⁹⁾

El fenómeno del suicidio es multifactorial y se requiere hacer investigaciones y revisiones profundas para determinar sus posibles causas. En Cuba representa la cuarta causa de muerte en edades entre 10 a 19 años, la OMS plantea que el estado depresivo que lleva a conductas suicidas se presenta entre 15 a 24 años de edad, desencadenadas por drogadicción, bullying, discriminación y abuso en contra de la comunidad LGBTTTIAQ+, convirtiéndola en un

problema de salud pública, por lo cual, según los propósitos, directrices y objetivos del MINSAP se debe reducir la tasa de suicidio.

Por ello, el tratamiento debe individualizarse en las diferentes etapas de vida, con enfoques diferentes en infantes, adolescentes y adultos, para los cuales existen directrices específicas de evaluación clínica y tratamiento; sin embargo, en Estados Unidos, la terapia de conversión se ha prohibido en 18 estados, al asociarla con un incremento en el riesgo de ideación y comportamiento suicida en esta población.⁽³²⁾

La Asociación Profesional Mundial Para la Salud Transgénero (WPATH por sus siglas en inglés) recomienda la realización de una “experiencia de vida real” en la que la persona adopta completamente el rol del género al cual transita, para apreciar de esta forma las consecuencias reales de lo que desea ser, manteniendo un empleo de tiempo parcial o completo, funciones de estudiante, trabajos en la comunidad, así como proveer documentación que acrediten su funcionamiento con el nuevo rol. Este será un tiempo de adecuación, experimentación y aprendizaje que puede comenzar previo o durante el manejo hormonal.⁽³³⁾ El profesional de salud mental será el encargado de cerciorarse del cumplimiento de los criterios de elegibilidad, disposición y firma del consentimiento informado, con los beneficios y posibles riesgos, para la derivación de las personas con disforia de género al endocrinólogo, cirujano o urólogo, esta decisión debe ser tomada por dos profesionales independientes.⁽³⁴⁾

El acto de comenzar la terapia hormonal tiene un marcado efecto psicológico, el cual es difícil de distinguir entre los cambios inducidos por las hormonas y los cambios propiamente psicológicos, puesto que esta terapia es la primera acción física que se toma para la transición y dicho inicio tiene efectos psicológicos.

Terapia de sustitución hormonal

Tiene como propósito desarrollar los caracteres sexuales secundarios del género deseado a partir de la reducción de los niveles hormonales endógenos y con ello las características sexuales secundarias, utilizando los principios de reemplazo hormonal en pacientes con hipogonadismo. Para las personas transgénero, el tratamiento con hormonas del sexo opuesto brinda un sentido de identidad; sin embargo, dado que esta terapia tiene un efecto significativo en el equilibrio hormonal, se asocia con un riesgo alto de efectos adversos en caso de sobredosis o tratamiento no supervisado.⁽³⁵⁾

El tratamiento hormonal provoca, rápidamente, cambios marcados y en parte irreversibles, por lo cual antes de iniciarlo es fundamental confirmar el diagnóstico. Se puede iniciar a los

16 años en adolescentes con la suficiente madurez para tomar esta decisión, previo consentimiento informado de los padres o tutores.⁽³⁶⁾

Ejerce efectos que modifican el cabello y vello corporal, efectos uroginecológicos, en los huesos, la piel, los sentidos, cambios oculares, desarrollo de glándulas mamarias, redistribución del tejido adiposo, efectos gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicos, psiquiátricos y metabólicos. El paciente debe informarse sobre los efectos terapéuticos, su evolución en el tiempo, limitaciones y posibles eventos adversos. Además, se debe descartar una variación somática del desarrollo sexual antes de iniciar el tratamiento.⁽³⁷⁾

Para su inicio, se requiere descartar antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular, trastornos tromboembólicos, cánceres sensibles a las hormonas y dislipidemias. El examen físico debe incluir cálculo del índice de masa corporal, toma de presión arterial, características sexuales secundarias, en las mujeres biológicas cribado ginecológico, incluyendo al menos ecografía transabdominal de genitales internos y en hombres biológicos mayores de 40 años, cribado urológico. Dado que la próstata no se extirpa durante la cirugía, se han informado casos esporádicos de hiperplasia prostática benigna y cáncer de próstata en mujeres transgénero que reciben terapia hormonal, por lo que son importantes los controles anuales de antígeno prostático específico y exámenes clínicos de la glándula prostática.⁽³⁸⁾

La terapia de hombre a mujer se basa en la administración oral o transdérmica de estradiol. Dado que las complicaciones tromboembólicas son más comunes con la terapia oral, se administra de preferencia por vía transdérmica. Para lograr una mejor feminización se da terapia antiandrogénica complementaria, la cual se suspende una vez realizada la orquiectomía; además, se administra progesterona para desarrollo mamario. Esta transición genera cambios irreversibles (esterilidad), parcialmente reversibles (desarrollo mamario) y reversibles (disminución de la libido, menor prominencia de venas, redistribución de grasa corporal, reducción de masa muscular, del tamaño de las gónadas, del vello corporal, cambios cutáneos, oculares, en el olor corporal y la sudoración).⁽³⁹⁾

La terapia de mujer a hombre se basa en la administración de testosterona como gel transdérmico o depósito intramuscular, a lo cual se puede asociar una progestina temporalmente para suprimir la menstruación. Se inicia a dosis bajas con incremento gradual. Desencadena cambios irreversibles (crecimiento del clítoris y profundización de la voz), parcialmente reversibles (desarrollo corporal con patrón masculino y vello facial) y reversibles (supresión de la menstruación y desarrollo de la mama).⁽³⁹⁾

La terapia feminizante tiene riesgo de tromboembolismo venoso, isquemia cerebral, complicaciones cardiovasculares, hiperprolactinemia, prolactinoma, hipertrigliceridemia, aumento de enzimas hepáticas y peso corporal, así como síntomas depresivos, meningioma, cáncer de mama y de próstata. Mientras que la terapia virilizante se puede asociar, además, a eritrocitosis, acné, dislipidemia, hipertensión arterial, cáncer de ovario, endometrio y cuello uterino.⁽⁴⁰⁾

El tratamiento requiere seguimiento clínico y de laboratorio periódico. Durante el primer año, los controles se deben realizar cada tres meses, luego cada 6 a 12 meses y continúan después de la cirugía de reafirmación de género. Es útil medir los niveles séricos de hormonas sexuales para evaluar las dosis requeridas y prevenir el sobretratamiento.⁽³⁹⁾

En un análisis retrospectivo, realizado en los Países Bajos en más de 2000 mujeres trans que recibieron tratamiento feminizante, se evidenció aumento de riesgo de cáncer de mama 46 veces mayor en comparación con los hombres.⁽⁴⁰⁾ Aunque la terapia hormonal potencia caracteres que reflejan la identidad de género deseada, puede no modificar los cambios producidos en el cuerpo durante la primera pubertad, por lo que muchas personas recurren a la depilación permanente y a la cirugía plástica.

Tratamiento quirúrgico

Según lo reportado, EUA fue el primer país que reguló el cambio de sexo. En diversas provincias canadienses se permite desde 1973 a través de un procedimiento administrativo. En 1974, Sudáfrica promulgó una ley que autorizó el cambio registral luego de que se compruebe la adecuación morfológica. En 1980, Alemania estableció que la edad para iniciar los trámites son los 25 años. En 1988, la ley turca permitió el cambio de sexo a personas casadas. En América Latina no existen leyes respecto a este tema. En Cuba, entre 1977 y 1998, el Ministerio de Justicia en compañía del CENESEX decidieron en 13 casos de personas transexuales con anatomía femenina desarrollada cambiarles el carné de identidad con cambio de nombre y foto actualizada de transexual.⁽⁴¹⁾

Las cirugías de adecuación corporal combinan conocimientos de la cirugía plástica y reconstructiva, colorrectal, general, urología, otorrinolaringología y ginecología. Con la cirugía no hay un cambio de sexo específicamente, sino una reasignación sexual para manifestar el sexo que ya se posee en la consciencia, ayudando así en el ámbito social, personal y salud mental de los pacientes trans. Tienen en cuenta principios y técnicas quirúrgicas que facilitan la transición de género, aportando efectos positivos sobre la calidad de vida relacionada con la salud mental. Constituyen el último paso para personas

transgénero que la solicitan como confirmación de sexo, son procedimientos complejos que, con los avances científicos, garantizan el proceso de confirmación con identidad del género que sienten como propio. Son cirugías costosas que conllevan riesgos y complicaciones e implican cuidados y procedimientos médicos de seguimiento.⁽⁴²⁾ Aunque la mayoría de las personas transgénero desean la transición quirúrgica, solo el 25 % tienen acceso a ella. En el momento de la consulta preoperatoria se deben evaluar las características y los objetivos ideales de cada paciente, así como riesgos, beneficios, expectativas y limitaciones de la cirugía. Se debe realizar un examen físico completo en que se incluya la evaluación de la antropometría, determinación de funciones neuromusculares basales y obtención de fotografías estandarizadas. Las mamas son un atributo sexual femenino y aunque experimentan un crecimiento con el tratamiento hormonal, las pacientes, en su mayoría, desean un aumento superior que se hace posible con lipoinjerto o colocación de implantes mamarios. En ocasiones, se requiere previa a la colocación del implante el uso de expansores tisulares para crear el bolsillo mamario y prevenir complicaciones, lo que implicaría más de un tiempo quirúrgico.⁽⁴³⁾ La vaginoplastia tiene como objetivo crear un área perineo-vaginal con igual apariencia y función, una uretra corta sin estenosis o fístulas, un chorro urinario que facilite a la mujer trans sentarse para orinar, una neovagina elástica sin vello y con diámetro de 30 mm, profundidad de al menos 10 cm y sensibilidad suficiente para el estímulo erógeno durante el sexo. En la actualidad, se prefiere el colgajo peno-escrotal invertido que los injertos de piel y el uso de segmento intestinal. Los injertos se contraen más y no aportan inervación, el intestino, además de propiciar más riesgo de complicaciones para su obtención, genera una hiperproducción de secreción que puede resultar incómoda. Esta técnica debe complementarse con el uso de tutores por tiempo indefinido que garanticen la permanencia de la neocavidad.⁽⁴⁴⁾ La clitoroplastia consiste en el uso del glándula con su paquete neurovascular para garantizar la sensibilidad y los labios mayores se diseñan a partir de colgajos escrotales.⁽⁴⁵⁾ La cirugía masculinizante abarca los procedimientos que modifiquen la apariencia para promover un cuerpo de hombre, tiene como objetivo eliminar las mamas, crear un pecho masculino, la reconstrucción genital para aumentar la longitud del clítoris (metoidoplastia),⁽⁴⁶⁾ crear un pene (faloplastia)⁽⁴⁷⁾ o crear un escroto (escrotoplastia).⁽⁴⁸⁾ Además, abarca la cirugía de genitales internos como la histerectomía, salpingectomía y ooforectomía. Requiere de técnicas sustractivas a nivel mamario de mastectomía, las que van de la exéresis subcutánea, la resección de la glándula unido a la piel y el tejido celular subcutáneo excedente en dicha región, hasta el injerto libre del complejo areola pezón, con el cumplimiento de los principios del tratamiento quirúrgico

de la ginecomastia aplicado a mujeres.⁽⁴⁹⁾ La faloplastia pretende crear un pene cosméticamente satisfactorio con neouretra que se abra en la punta y permita la actividad sexual con penetración. A pesar de no existir una técnica que logre todos los objetivos de la cirugía, el colgajo más utilizado es el de antebrazo radial. Implica microcirugía, alta estadía hospitalaria y múltiples revisiones. Independientemente de la opción de reconstrucción del falo (colgajos pediculados anterolateral del muslo, abdominal, gracilis, tensor de la fascia lata; microvascularizados lateral del brazo, peroné y deltoideo) se necesita como complemento el uso de una prótesis peneana para cumplir el objetivo funcional.⁽⁴⁷⁾ En un estudio realizado en 2019, de 97 pacientes, 77 % lograron penetración, 61 % orgasmo y 88 % se sintió satisfecho con el resultado funcional.⁽⁵⁰⁾ La metoidoplastia se considera en pacientes que desean una cirugía de afirmación de género sin someterse a técnicas complejas de varios tiempos con la creación de un neofalo de tamaño adulto. Presenta una de las variantes de la faloplastia para pacientes en las que el clítoris es lo suficientemente grande bajo tratamiento con testosterona.⁽⁴⁶⁾ Como toda cirugía mayor, presenta riesgos de complicaciones como sangrado, infección, reacción adversa a la anestesia, seroma, hematoma, trombosis venosa profunda, fístulas, necrosis, incontinencia urinaria, fibrosis, disfunción sexual, trastornos de sensibilidad, dolor persistente e infertilidad. Además, se reporta la presencia de parestesias temporales, edema de párpado superior, rinorraquia y mucocele.^(45,46,47,48,49) En 2019 se reportan, también, la perforación intestinal y formación de fistula uretrovaginal.⁽⁴⁴⁾ Son múltiples las diferencias fenotípicas entre el hombre y la mujer, lo que conduce a un gran número de procedimientos quirúrgicos necesarios para lograr el efecto de cambio de sexo. Las técnicas quirúrgicas de feminización y masculinización facial, así como las de reasignación genital han evolucionado a la par de los conceptos sociales con una tendencia a la microcirugía. Aun cuando el tratamiento hormonal logra expresar caracteres secundarios del sexo opuesto, la cirugía se impone y constituye un reto en aras de lograr el mejor resultado con seguridad.

Conclusiones

La responsabilidad de los profesionales de la salud es facilitar los diagnósticos certeros, las terapias y procedimientos necesarios para que la transexualidad se aborde con naturalidad y pleno respeto en todos los sectores sociales que se relacionan con este grupo poblacional.

El desconocimiento de esta realidad impide el avance en la normalización social de la condición transgénero, que sigue siendo considerada como una enfermedad mental.

Aporte científico

Muestra la evolución histórica médico social de la transexualidad y actualiza conceptos que perfeccionan conductas necesarias para brindar un servicio de excelencia a este grupo poblacional.

Referencias bibliográficas

1. Korpaisarn S, Safer JD. Etiology of Gender Identity. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2019;48(2):323-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.002>
2. Crocq MA. How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses-a historical review. *Dialogues Clin Neurosci.* 2022;23(1):44-51. DOI: <https://doi.org/10.1080/19585969.2022.2042166>
3. de Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, van Engelen K, Adank MA, Dreijerink KMA, *et al.* Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ.* 2019;365:1652. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.11652>
4. Fernández Rouco N, Carcedo RJ, Yeadon Lee T. Transgender Identities, Pressures, and Social Policy: A Study Carried Out in Spain. *J Homosex.* 2020;67(5):620-38. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1550330>
5. Okada T. Gender performance and migration experience of Filipino transgender women entertainers in Japan. *Int J Transgend Health.* 2020;23(1-2):24-35. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838390>
6. Iglesias Linares M, González Galbán H, Mena Martínez M. Caracterización sociocultural y demográfica de las personas trans en Cuba. Actitudes discriminatorias hacia ellas. *Culturales.* 2017 [acceso 11/03/2022];1(1):189-216. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/694/69450593006.pdf>
7. Abeln B, Love R. Considerations for the Care of Transgender Individuals. *Nurs Clin North Am.* 2019;54(4):551-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.005>
8. Khouri AN, Haley C, MacEachern M, Morrison SD. Current Concepts in Gender-Affirming Surgery Postgraduate Training. *Indian J Plast Surg.* 2022;55(2):129-38. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1751021>

9. Stynes H, Lane C, Pearson B, Wright T, Ranieri V, Masic U, Kennedy E. Gender identity development in children and young people: A systematic review of longitudinal studies. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021;26(3):706-19. DOI: <https://doi.org/10.1177/13591045211002620>
10. Henker FO. Joan of Arc and DSM III. *South Med J*. 1984;77(12):1488-90. DOI: <https://doi.org/10.1097/00007611-198412000-00003>
11. Robles García R, Ayuso Mateos JL. CIE-11 and the depathologisation of the transgender condition. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2019;12(2):65-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.002>
12. Cauldwell D. Psychopathia transexualis. *Sexology*. 1949 [acceso 11/03/2022];(16):274-80. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3704058>
13. Crocq MA. How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses - a historical review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2022;23(1):44-51. DOI: <https://doi.org/10.1080/19585969.2022.2042166>
14. Streed CG Jr. Health Communication and Sexual Orientation, Gender Identity, and Expression. *Med Clin North Am*. 2022;106(4):589-600. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.12.005>
15. Lima RRT, Flor TBM, Noro LRA. Systematic review on health care for transvestites and transsexuals in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2023;57:19. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004693>
16. Fausto Sterling A. Gender/Sex, Sexual Orientation, and Identity Are in the Body: How Did They Get There? *J Sex Res*. 2019;56(4-5):529-55. DOI: <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1581883>
17. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26(1):57-63. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>
18. Fisk NM. Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *West J Med*. 1974;120(5):386-91.
19. Case LK, Ramachandran VS. Alternating gender incongruity: a new neuropsychiatric syndrome providing insight into the dynamic plasticity of brain-sex. *Med Hypotheses*. 2012;78(5):626-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2012.01.041>

20. Suess Schwend A. Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Rev.* 2020;41:3. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>
21. World Health Organization. *International classification of diseases*. 11va ed. Ginebra: WHO; 2019.
22. Mas Grau J. From self-management to depathologisation: the evolution of transgender health care and rights in Spain between 1970 and 2020. *Cult Health Sex.* 2022;24(8):1094-1106. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1919317>
23. Castro Espín M. La atención integral a transexuales en Cuba y su inclusión en las políticas sociales. *Revista Sexología y Sociedad.* 2008 [acceso 11/03/2022];36:4-10. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/351>
24. De Educación Sexual C. Declaración de la SOCUMES sobre Despatologización de la Transexualidad - V Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual. *Revista Sexología y Sociedad.* 2014 [acceso 11/04/2023];17(48). Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/425>
25. Asamblea Nacional del Poder Popular. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*. La Habana: Ministerio de Justicia; 2019.
26. Sorbara JC, Chiniara LN, Thompson S, Palmert MR. Mental Health and Timing of Gender Affirming Care. *Pediatrics.* 2020;146(4):e20193600. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600>
27. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Netw Open.* 2022;5(2):e220978. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
28. Biedermann SV, Asmuth J, Schröder J, Briken P, Auer MK, Fuss J. Childhood adversities are common among trans people and associated with adult depression and suicidality. *J Psychiatr Res.* 2021;141:318-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.016>
29. Uyar B, Yucel I, Uyar E, Ateş Budak E, Kelle I, Bulbuloglu S. A case-control study on depression, anxiety, and belief in sexual myths in trans women. *Front Psychiatry.* 2023;13:955577. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.955577>

30. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, *et al.* Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016;388(10042):412-36. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
31. Pabon Basto AY. Intentos de suicidio y Trastornos mentales. *Rev haban cienc méd*. 2021 [acceso 11/03/2022];20(4). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3967>
32. Hughto JMW, Gunn HA, Rood BA, Pantalone DW. Social and Medical Gender Affirmation Experiences Are Inversely Associated with Mental Health Problems in a U.S. Non-Probability Sample of Transgender Adults. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2635-47. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5>
33. Gruenewald AF. Re assessing the Triadic Model of Care for Trans Patients Using a Harm-Reduction Approach. *Health Care Anal*. 2020;28(4):415-23. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00416-8>
34. Zucchi EM, Barros CRDS, Redoschi BRL, Deus LFA, Veras MASM. Psychological well-being among transvestites and trans women in the state of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(3):e00064618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00064618>
35. D'hoore L, T'Sjoen G. Gender affirming hormone therapy: An updated literature review with an eye on the future. *J Intern Med*. 2022;291(5):574-92. DOI: <https://doi.org/10.1111/joim.13441>
36. Cundill P. Hormone therapy for trans and gender diverse patients in the general practice setting. *Aust J Gen Pract*. 2020;49(7):385-90. DOI: <https://doi.org/10.31128/AJGP-01-20-5197>
37. Radix A. Hormone Therapy for Transgender Adults. *Urol Clin North Am*. 2019;46(4):467-73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.001>
38. Meyer G, Boczek U, Bojunga J. Hormonal Gender Reassignment Treatment for Gender Dysphoria. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117(43):725-32. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0725>
39. Pérez López G. Gender identity: Current concepts and gender-affirming hormone therapy. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2023;70(1):27-37. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.endien.2022.11.007>
40. Glintborg D, T'Sjoen G, Ravn P, Andersen MS. Management of endocrine disease: Optimal feminizing hormone treatment in transgender people. *Eur J Endocrinol*. 2021;185(2):R49-R63. DOI: <https://doi.org/10.1530/EJE-21-0059>

41. Fernández Martínez M, González Ferrer Y. Una mirada jurídica de la transexualidad en Cuba. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*. 2007;20:42-65. DOI: <https://doi.org/10.35487/rius.v1i20.2007.267>
42. Tollinche LE, Rosa WE, van Rooyen CD. Perioperative Considerations for Person-Centered Gender-Affirming Surgery. *Adv Anesth*. 2021;39:77-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aan.2021.07.005>
43. de Blok CJM, Staphorsius AS, Wiepjes CM, Smit JM, Nanayakkara PWB, den Heijer M. Frequency, Determinants, and Satisfaction of Breast Augmentation in Trans Women Receiving Hormone Treatment. *J Sex Med*. 2020;17(2):342-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021>
44. Shoureshi P, Dugi D 3rd. Penile Inversion Vaginoplasty Technique. *Urol Clin North Am*. 2019;46(4):511-25. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.006>
45. Acimi S. RE: Complete corporeal preservation clitoroplasty: new insights into feminizing genitoplasty. *Int Braz J Urol*. 2021;47(5):1079-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2021.0314>
46. Stojanovic B, Bencic M, Bizic M, Djordjevic ML. Metoidioplasty in Gender Affirmation: A Review. *Indian J Plast Surg*. 2022;55(2):156-61. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1740081>
47. Wang AMQ, Tsang V, Mankowski P, Demsey D, Kavanagh A, Genoway K. Outcomes Following Gender Affirming Phalloplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sex Med Rev*. 2022;10(4):499-512. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2022.03.002>
48. Miller TJ, Lin WC, Safa B, Watt AJ, Chen ML. Transgender Scrotoplasty and Perineal Reconstruction With Labia Majora Flaps: Technique and Outcomes From 147 Consecutive Cases. *Ann Plast Surg*. 2021;87(3):324-30. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002602>
49. Hadj Moussa M, Agarwal S, Ohl DA, Kuzon WM Jr. Masculinizing Genital Gender Confirmation Surgery. *Sex Med Rev*. 2019;7(1):141-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004>
50. Heston AL, Esmonde NO, Dugi DD 3rd, Berli JU. Phalloplasty: techniques and outcomes. *Transl Androl Urol*. 2019;8(3):254-65. DOI: <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.05>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.