



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Fernández Rodríguez, María; Guerra Mora, Patricia; García Vega, Elena
La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el
dimorfismo sexual y de género
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 34, núm. 122, mayo-agosto, 2014, pp.
317-335
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265030540006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género.

The 7th version of Care Standards of WPATH. A different approach that goes beyond sexual dimorphism and gender.

María Fernández Rodríguez ^a, Patricia Guerra Mora ^b, Elena García-Vega ^c.

^aPsicóloga Clínica. Unidad de trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.). Hospital San Agustín de Avilés y Centro de Salud Mental I (C.S.M. I) "La Magdalena", Avilés, Asturias, España. ^bBecaria predoctoral de la Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo, España. ^cProfesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, España.

Correspondencia: María Fernández Rodríguez (maria.fernandezr@sespa.princast.es)

Recibido: 13/03/2013; aceptado con modificaciones: 14/11/2013

RESUMEN: El objetivo de este trabajo es analizar y reflexionar sobre los cambios introducidos en los Estándares Asistenciales (EA) de la 7ª versión de la Asociación Mundial de Profesionales para la salud Transgénero (World Professional Association for Transgender Health, WPATH, 2011). Intenta despatologizar sustituyendo el diagnóstico "trastorno de identidad de género" por "disforia de género" y se amplía la población objeto de atención y las opciones de tratamiento. No es un prerequisite realizar la experiencia de la vida real y/o psicoterapia para el tratamiento hormonal, elimina la obligatoriedad del tratamiento hormonal para la cirugía de mamas y la comorbilidad psiquiátrica no excluye necesariamente el acceso a las terapias hormonal y quirúrgica. Uno de los apartados más controvertidos es el dedicado a niños y adolescentes. Los nuevos estándares asistenciales suponen una superación del modelo dicotómico tradicional, estableciendo que el género sentido y expresado no tiene porqué ir indisolublemente ligado al sexo biológico.

PALABRAS CLAVE: Estándares asistenciales; disforia de género; trastorno de la identidad de género; transexualismo.

ABSTRACT:The aim of this presentation is to analyse and reflect on the changes brought in the Care Standards of the 7th version of WPATH (World Professional for Transgender Health).

It attempts to depathologize replacing the Diagnostic "Gender Identity Disorders" by "Gender Dysphoria" and extends the target population and treatment options. It is not a prerequisite to carry out the real life experience and/or psychotherapy for the hormonal treatment, the obligation to carry out the hormonal treatment for breast surgery is removed and the psychiatric comorbidity does not necessarily exclude the access to the hormonal and surgical therapy. One of the most controversial sections is the one dedicated to children and teenager treatment. The new standards involve an overcoming of the traditional dycotomic model, setting that gender, felt and expressed, does not need to be inextricably linked to biological sex.

KEY WORDS: Standard of Care; gender dysphoria; gender identity disorder; transexualism.

Introducción

Las normas de cuidado para las personas con disforia de género que tienen más aceptación general entre los distintos equipos de tratamiento están basadas en los Estándares Asistenciales (EA) propuestos por la “Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin (HBIQDA)” (1-2). A esta asociación desde el año 2007 se la conoce como Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH) (3). *“El objetivo de esta asociación es promover atención, tratamiento, educación, investigación, defensa y actuación pública basados en las pruebas existentes sobre la salud transgénero”* (4). Se constituye en 1979 y aprueba unos protocolos estándares de tratamiento para personas transsexuales que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial. Desde el documento original se han realizado distintas versiones, en 1980, 1981, 1990, 1998, 2001 y en el Simposio bianual de la WPATH, celebrado en septiembre de 2011 en Atlanta, fue presentada la séptima y última versión (4).

Desde que Harry Benjamin (5) definiera el transexualismo como entidad patológica, la atención a las personas con disforia de género ha ido orientada fundamentalmente a seguir un proceso transexualizador estableciendo una serie de pasos a seguir que conducen a la reasignación de sexo. Las versiones 5ª y 6ª plantean la triada terapéutica como tratamiento habitual para los hombres y mujeres biológicas que presentan un trastorno de identidad de género (TIG) o transexualismo según las clasificaciones diagnósticas en vigor, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su cuarta versión revisada (6) y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (7). La triada terapéutica consiste en la realización de psicoterapia y/o experiencia de la vida real (adoptar plenamente el rol nuevo o evolutivo de identidad sexual ante los acontecimientos y circunstancias de la vida cotidiana), seguido de tratamiento hormonal correspondiente al sexo de identificación y finalmente, tratamiento quirúrgico. Una vez establecido el diagnóstico de transexualismo, se puede avanzar en dicha secuencia terapéutica si cumplen los criterios de elegibilidad y disposición establecidos.

La 7ª versión (4) amplía el colectivo objeto de atención y en consecuencia, la oferta de tratamientos. La propia denominación de los nuevos EA hace explícito que abordan la salud de las personas transsexuales, transgénero y con disconformidad de género. Además, realiza otras modificaciones que conllevan importantes implicaciones tanto para los usuarios como para los profesionales de las unidades que tratan la disforia de género.

Intento de despatologización

En mayo de 2010 la WPATH publicó un manifiesto demandando la no psicopatologización de la disconformidad de género (8). Señala que “*La expresión de las características de género, incluyendo las identidades, que no estén asociadas estereotípicamente con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno común y multicultural humano que no debe ser juzgado como implícitamente patológico o negativo*”(4). La 7ª versión hace referencia explícita a esta declaración del Consejo de Dirección de la WPATH y establece que para su aplicabilidad, los profesionales de la salud deben tener en cuenta 8 principios básicos. El primero hace referencia a la necesidad de mostrar respeto para los pacientes no conformes con sus identidades de género aclarando que no se patologicen las diferencias en identidad o expresiones de género.

Mientras que la 5ª (1) y 6ª (2) versión de los EA parten del diagnóstico de transexualismo (7) o de trastorno de la identidad de género (6), los nuevos estándares hablan de la disforia de género que pueden presentar en algún momento de su vida las personas transexuales, transgénero y disconformes con su género. Esta disforia de género alcanzaría el estatus de trastorno mental, sólo si por su gravedad, el sufrimiento cumpliera criterios para un diagnóstico formal. Por lo tanto, las personas transexuales, transgénero y disconformes con su género no están implícitamente trastornadas, es el sufrimiento de la disforia de género lo que es diagnosticado. Además, no solamente las personas transexuales, transgénero y disconformes con su género pueden presentar disforia de género, sino también otros colectivos como los *drag queens* o las personas homosexuales (9).

El término “disforia de género” acuñado por Fisk (10) y posteriormente introducido en el DSM-IV-TR (6), es un concepto más amplio que el de transexualismo. La disforia de género hace alusión al malestar o sufrimiento causado por la discrepancia entre la identidad de género de una persona y su sexo de nacimiento. Según las clasificaciones actualmente en vigor, (6-7), la disforia de género no sólo puede presentarse en las personas transexuales sino también en otros trastornos de identidad de género como pueden ser en el travestismo no fetichista, en algunas parafilias como el transvestismo fetichista o en estados intersexuales.

La 7ª versión se ha adelantado a los cambios de la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, el DSM-5 (11). La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) presentó el 10 de febrero de 2010 el primer borrador de la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (12). En un primer momento, proponen una modificación terminológica con respecto al DSM-IV-TR, se cambia el concepto de “identidad de género” por el de “incongruencia de género” (“gender Incongruence”). Posteriormente y debido a las críticas recibidas (12), en la versión definitiva del

manual se reemplaza el término de “incongruencia de género” por el de “disforia de género”.

Distintos colectivos y asociaciones internacionales (Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales) han reivindicado que la transexualidad desaparezca de las clasificaciones diagnósticas (13-14). Hasta la fecha no se han cumplido sus expectativas, sin embargo, al eliminar el término “trastorno”, posibilita la desaparición del diagnóstico cuando tras el proceso de reasignación sexual, el desajuste psicológico desaparece y la persona siente que existe congruencia entre el género que se le asigna y el género con el que se identifica (11).

Se amplía la población objeto de atención

La demanda de las personas transexuales de someterse a tratamiento de reasignación sexual a través de terapias hormonales y quirúrgicas, ha estado presente en el terreno de las clasificaciones diagnósticas (15-19, 6) y en las aportaciones que los distintos autores han realizado sobre el fenómeno del transexualismo (5, 20-21). El objeto de atención de la 5ª y 6ª versión (1-2) serían los hombres y mujeres biológicos que presentan un diagnóstico de TIG o transexualismo (6-7). La atención, por tanto, estaría orientada fundamentalmente a seguir un proceso transexualizador, estableciendo una serie de pasos a seguir que conducen a la reasignación de sexo. Estas versiones marcaban criterios específicos de elegibilidad y adicionales de disposición de obligado cumplimiento tanto para la terapia hormonal como quirúrgica (1-2).

El objeto de tratamiento de la 7ª y última versión (4) son las personas que presentan disforia de género, siempre y cuando la disforia no sea secundaria o esté mejor explicada por otros diagnósticos. Ya no sólo son subsidiarias de atención las personas que presentan un transexualismo, sino también aquellas que trascienden las definiciones culturales de género (transgénero) y las que presentan disconformidad de género siempre y cuando presenten disforia de género.

La 7ª versión mantiene que lo que definiría a la persona transexual es el deseo de realizar o haber realizado la reasignación sexual. Es decir, sujetos que buscan cambiar o han cambiado sus características sexuales primarias y/o secundarias a través de intervenciones médicas feminizantes o masculinizantes (hormonas y/o cirugía), acompañadas típicamente de un cambio permanente en el rol de género.

Otro grupo de atención son las personas transgénero, es decir, sujetos que cruzan o trascienden las definiciones culturales de género. La identidad de género de una persona transgénero difiere en varios grados del sexo que se le asigna

al nacer. Por último, estarían las personas disconformes con su género. Se trata de sujetos cuya identidad de género, rol o expresión del mismo difiere de lo que es normativo a su sexo natal en una cultura y período histórico determinado. Sólo algunas personas disconformes con el género experimentan disforia de género en algún momento de sus vidas.

Una novedad importante sería la introducción en estos nuevos EA de la asistencia y tratamiento de las personas con trastorno del desarrollo sexual (TDS) cuando presentan disforia de género. El DSM-5 (11), a diferencia de manuales anteriores (6-7) establece que se debe especificar cuando se hace un diagnóstico de disforia de género, si la persona presenta o no un trastorno del desarrollo sexual.

Se amplía la oferta de tratamientos: el tratamiento hormonal y quirúrgico no es la única opción de las personas con disforia de género.

Al incorporar nuevos colectivos también se amplía la oferta de tratamientos. La 7ª versión establece que para las personas con disforia de género se pueden tomar en consideración una “*variedad de opciones terapéuticas*”(4). Es decir, mientras que las anteriores versiones hacían referencia a la triada terapéutica para hombres y mujeres biológicas (aunque no tenían que llegar siempre al último paso de la secuencia, consistente en cirugía genital), esta versión expone que “*la cantidad y el tipo de intervenciones a aplicar y el orden en que se haga podrán cambiar de persona a persona*”(4)

Las opciones de tratamiento que incluye la 7ª versión son:

- Cambios en la expresión e identidad (como vivir parcial o totalmente en un rol de género distinto al asignado y consistente con la identidad de género que siente como propia).

- Terapia hormonal para masculinizar o feminizar el cuerpo.

- Cirugía para cambiar las características sexuales primarias y/o secundarias.

- Psicoterapia (individual, en pareja, en familia o en grupo) con diversos objetivos como: explorar la identidad, rol y expresión de género; centrarse en el impacto negativo de la disforia de género y el estigma en la salud mental; reducir la transfobia internalizada; buscar el apoyo social y de iguales; mejorar la imagen personal; o fomentar la resiliencia.

Aunque esta última versión elimina la psicoterapia como criterio de elegibilidad para el acceso a terapia hormonal o quirúrgica, le otorga mucha importancia a través de la gran cantidad de funciones que se le asignan. Postula que aunque no es un requisito, sí es muy recomendable.

El objetivo de la psicoterapia es encontrar maneras de maximizar el bienestar psicológico, la calidad de vida y autosatisfacción personal. No está pensada para cambiar la identidad de género de la persona y que sea congruente con el sexo de nacimiento, sino para ayudarle a explorar problemas de género y aliviar su disforia.

Según la 7ª versión, los profesionales atienden la disforia de género en el contexto de evaluación y de ajuste psicosocial: *“La evaluación puede no resultar en diagnóstico, en un diagnóstico relacionado con disforia de género, y/o otros diagnósticos que describen aspectos de la salud”* (4). El papel del profesional de salud mental, además de cerciorarse de que la disforia de género no es secundaria o esté mejor explicada por otros diagnósticos, consiste en informar sobre las distintas opciones de identidad y expresión de género (no sólo sobre un modelo dicotómico: hombre masculino y mujer femenina) así como las intervenciones existentes. El profesional debe ayudar a las personas con disforia de género a afirmar su identidad de género, explorando el abanico de posibilidades para la expresión de dicha identidad y tomando decisiones al respecto de las distintas opciones de tratamiento para aliviar esa disforia. El tratamiento hormonal y quirúrgico no es la única opción de las personas con disforia de género. De la misma forma, debe de asesorar, diagnosticar e intervenir sobre los problemas de salud mental coexistentes.

La psicoterapia desaparece como criterio de elegibilidad. Disminuye la obligatoriedad de la experiencia de la vida real y el tratamiento hormonal es solamente un criterio recomendable pero no de obligado cumplimiento.

Como ya hemos mencionado, la 5ª (1) y 6ª (2) versión establecen la triada terapéutica como tratamiento habitual. Una vez establecido el diagnóstico de transexualismo, se puede avanzar en dicha secuencia terapéutica si cumplen los criterios de elegibilidad y disposición establecidos. Los criterios de elegibilidad serían los requisitos mínimos que la persona debe cumplir para avanzar en las diferentes fases de la triada terapéutica. Se trata de requisitos objetivos que el clínico debe documentar. Los criterios de disposición serían más subjetivos y se fundamentan en el juicio clínico del profesional sobre la consolidación de la identidad de género durante la intervención y la estabilidad de la salud mental en el nuevo o confirmado rol de género.

La 7ª versión establece que, para las personas con disforia de género, existen una variedad de opciones terapéuticas y ya no hace mención a la triada terapéutica como secuencia de intervenciones. Además, a diferencia de las anterior-

ORIGINALES Y REVISIONES

res, no hace distinción entre criterios de elegibilidad y de disposición, sino que establece criterios únicos.

La psicoterapia, en la 5ª y 6ª versión, aparece como criterio opcional de elegibilidad y no como requisito de obligado cumplimiento. La 7ª versión no lo contempla como criterio elegible.

En las versiones 5ª (Tabla 1) y 6ª (Tabla 2) la psicoterapia no es un prerrequisito para la terapia hormonal siempre y cuando se realice la experiencia de la vida real. Sin embargo, en la 5ª versión puede exigirse durante la experiencia de vida real, cuando el profesional valore esta necesidad de psicoterapia del individuo. Por el contrario, la 6ª versión establece la posibilidad excepcional de no realizar ni la psicoterapia ni la experiencia de la vida real en la terapia tripartita (por ejemplo, para evitar la autohormonación).

Mientras que la 5ª versión prohíbe explícitamente la administración de hormonas cuando no se cumple con la experiencia de la vida real o la psicoterapia, la 6ª versión permite en situaciones determinadas que se suministren hormonas a quienes rechazan realizar la experiencia de la vida real y la psicoterapia. Mantiene como en la 5ª versión la posibilidad de prescribir hormonas a las personas que no deseen someterse a intervenciones quirúrgicas.

Tabla 1.

Criterios de elegibilidad y disposición para aplicar la terapia hormonal en adultos (5ª versión, HBGDA, 1998)

<i>Criterios</i>	
<i>Elegibilidad</i>	1. Tener al menos 18 años.
	2. Conocimiento de los efectos de las hormonas desde el punto de vista médico, así como de sus desventajas y riesgos.
	3. Experiencia de vida real documentada de al menos tres meses antes de empezar con la administración de hormonas, o
	4. Un período de psicoterapia cuya duración determinará el psicólogo clínico tras la evaluación inicial (mínimo tres meses).
	5. En ningún caso se administrarán tratamientos hormonales a personas que no cumplan los requisitos 3 ó 4.
<i>Disposición</i>	1. Consolidación de la identidad de género durante la experiencia de la vida real o la psicoterapia.
	2. Realizar algún progreso para controlar otros problemas al objeto de mejorar o mantener una salud mental estable (ausencia de sociopatías, abuso de sustancias, psicosis, tendencias suicidas,...).
	3. Uso responsable de las hormonas.

Tabla 2.
Criterios de elegibilidad y disposición para aplicar la terapia hormonal en adultos
 (6ª versión, HBIGDA, 2001)

<i>Criterios</i>	
<i>Elegibilidad</i>	1. Tener al menos 18 años.
	2. Conocimiento demostrable de lo que pueden y no lograr las hormonas, y de los riesgos y beneficios sociales.
	3. Uno u otro de: <ul style="list-style-type: none"> a. Experiencia de la vida real de al menos tres meses antes del suministro de hormonas. b. Un período de psicoterapia de duración especificada por el profesional de salud mental después de la evaluación inicial (normalmente un mínimo de tres meses).
<i>Disposición</i>	1. El paciente ha reafirmado más su identidad de género durante la experiencia de la vida real o durante la psicoterapia.
	2. El paciente se ha adelantado hacia superar otros problemas identificados, así para mejorar o mantener un estado estable de salud mental (implica control de problemas como sociopatías, abuso de sustancias, psicosis, tendencias suicidas,...).
	3. Uso responsable de las hormonas.

La 7ª versión, de forma más absoluta, elimina la obligatoriedad de la psicoterapia y de experiencia de la vida real como requerimientos indispensables para la terapia hormonal (Tabla 3).

Tabla 3.
Criterios para la terapia hormonal en adultos (versión 7ª, WPATH, 2011)

<i>Criterios</i>
1. Disforia de género persistente y bien documentada
2. Capacidad de tomar una decisión y dar un consentimiento al tratamiento plenamente informados
3. Alcanzar la mayoría de edad en el país
4. Si hay problemas de salud mental o médica presentes, deberán estar bajo razonable control.

ORIGINALES Y REVISIONES

La 5ª versión, a diferencia de la 6ª, establece criterios comunes para la cirugía genital y mamaria. Para todas las cirugías, requiere dentro de los criterios de elegibilidad, el cumplimiento de 12 meses de tratamiento hormonal y 12 meses de experiencia de vida real continua con éxito (Tabla 4). Esta versión añade que la psicoterapia no es un prerrequisito, aunque el profesional puede exigirla durante la experiencia de la vida real. Asimismo, señala que

Si una persona ha vivido de forma convincente como miembro del sexo opuesto durante un periodo de tiempo prolongado y se le considera en la evaluación como una persona psicológicamente sana tras el preceptivo periodo de psicoterapia, no existen razones fundadas por las cuales deba tomar hormonas antes de someterse a cirugía mamaria o genital (1)

Es decir, la versión 5ª ya establece la posibilidad de no realizar el tratamiento hormonal cuando el individuo realiza la experiencia de la vida real y ha llevado a cabo un tratamiento psicoterapéutico.

Tabla 4.
Criterios de elegibilidad y disposición para la cirugía reconstructiva (genital y mamaria) en adultos (5ª versión, HBGDA, 1998).

<i>Criterios</i>	
<i>Elegibilidad</i>	1. Mayoría de edad legal en el país del paciente.
	2. Doce meses de tratamiento hormonal continuado para quienes no presenten contraindicaciones médicas.
	3. Doce meses de exitosa y continua experiencia de la vida real a tiempo total.
	4. Si así lo exige el psicólogo clínico, una participación regular en un proceso de psicoterapia durante la experiencia de la vida real con la frecuencia que determine el profesional.
	5. Poseer conocimiento demostrable del coste requerido para la hospitalización, probables complicaciones y los requerimientos de rehabilitación quirúrgica que requiere cada tipo de intervención.
<i>Disposición</i>	1. Progresos demostrables en la consolidación de la nueva identidad de género.
	2. Avances demostrables en sus relaciones familiares y laborales, y en su modo de afrontar problemas interpersonales, que den lugar a un estado de salud mejor (ausencia de sociopatías, abuso de sustancias, psicosis, tentativas de suicidio,...).

En el caso de la cirugía de pecho, la 6ª versión indica que los transexuales masculinos (TM, de mujer a hombre) pueden someterse a cirugía al mismo tiempo que comienzan la terapia hormonal. En el caso de las transexuales femeninas (TF, de hombre a mujer), pueden realizar la mamoplastia de aumento si se verifi-

ca que el aumento de pecho que resultó después de 18 meses de terapia hormonal no le proporciona la comodidad suficiente. Es decir, con respecto a la 5ª versión, aumentan los meses requeridos para la hormonación en el caso de las TF (de 12 a 18 meses) pero no es necesario en el caso de los TM. La experiencia de vida real también deja de ser un prerequisite.

Los criterios de elegibilidad para la cirugía genital de la 6ª versión, siguen indicando al igual que la versión anterior, 12 meses de terapia hormonal continua y 12 meses de experiencia de vida real exitosa (Tabla 5). Esta versión contempla también la posibilidad de realizar intervenciones genitales sin hormonación, siempre y cuando la persona ha realizado durante largo tiempo y de forma convincente, la experiencia de la vida real y además, tras un periodo requerido de psicoterapia la evaluación psicológica sea favorable.

Es decir, mientras la 6ª versión establece como criterios de elegibilidad previo a la cirugía genital, la realización de la terapia hormonal y de la experiencia de la vida real, abre la puerta a que excepcionalmente se pueda realizar sin realizar el tratamiento hormonal.

Tabla 5.
Criterios de elegibilidad y disposición para la cirugía reconstructiva genital en adultos
(6ª versión, HBIGDA, 2001)

<i>Criterios</i>	
<i>Elegibilidad</i>	1. Mayoría de edad legal en el país del paciente.
	2. Doce meses de tratamiento hormonal continuado para quienes no presenten contraindicaciones médicas.
	3. Doce meses de exitosa y continua experiencia de la vida real a tiempo total.
	4. Si así lo exige el psicólogo clínico, una participación regular en un proceso de psicoterapia durante la experiencia de la vida real con la frecuencia que determine el profesional.
	5. Poseer conocimiento demostrable del coste requerido para la hospitalización, probables complicaciones y los requerimientos de rehabilitación quirúrgica que requiere cada tipo de intervención.
	6. Conocimiento de varios cirujanos competentes
<i>Disposición</i>	1. Progresos demostrables en la consolidación de la nueva identidad de género.
	2. Avances demostrables en tratar asuntos laborales, familiares e interpersonales, lo que resulta en un estado mejor de salud mental (ausencia de sociopatías, abuso de sustancias, psicosis, tentativas de suicidio,...).

ORIGINALES Y REVISIONES

Los criterios para la cirugía de pecho de la 7ª versión no incluyen, en ningún caso, la necesidad de terapia hormonal previa (Tabla 6). La 6ª versión sí la requería en el caso de las TF. Esta última versión, recomienda la hormonación en las TF, pero durante un periodo menor de tiempo, 12 meses. Además, aunque establece como criterio general realizar 12 meses continuados de terapia hormonal previa a la cirugía genital, también posibilita abstenerse del tratamiento hormonal si la persona no lo desea (Tabla 6). A diferencia de versiones anteriores, plantea diferencias de criterios entre unas cirugías y otras. Establece solamente como requisito ineludible la realización de la experiencia de la vida real en el caso de las cirugías genitales (metoidioplastia, la faloplastia o la vaginoplastia).

Tabla 6.
Criterios para las cirugías en adultos (versión 7ª, WPATH, 2011)

Criterios para mastectomía y creación de pecho masculino y para aumento de pecho en transexuales femeninas (TF)

1. Disforia de género persistente y bien documentada
2. Capacidad para tomar una decisión y consentimiento plenamente informados sobre el tratamiento.
3. Mayoría de edad en el país
4. Si hay problemas médicos o psicológicos presentes, deberán estar bajo razonable control.

Criterios para cirugía genital

Histerectomía y ovariectomía (TM) y orquiectomía (TF)

1. Disforia de género persistente y bien documentada
2. Capacidad para tomar una decisión y consentimiento plenamente informados sobre el tratamiento
3. Mayoría de edad en el país
4. Si hay problemas médicos o psicológicos presentes, deberán estar bajo razonable control.
5. 12 meses continuados de terapia hormonal adecuada a la meta del género del paciente (a no se que tenga contraindicaciones médicas o no pueda o no quiera tomar hormonas).

Metoidioplastia o faloplastia (TM) y vaginoplastia (TF)

1. Disforia de género persistente y bien documentada
 2. Capacidad para tomar una decisión y consentimiento plenamente informados sobre el tratamiento.
 3. Mayoría de edad en el país
 4. Si hay problemas médicos o psicológicos presentes, deberán estar bajo razonable control.
 5. 12 meses continuados de terapia hormonal adecuada a la meta del género del paciente (a no ser que tenga contraindicaciones médicas o no pueda o no quiera tomar hormonas).
 6. 12 meses continuados de experiencia de la vida real en un rol de género que sea congruente con su identidad de género
-

Una de las implicaciones que conlleva la no obligatoriedad de la terapia hormonal, sería la necesidad de revisar los requerimientos de la “Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas” (22), que reconoce el derecho de las personas transexuales a cambiar su sexo legal y que éste se corresponda con la identidad que reclaman como propia. Esta ley establece unos requisitos que se deben cumplir para hacer uso de este derecho. Como principio general, se establece la obligatoriedad de que la persona haya sido tratada médicamente al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado, y este requisito será acreditado mediante informe del médico colegiado responsable del tratamiento o en su defecto, de un médico forense especializado. Quedarían exentos de cumplir este requisito las personas que aporten certificado médico que justifique la no conveniencia de tratamiento por razones de salud o de edad.

Es frecuente la demanda de las personas con disforia de género de iniciar un proceso que les lleve a cumplir los requisitos necesarios para llevar a cabo el cambio registral. Las personas transexuales que están realizando la experiencia de la vida real se quejan de la sorpresa del entorno cuando presentan documentación con un nombre y una mención de sexo que no da cuenta del género sentido. Esta disonancia dificulta la integración socio-laboral y favorece la estigmatización. Dado que según los actuales EA no es obligatorio realizar el tratamiento hormonal, las personas con disforia de género pueden prescindir de someterse al tratamiento médico. Sin embargo, si no siguen el tratamiento con las actuales condiciones legales no pueden modificar el sexo y nombre de nacimiento en el registro para adecuarse al género que sienten como propio.

La comorbilidad psiquiátrica no es necesariamente un criterio de exclusión para el acceso al tratamiento médico

Los criterios de disposición de la 5ª y 6ª versión (1-2) establecen que para iniciar tratamiento hormonal es necesario mejorar o mantener una salud mental estable. Mientras que en la 5ª versión quedan excluidas las personas que presentan sociopatías, abuso de drogas, psicosis, tendencias al suicidio, etc., en la 6ª versión, tendrían acceso al tratamiento siempre y cuando estos problemas estuviesen bajo control (Tablas 1 y 2).

En esta misma línea, la 7ª versión establece entre los criterios para el acceso a la terapia hormonal que “*Si hay problemas de salud mental o médica presentes, deberán estar bajo razonable control*” (4). Es decir, la presencia de problemas de salud mental coexistentes no necesariamente impide el acceso a hormonas femi-

nizantes/masculinizantes, sino que dichos problemas deben de ser tratados antes o durante el tratamiento de la disforia de género.

Estos planteamientos también se reflejan en el apartado relativo a la infancia. Mientras que la 5ª versión requiere explícitamente como criterio la “*ausencia de psicopatología grave*” (1) en los casos que excepcionalmente se realicen intervenciones que retrasen la pubertad, la 6ª versión no lo incluye como criterio elegible, sino que establece como principio general la necesidad de investigar, entre otros, los aspectos psicológicos del individuo. La 7ª versión, introduce este principio general dentro de los criterios necesarios para llevar a cabo la primera fase de tratamiento hormonal, manteniendo la generalidad de este requisito al establecer que han de señalarse y tener en cuenta cualquier tipo de problemas médicos, psicológicos o sociales que puedan interferir con el tratamiento.

Nuevas perspectivas en el tratamiento de la disforia de género en la infancia y adolescencia

La 5ª versión establece que nunca deberán emplearse terapias hormonales o quirúrgicas en niños. En adolescentes el tratamiento debe ser conservador, ya que el desarrollo de la identidad de género puede evolucionar rápida e inesperadamente. Por tanto, la edad mínima general a partir de la cual se pueden realizar intervenciones hormonales son 18 años y preferiblemente con consentimiento parental. El tratamiento hormonal para adolescentes deberá realizarse en dos fases únicamente después de que la pubertad se haya establecido plenamente. Según la 5ª versión, “*existen pocos casos en los que sea recomendable la administración de hormonas a adolescentes menores de 18 años*” (1).

La 7ª versión mantiene el planteamiento de la 6ª versión. Establece que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma, recomendando que se haya llegado hasta la Etapa dos de Tanner. Para evaluar el desarrollo puberal se utilizan las tablas de Tanner, quien estableció 5 etapas en el desarrollo mamario y del vello pubiano en niñas y del desarrollo genital y del vello pubiano en niños.

La 5ª versión aunque mantiene, como norma general, los 18 años como punto de corte para iniciar el tratamiento hormonal, las excepciones que contempla continúan prohibiendo la administración de hormonas que inducen características del sexo opuesto (segunda fase) antes de los 16 años. En la 6ª y 7ª versión, la excepción se ha convertido en la norma y establece que los adolescentes pueden ser elegibles para comenzar tratamiento hormonal cruzado (segunda fase) cuando tienen 16 años, preferiblemente con consentimiento paterno.

La versión 5ª no prevé las intervenciones totalmente irreversibles en menores de edad, es decir, las cirugías. La 6ª plantea que las intervenciones irreversibles deben retrasarse tanto como sea posible, estableciendo la mayoría de edad (los 18 años en España) o dos años de experiencia de vida real.

La 7ª versión requiere para la cirugía genital dos criterios: la mayoría de edad en el país en el que se encuentren y haber vivido de forma continua durante al menos 12 meses en el rol de género que es congruente con su identidad de género.

Tabla 7.
Resumen de los principales cambios en las tres últimas versiones de los EA

<i>QUINTA VERSIÓN y SEXTA VERSIÓN</i>	<i>SÉPTIMA VERSIÓN</i>
Parten del diagnóstico de “transexualismo” o de “trastorno de identidad de género” (TIG)	En un intento por despatologizar sustituye el diagnóstico “trastorno de identidad de género” por “disforia de género” (DG).
Plantean la triada terapéutica (psicoterapia y/o experiencia de la vida real, tratamiento hormonal y quirúrgico) como tratamiento habitual para las mujeres y hombres biológicos con TIG.	No hace mención a la triada terapéutica. Amplia el colectivo objeto de atención (personas transexuales, transgénero, con disconformidad del género y con trastornos del desarrollo sexual) y la oferta de tratamientos (el tratamiento hormonal y quirúrgico no es la única opción de las personas con DG)
Establecen criterios específicos de elegibilidad y adicionales de disposición de obligado cumplimiento tanto para la terapia hormonal como quirúrgica.	No hace distinción entre criterios de elegibilidad y de disposición, sino que establece criterios únicos.
Se exige la experiencia de la vida real y/o psicoterapia para el acceso a la terapia hormonal. La sexta versión permite en situaciones excepcionales que se suministren hormonas a quienes rechazan realizar la experiencia de la vida real y la psicoterapia.	Elimina la obligatoriedad de la psicoterapia y de la experiencia de la vida real como requerimientos indispensables para la terapia hormonal.
La quinta versión requiere para cirugía mamaria, 12 meses de tratamiento hormonal previo y 12 meses de experiencia de la vida real. La sexta versión aumenta los meses de tratamiento hormonal previo a la cirugía de pecho en TF (18 meses) y no es necesario el tratamiento hormonal previo en TM. La experiencia de la vida real deja de ser un prerrequisito.	Para la cirugía de pecho no incluye, en ningún caso, la necesidad de terapia hormonal previa. Recomienda la hormonación en las TF durante un periodo de 12 meses. Se mantiene la no obligatoriedad de la experiencia de la vida real.
La quinta versión mantiene para la cirugía genital los mismos criterios que para la cirugía mamaria. La sexta versión también establece como criterios de elegibilidad para la cirugía genital la realización de 12 meses terapia hormonal y 12 de experiencia de la vida real. Esta versión plantea la excepcionalidad de realizar esta cirugía sin tratamiento hormonal previo.	Establece 12 meses continuados de terapia hormonal previa a la cirugía genital. Posibilita abstenerse del tratamiento hormonal si la persona no lo desea. La experiencia de la vida real no es necesaria para algunas cirugías (histerectomía y ovariectomía en TM y orquiectomía en TF), pero para otras cirugías genitales (metoidioplastia, la faloplastia o la vaginoplastia) es requisito indispensable
La 5ª versión establece que nunca deberán emplearse terapias hormonales o quirúrgicas en niños (Edad mínima general para intervenciones hormonales son 18 años). La 6ª versión establece que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma, recomendando que se haya llegado hasta la Etapa dos de Tanner.	Los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma, recomendando que se haya llegado hasta la Etapa dos de Tanner y también pueden ser elegibles para iniciar tratamiento hormonal cruzado a los 16 años.

ORIGINALES Y REVISIONES

Esta última versión hace referencia a los riesgos tanto de contener las intervenciones como de realizar tratamientos precoces (4). La mayoría de los niños con disforia de género evolucionan hacia la homosexualidad o bisexualidad y sólo una minoría evoluciona hacia la disforia de género en la edad adulta (23-26). Debido a lo cambiante del ciclo vital de los adolescentes y a las dificultades para establecer un diagnóstico definitivo de disforia de género en estas edades, las intervenciones tempranas de este colectivo es uno de los temas más controvertidos y polémicos.

Se incluye en la Tabla 7 un resumen de los principales cambios acontecidos en las tres últimas versiones.

Discusión y conclusiones

La nueva versión de los EA (4) introduce significativos cambios con respecto a sus versiones predecesoras (1-2). En algunos aspectos supone un avance por la apertura y liberalización de sus presupuestos.

En consonancia con el DSM-5 (11), el primer cambio que no se escapa a la vista es la eliminación del término “trastorno de identidad de género” por el de “disforia de género”. En un intento de despatologización elimina el concepto de “trastorno” y amplía la población objeto de atención. Ya no son sólo subsidiarias de atención las personas que presentan un transexualismo, sino también aquellas que trascienden las definiciones culturales de género (transgénero) y las que presentan disconformidad de género, siempre y cuando que presenten disforia de género. A pesar de este intento de despatologización, esta última versión sigue partiendo del diagnóstico de disforia de género como trastorno mental.

Los nuevos EA asumen lo que históricamente (5-6, 15-21) ha sido rasgo característico de las personas transexuales, su deseo de reasignación sexual. Sin embargo, por distintos motivos, no todas las personas transexuales buscan cambiar o han cambiado sus características sexuales primarias y/o secundarias y no por ello dejan de ser transexuales. Además, personas no transexuales, que presentan algún grado de disforia de género, también pueden hacer demanda de tratamiento hormonal y/o quirúrgico (4).

Esta última versión deja de lado la distinción entre criterios de elegibilidad y de disposición, estableciendo criterios únicos. Aunque elimina la necesidad de la psicoterapia para el acceso a terapia hormonal o quirúrgica, la recomienda por la gran variedad de funciones que se le asignan. Al incorporar nuevos colectivos (personas transgénero, disconformes con el género y con trastorno del desarrollo sexual), establece una diversidad de tratamientos que puedan tener en cuenta

las necesidades de los distintos usuarios. Sin embargo, otros colectivos pueden ver mermadas sus posibilidades de acceso al tratamiento hormonal y quirúrgico cuando no se pueda justificar “*una disforia de género persistente y bien documentada*” (4).

En relación a los requisitos para la administración de la terapia hormonal, ha habido cambios muy significativos. La psicoterapia no es un prerrequisito imprescindible para el acceso a la terapia hormonal en ninguna de las versiones de los EA. En la 5ª y 6ª versión, sólo sería requisito de obligado cumplimiento si la persona no realiza la experiencia de la vida real. Además, en la 5ª versión la psicoterapia puede exigirse durante la experiencia de vida real diseñando el programa en función de la necesidad de psicoterapia del individuo.

Mientras la 5ª versión exigía experiencia de vida real y/o psicoterapia, la 6ª versión sólo exige una u otra e incluso de forma excepcional ninguna. En la 7ª y última versión la excepción es la norma, ya que ni la experiencia de vida real ni la psicoterapia son criterios de obligado cumplimiento para iniciar la terapia hormonal.

La no obligatoriedad de la experiencia de la vida real como requisito para acceder a la terapia hormonal o incluso en la 7ª versión, para algunas cirugías (cirugías de pecho, histerectomía y ovariectomía en TM y orquiectomía en TF), tiene ciertas implicaciones en la labor del clínico. La experiencia de la vida real es un instrumento que le sirve al profesional para corroborar la permanencia de la disforia de género, es decir, si la persona se arrepiente o duda del género con el que dice identificarse. Permite comprobar que la persona se mantiene en la identidad de género y desempeña los roles que siente como propios. Es una prueba que garantiza el diagnóstico y su permanencia. El profesional podía utilizar el éxito de la experiencia de la vida real como criterio en la consolidación de su nueva identidad.

El acceso a las cirugías también ha sido modificado. En la 6ª versión el tratamiento hormonal previo a la cirugía de pecho en TF era necesario durante 18 meses mientras que en la 7ª ya no es un requisito necesario aunque sí recomendable durante 12 meses.

Para la cirugía genital, la 6ª versión establece que para las personas que excepcionalmente no desean tratamiento hormonal, realicen conjuntamente experiencia de vida real y psicoterapia. La 7ª versión, por un lado libera del cumplimiento de la realización de la terapia hormonal previa a las cirugías y por otro lado, establece que la experiencia de la vida real es un requisito de obligado cumplimiento sólo para las genitoplastias.

La “Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas” (22), establece la obligatoriedad de

que la persona con disforia de género haya sido tratada médicamente al menos dos años. Sin embargo, los nuevos EA ya no contemplan que el tratamiento hormonal sea un criterio de obligado cumplimiento previo a las cirugías y además, al ampliar las opciones de tratamiento, libera a las personas con disforia de género de tener que someterse a tratamiento hormonal de por vida, posibilitando manifestaciones de género que no se correspondan con el sexo de nacimiento. Esta divergencia muestra la necesidad de que se revise dicha ley.

En relación a la comorbilidad psiquiátrica, la última versión, continuando con los planteamientos de la 6ª, establece que la presencia de problemas de salud mental coexistentes no necesariamente tiene que impedir el acceso a hormonas feminizantes/masculinizantes, sino que dichos problemas deben de ser tratados antes o durante el tratamiento de la disforia de género.

La 7ª versión amplía el apartado que hace referencia a la atención y al tratamiento de niños y adolescentes con disforia de género. Mantiene, al igual que la 6ª versión, las intervenciones a edades tempranas e incorpora los argumentos a favor y en contra de instaurar estos tratamientos hormonales precozmente. Establece, que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma, recomendando que se haya llegado hasta la Etapa dos de desarrollo puberal de Tanner y también pueden ser elegibles para iniciar tratamiento hormonal cruzado a los 16 años.

Mientras que las primeras versiones de los EA (1-2) no se escapan del pensamiento dicotómico y quedan atrapadas en él, la nueva versión (4) realiza un planteamiento totalmente diferente. El modelo de tratamiento planteado por Harry Benjamin (5) se fundamenta en el dismorfismo sexual y de género (hombre masculino y mujer femenina). Por lo tanto, aquellas personas cuya autopercepción (identidad de género) no coincide con su sexo biológico, presentarían disforia de género y en consecuencia harían demanda de terapia hormonal y quirúrgica para hacer congruente su sexo biológico con el género que sienten como propio. La 7ª versión, con un enfoque diferente, tiene en cuenta que no siempre hay esta demanda, que hay distintas expresiones de género dentro de un espectro entre los dos polos binarios.

Por tanto, la 7ª versión supone una superación del modelo dicotómico tradicional (hombre masculino y mujer femenina), estableciendo que no sólo hay dos géneros y que el género sentido y expresado no tiene porqué ir indisolublemente ligado al sexo biológico. Supera el modelo de asistencia basado en la triada terapéutica (1-2) para atender las necesidades y las demandas de las personas que presentan diversidad de expresiones de género.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. The standards of care for gender identity disorders. 5ª version. Mineapolis: HBGDA, 1998.
- (2) The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. The standards of care for gender identity disorders. 6ª version. Mineapolis: HBGDA, 2001.
- (3) World Professional Association for Transgender Health. Biental Symposium. Chicago, 2007. Recuperado de: <http://blog.yam.com/readingintheruins/article/11656759>
- (4) The World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7ª version. WPATH, 2011. Recuperado en marzo de 2012 de http://www.wpath.org/publications_standards.cfm
- (5) Benjamin H. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press, 1966.
- (6) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª ed. rev. Washington, DC: APA, 2002. (trad. cast.: Barcelona: Masson, 2002).
- (7) World Health Organization. International classification of diseases. 10ª ed. Ginebra: WHO, 1992. (trad. cast.: Madrid: Meditor, 1992).
- (8) WPATH Board of Directors. De-psychopathologisation statement released May 26, 2010. Recuperado en enero de 2012 de http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17
- (9) Bullough VL, Bullough B. Cross dressing, sex, and gender. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press;1993.
- (10) Fisk NM. Gender dysphoria syndrome: the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multidimensional rehabilitative regimen. *West J Med.* 1974; 120: 386- 91.
- (11) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM 5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
- (12) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5ª ed. Development, 2010. Recuperado de: <http://dsm5.org>
- (13) Suess A. La despatologización trans desde una perspectiva de derechos humanos. Ponencia presentada en Jornadas Feministas Estatales. Granada, diciembre 2009. Disponible en www.feministas.org/jornadas.html.
- (14) Boletín Oficial Cortes Generales. (15-6-2010). Recuperado el 9 de enero en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/Cong/Bocg/D/D_409
- (15) Feighner JP, Robins E, Guze S, Woodruff RA, Winokur G, Muñoz R. Diagnostic Criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry.* 1972; 26: 57-63.
- (16) World Health Organization. International classification of diseases. 9ª ed. Ginebra: WHO; 1978. (trad. cast.: Madrid: Meditor, 1978).
- (17) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3ª ed. Washington, DC: APA; 1980. (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1984).
- (18) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3ª ed. rev. Washington, DC: APA, 1987. (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1988).
- (19) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª ed. Washington, DC: APA; 1994. (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1998).

ORIGINALES Y REVISIONES

- (20) Stoller RJ. Sex and gender, I. Nueva York: Karnak;1968.
- (21) Becerra A. Transexualidad. La búsqueda de una identidad. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
- (22) Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas”. Boletín Oficial del Estado, nº 65 de (16-3-2007).
- (23) Green R. The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press; 1987.
- (24) Zucker KJ, Bradley SJ. Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. London: The Guilford Press; 1995.
- (25) Wallien MSC. Gender dysphoria in children. Causes and consequences. Amsterdam: Ponsen & Looien; 2008.
- (26) Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. Dev Psychol. 2008; 44(1): 34-45.