

*Trinidad Bergero Miguel, Guadalupe Cano Oncala, Francisco Giraldo Ansio,
Isabel Esteva de Antonio, María Victoria Ortega Aguilar, Marina Gómez Banovio,
Isolde Gorneman Schaffer*

LA TRANSEXUALIDAD: ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD¹

TRANSSEXUALITY: MULTIDISCIPLINARY CARE UNDER THE PUBLIC HEALTH SYSTEM¹

■ Resumen

La transexualidad constituye un importante problema de salud, que en nuestro país se ha mantenido al margen de las prestaciones sanitarias públicas hasta 1999, lo que ha dificultado la realización sistemática de estudios pormenorizados con poblaciones de transexuales españoles. En el presente trabajo se realiza de modo resumido una puesta al día de los conocimientos básicos sobre el tema, con el fin de facilitar un acercamiento al transexualismo y una mejor comprensión de esta patología.

Palabras clave: Transexualidad, Unidad de Trastornos de Identidad de Género.

■ Summary

Transsexuality represents an important health care problem. Its care was not included under the spanish public health service until 1999, thus hindering detailed systematic studies of spanish transsexuals. This report provides a summarized update of relevant basic knowledge in order to facilitate the approach to transsexualism and improve understanding of this disease.

Key words: Transsexualism, Gender Identity Disorder Unit

1. La realización de este trabajo ha contado con la ayuda FIS 01/0447
This study was supported by the grant FIS 01/0447



■ INTRODUCCIÓN

En Febrero de 1999 el Parlamento de Andalucía aprobó la prestación sanitaria a personas transexuales en el Sistema Sanitario Público Andaluz, y en Octubre de ese mismo año, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía creó, tras concurso, la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (en adelante UTIG), en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga. Esta unidad es la primera dentro del sistema público español para dar respuesta a la atención sanitaria de estas personas, y está compuesta por un equipo multidisciplinar, integrado por personal de los servicios de Psiquiatría, Endocrinología y Cirugía Plástica.

Desde su puesta en marcha, los profesionales que integramos la UTIG hemos tenido que trabajar no sólo con el transexualismo en sí, con su complejidad y el sufrimiento que genera en el sujeto, sino que también hemos tenido que aprender a trabajar en un marco institucional no siempre desprovisto de prejuicios y a afrontar el desafío de modificar estructuras físicas sanas por un sufrimiento psíquico constatable, pero sin una base anatómica patológica que justificara un cambio, por otro lado, irreversible.

Hemos tenido que realizar un esfuerzo común para dar una respuesta a la demanda psicológica, endocrina y quirúrgica que requieren estos pacientes, pero que también constituye el encuentro entre diferentes paradigmas y métodos que desde la colaboración, el establecimiento de objetivos comunes y el respeto a cada proceder, enriquecen el trabajo clínico y a sus componentes.

■ HISTORIA

El transexualismo representa la forma más grave de los Trastornos de la Identidad de Género (1). Desde que se inició su estudio, se han usado distintos términos y definiciones para tratar de reflejar las características del trastorno. Cauldwell en 1949, fue el primero en usar el término *Transexualismo*. Este autor expuso un caso clínico de una chica que deseaba ser chico y llamó a su estado «*Psychopathia transsexualis*».

La primera clínica de tratamiento de los trastornos de identidad de género, se fundó en la Universidad John Hopkins, en 1963 en Estados Unidos.

Harry Benjamín, endocrinólogo y sexólogo explicó en el año 1966 que «los verdaderos transexuales sienten que pertenecen a otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto y no solamente parecer como tales. Para ellos sus órganos sexuales primarios (testículos) lo mismo que los secundarios (pene y el resto) son deformidades desagradables que el bisturí del cirujano debe cambiar» (2). En la conferencia pronunciada en Junio de 1976 en Nueva York, afirmó: «Me gustaría recordar a todos un hecho importante y fundamental: la diferencia entre sexo y género. Sexo es lo que se ve. Género es lo que se siente. La armonía entre ambos es esencial para la felicidad humana.»

Robert Stoller en el año 1968 definió al transexualismo como «la convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo» (3).

En 1970, Money definió a la transexualidad como «un problema de la identidad del género en el que una persona manifiesta con convicción persistente y constante, el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto y progresivamente enfoca sus pasos hacia una vida completa en el rol del sexo opuesto» (1).

Person y Ovesey (1974) introdujeron un concepto interesante distinguiendo entre transexualismo *primario* y *secundario*. Estos autores llamaron la atención sobre la frecuencia en que se presentan las formas mixtas y alertaron de la dificultad a la hora de lograr una distinción clara en todos los casos (4,5).

El término *Disforia de género* fue introducido por Norman Fisk en 1973 en el sentido de que el trastorno produce ansiedad asociada al conflicto entre la identidad sexual y el sexo asignado (1).

El grado de incongruencia entre la identidad sexual, el rol sexual y el sexo de nacimiento varía de unos individuos a otros, dando lugar a diferentes grados de disforia, insatisfacción y deseos de cambio de sexo (6).

Stoller intentó determinar con precisión el diagnóstico de transexualismo, tratando de diferenciarlo de otros diagnósticos como el travestismo o el homosexual afeminado. El transvestido o el homosexual se sienten pertenecientes a su sexo biológico y además, gozan de sus órganos sexuales. No existe conflicto en este sentido. Stoller además advirtió acerca de la importancia de realizar este diagnóstico diferencial con precisión (3).

Abraham en 1931 fue el primero que intentó una cirugía de reasignación de sexo. El primer caso exitoso de esta cirugía fue llevado a cabo por C. Hamburger en la década de los 50. Este autor publicó, junto con otros, la historia de la «conversión de sexo» de Georges Jorgensen realizada en Dinamarca. La intervención tuvo un importante eco en los medios de comunicación (1).

Hoy en día, los trastornos de identidad de género y la transexualidad son considerados problemas de salud graves, definidos y descritos en las clasificaciones internacionales de enfermedades (7, 8). Tienen una característica transcultural y aparecen en todas las épocas (9).

■ CONCEPTO

En 1994 el DSM-IV reemplazó el nombre de transexualismo por el de trastorno de la identidad sexual. Dependiendo de la edad de comienzo, diferenció los trastornos de la infancia, adolescencia y adultos (8). La CIE-10 continúa denominándolo transexualismo y lo incluye dentro del apartado de trastornos de la identidad sexual



(7). Ambas clasificaciones coinciden en los aspectos fundamentales, en el sentido de que se trata de una divergencia entre el desarrollo de un sexo morfoanatómico y fisiológico perteneciente a un género y la construcción de una identidad sexual de signo contrario (9).

La transexualidad está considerada un trastorno de salud mental en la medida en que produce patrones de comportamientos que conllevan un sufrimiento significativo y una gran desventaja adaptativa. Una de las dificultades más importantes es el aislamiento social (8), que repercute de una manera notable en el nivel de autoestima, ya que estos pacientes tienen que enfrentar consecuencias adversas por poseer un autoconcepto poco reforzado socialmente (10). Además contribuye a crear dificultades en la adaptación social produciendo interrupciones tempranas de la escolarización y dificultades de adaptación laboral.

El ostracismo social y las dificultades de desarrollo escolar y laboral llevan, en muchas ocasiones, a la práctica de trabajos marginales. Asimismo, la preocupación por su aspecto físico y los cambios que quieren conseguir para adaptarse al otro sexo y disminuir el malestar que les produce su sexo biológico, se convierte en una actividad absorbente que ocupa gran parte de su tiempo y que entorpece aún más la adaptación al medio (8).

Una característica generalizada de estos pacientes es su negativa a ser considerados enfermos. Los transexuales sitúan su problema sobre todo en la representación corporal. Si recurren al sistema sanitario no lo hacen porque se sientan enfermos, sino para que se les restituya su «verdadero cuerpo», para «corregir un error de la naturaleza» (1).

Las asociaciones de afectados y los estándares asistenciales advierten que el reconocimiento de la transexualidad como problema de salud mental no debe ser utilizado con fines de estigmatización. El uso de un diagnóstico oficial debe ser considerado un paso importante para garantizar la asistencia sanitaria a estas personas (11).

El sufrimiento que este trastorno produce y los intentos de los pacientes para aliviarlos, así como las dificultades que encuentran para ser tratados por el sistema sanitario, les llevan a recurrir con frecuencia al autotratamiento hormonal con graves efectos secundarios para su salud (12) y en ocasiones a autolesionarse los genitales (8,13).

■ FRECUENCIA Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El estudio sistemático del TIG es reciente. Además de la limitación que supone la falta de criterios para definir los casos, la mayoría de los estudios realizados en transexuales son retrospectivos y se centran en factores endocrinos, prácticas quirúrgicas de reasignación de sexo y cambios en caracteres sexuales secundarios.

No hay estudios epidemiológicos en España que separen claramente el trastorno verdadero de los diagnósticos diferenciales, o que identifiquen los factores psicosociales, de calidad de vida, y de co-morbilidad psiquiátrica asociados a la presencia y evolución del trastorno.

Los datos de que disponemos provienen de estudios clínicos en otros países, fundamentalmente del Norte de Europa (Suecia, Holanda, Reino Unido) y de los Estados Unidos. La prevalencia del trastorno oscila entre 1/2900 y 1/100.000 en hombres (transexuales masculino, TM, de hombre a mujer), y entre 1/8300 y 1/400.000 en mujeres (transexuales femeninos, TF de mujer a hombre)(14).

Las discrepancias al calcular la prevalencia son debidas en parte a diferencias en la metodología en cada estudio, sobre todo en cuanto a definición de los casos, ya que en algunos trabajos se determina la prevalencia sólo a partir de los casos intervenidos pudiendo por tanto comprender pacientes transexuales no genuinos o transexuales secundarios.

Para algunos autores, el término transexual sólo debe reservarse a los pacientes reasignados quirúrgicamente (15). En otros estudios, como es el caso de Holanda, se ha considerando TIG a toda persona que consulta en la Unidad de referencia centralizada en Amsterdam (16).

La falta de incorporación de esta patología a la red sanitaria pública ha condicionado en gran medida la escasez de publicaciones que evalúen o comparen resultados. Asimismo, la recomendación de que la atención a estos pacientes se haga desde equipos multidisciplinarios (11) no siempre se lleva a cabo, por lo que la mayoría de los trabajos publicados no han sido realizados por equipos de diferentes profesionales que evalúen en conjunto su eficiencia diagnóstica y terapéutica.

Uno de los datos más llamativos es la discrepancia entre hombres y mujeres. La razón hombre/mujer oscila entre el 2.5/1 en Holanda y el 6.1/1 en Australia (14), siendo la media de tres hombres por cada mujer. Esta discrepancia refleja en parte el problema de definición de casos, ya que los hombres solicitan asistencia médica para reasignación de sexo con mayor frecuencia que las mujeres, y es una de las muchas razones por las que los diferentes autores plantean que el transexualismo masculino (TM, hombre a mujer) y femenino (TF mujer a hombre) son dos entidades clínicas claramente diferenciadas entre sí.

■ ETIOPATOGENIA

Las causas del trastorno no se conocen. Landén sugiere un origen neurobiológico (14), mientras que otros autores proponen factores psicosociales, entre otros, el rol de género, las pérdidas tempranas en la infancia, aspectos de la personalidad y la intensidad, rigidez y persistencia de comportamiento de género opuesto (17,18).

Las últimas aportaciones señalan una posible participación genética en el desarrollo del trastorno (19).



■ COMORBILIDAD PSÍQUICA

Muchos pacientes diagnosticados de TIG presentan un índice elevado de patología psiquiátrica asociada (13,17,20,21,22) y una mortalidad por suicidio mayor que la población general (23).

Los trastornos psiquiátricos asociados con mayor frecuencia son los trastornos de personalidad (narcisista, dependiente y límite), trastornos depresivos, trastornos neuróticos en general (17, 21), esquizofrenia (22), conductas autolesivas o suicidas (20), y abuso de sustancias psicoactivas (13).

La comorbilidad psiquiátrica es diferencial entre el sexo biológico, siendo más frecuente en hombres biológicos (22) y supone diferencias en cuanto a la evolución y pronóstico, siendo los trastornos de personalidad y la esquizofrenia diagnósticos asociados a una peor evolución del trastorno de identidad de género (22, 24).

■ CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA

La mayor parte de las consultas efectuadas por los transexuales consiste en solicitar reasignación de sexo, cambiar su aspecto físico mediante procedimientos quirúrgicos u hormonales, de forma que se correspondan con el sexo que perciben como propio. La sensación de miedo o aversión a los genitales es común a hombres y mujeres. Se debe insistir en el horror a los genitales que experimentan estas personas. Además en los TF(mujer a hombre) se aprecia el mismo rechazo a las mamas (1).

Tres o cuatro veces más hombres que mujeres solicitan el cambio de sexo, pero la bibliografía establece que se realiza genitoplastia en el mismo número de hombres que de mujeres (25).

Hay que recordar que no todos los sujetos que solicitan este cambio son transexuales. Los pacientes llegan después de haber realizado lo que la Resolución del Parlamento europeo del 12 de septiembre de 1989 llama su «autodiagnóstico» (1).

FASES DEL ABORDAJE:

Los criterios diagnósticos y terapéuticos están basados a nivel internacional en los estándares de la asociación Harry Benjamin, recomendándose la atención de estos pacientes en equipos multidisciplinarios con estrecha relación entre los diferentes profesionales que los componen (11). A continuación, exponemos un breve resumen de las fases del proceso diagnóstico y terapéutico que desarrollamos en la UTIG.

1. El proceso diagnóstico

La responsabilidad por parte de la psicóloga del equipo es máxima, ya que del diagnóstico y la valoración psicológica se deriva todo el proceso de cambio. Es imperativo hacer un buen diagnóstico del trastorno y un buen diagnóstico diferencial ya que un diagnóstico no certero es un factor predictivo de arrepentimiento después del tratamiento de re-asignación de sexo y de la evolución post-tratamiento (26).

Otros factores que predicen arrepentimiento, además del diagnóstico incorrecto, son la pérdida del soporte familiar y social, la inestabilidad personal, las escasas redes sociales, los trastornos de personalidad, y los sucesos vitales traumáticos a una edad temprana (26).

Algunos autores han estudiado la asociación entre la orientación sexual y el arrepentimiento post-intervención, encontrando que los transexuales que manifiestan orientación homosexual (en relación al sexo con el que se identifican, no al sexo biológico) tras la intervención quirúrgica, presentan en mayor proporción arrepentimiento post-intervención que aquellos que presentan orientación heterosexual (10).

Las clasificaciones internacionales establecen cuatro criterios diagnósticos (8):

- El individuo se identifica de un modo intenso y persistente con el otro sexo (no es únicamente el deseo de obtener ventajas percibidas por la posición cultural del otro sexo).
- Malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación con su rol de género.
- El individuo no padece una enfermedad física intersexual concurrente.
- Deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La secuencia temporal de la evaluación y tratamiento integral a pacientes transexuales no es estática sino que se flexibiliza dependiendo de cada caso, pero podría exponerse como sigue: el paciente es derivado a la UTIG por un profesional de salud mental, especialista en endocrinología, o el médico de atención primaria. La primera cita comienza en Psicología, donde se les acoge (también a la familia si le acompañan) y se les explica la ayuda que le podemos ofrecer.

La evaluación psicológica es un proceso prolongado y complejo que debe ser controlado de manera rigurosa, (20, 21) y que se realiza de forma extensiva, utilizando el tiempo que sea necesario (6) y en ella se lleva a cabo el proceso de diagnóstico de transexualismo, diagnóstico diferencial con otras patologías y comorbilidad.

Es de capital importancia efectuar un diagnóstico correcto, ya que sobre él pivota el resto del proceso. De un diagnóstico certero depende la evolución posterior del paciente (22).

2. Inicio de tratamiento hormonal

Al mismo tiempo que se efectúa la valoración psicológica, se realiza la valoración endocrinológica con el fin de estudiar desde el punto de vista hormonal, gonadal y cromosómico la situación de cada sujeto (27).

Una vez que la psicóloga establece la presencia del trastorno, se determina la idoneidad de comenzar con el tratamiento hormonal. Durante todo el proceso los profesionales de los tres servicios mantendrán una estrecha relación entre sí (28), citando a los pacientes para seguimiento.



El tratamiento hormonal es un tratamiento coadyuvante en el proceso de re-assignación de sexo; no se considera curativo (23), pero contribuye en gran parte a la mejoría sintomática de la disforia de género, mejora la calidad de vida y refuerza positivamente el test de vida real (11,29).

Es frecuente en los pacientes con TIG, especialmente en los TM (hombre-a-mujer), haber utilizado durante largas etapas de su vida tratamientos hormonales sin supervisión médica ni confirmación diagnóstica (30). Esta situación impide disponer de estudios basales clínicos y analíticos que descarten otras asociaciones de patología endocrinológica o factores de riesgo que contraindiquen la terapia hormonal (25).

La elevada incidencia de efectos adversos está más en relación con las altas dosis y el largo tiempo de utilización que con el propio tratamiento en sí (12,31, 32). En el tratamiento de los TM se emplean estrógenos (etinil estradiol, 17 beta estradiol y estrógenos conjugados), antiandrógenos (acetato de ciproterona), otros bloqueantes de los receptores androgénicos como la Flutamida o inhibidores del paso de testosterona a DihidroTST como el Finasteride (32,39). Los bloqueantes de la síntesis de gonadotropinas tienen una alta capacidad de castración química (40) y su empleo en el transexualismo se limita a aquellos pacientes con diagnóstico certero en la etapa de la pubertad con el fin de evitar la aparición de caracteres sexuales secundarios que empeoren el cuadro clínico (10, 11,41).

Son muy pocos los trabajos que describen efectos secundarios del tratamiento hormonal en TF (mujer-a-hombre) (42, 43) y aunque es de esperar un incremento de riesgo cardiovascular por la androgenización, se refieren pocos efectos indeseables con el tratamiento supervisado clínicamente (23, 32).

3. Tratamiento quirúrgico

En el transcurso de un año desde el inicio del tratamiento hormonal, los pacientes transexuales mujer-a-hombre (TF) acceden a tratamiento quirúrgico de mastectomía y tras dos ó tres años, si lo solicitan, a la cirugía de genitales. En transexuales hombre-a-mujer (TM) transcurre uno o dos años hasta la operación, dependiendo de la lista de espera quirúrgica.

Tras la cirugía se inicia con los pacientes operados una fase de intervención psicológica postquirúrgica en la que se utilizan técnicas psicoeducativas en el ámbito sexual, terapia sexológica y el abordaje de los diversos problemas que puedan surgir en el ámbito familiar, laboral, de pareja, etc.

■ PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA

Los diferentes trabajos sobre pronóstico post-tratamiento del TIG varían en cuanto a indicadores para medir resultados (mejoría) y en cuanto a las dimensiones y factores estudiados. Así, los indicadores de resultados de mejoría del trastorno incluyen

grado de satisfacción con la cirugía y los resultados cosméticos, mejora en la calidad de vida, mejoras en el funcionamiento social, psicológico y psiquiátrico.

Los criterios, instrumentos y metodologías empleados no han sido uniformes. Los diferentes trabajos publicados apuntan a que la mayoría de los transexuales manifiestan estar satisfechos con los resultados de la cirugía de reasignación de sexo (44).

Algunos autores han tratado de determinar los factores de predicción de la satisfacción posquirúrgica entre los que destaca, una personalidad estable, apoyo familiar adecuado, tener menos de 30 años de edad, elevada motivación y estructura corporal adecuada para el nuevo rol (45).

En resumen, los factores predictores de mejoría post-cirugía incluyen edad, sexo biológico, resultado quirúrgico, diagnóstico certero de TIG, orientación sexual, mejor funcionamiento social y psicológico previo a la intervención y apoyo social (10,12, 44, 46,47,48,49,50,51).

El seguimiento a largo plazo de estos pacientes por parte de los profesionales intervinientes es recomendado en numerosos trabajos. Se asocia un buen resultado psicosocial con un seguimiento postquirúrgico a largo plazo (11, 44).

CONCLUSIONES

Los trastornos de identidad de género y la transexualidad aparecen en todas las culturas y a lo largo de la historia de la humanidad. Las formas de manifestarse han estado moduladas por el contexto social.

Se trata de un proceso de insatisfacción con las características del sexo de nacimiento y un deseo de cambiarlo y de ser reconocido social y legalmente en el género elegido. Está incluido en las clasificaciones internacionales de las enfermedades y es un problema de salud grave pero poco frecuente.

Su abordaje diagnóstico y terapéutico es de gran complejidad porque las intervenciones provienen de distintas disciplinas sanitarias y sus efectos pueden ser valorados desde diferentes perspectivas. Dadas las consecuencias irreversibles de parte de estos tratamientos, es de fundamental importancia realizar un cuidadoso diagnóstico y diagnósticos diferenciales que sólo pueden llevarse a cabo manejando una noción de proceso y realizado por profesionales altamente cualificados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chiland, C., *Cambiar de sexo*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1999.
2. Benjamín, H., *The Transsexual Phenomenon*, Nueva York, Julian Press, 1966.
3. Stoller, R.J., *Sex and gender*, vol. Nueva York, Science House, 1968.
4. Person, E. y Ovesey, L., «The Transsexual Síndrome in Males. I Primary Transsexualism», *American Journal of Psychotherapy*, 1974, 28, enero.



5. Person, E. y Ovesey, L., «The Transexual Síndrome in Males. II Secondary Transsexualism», *American Journal of Psychotherapy*, 1974, 28, abril.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, «Cirugía de cambio de sexo», Madrid, *AETS-Instituto de Salud Carlos III*, diciembre de 1999.
7. OMS, *CIE-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic criteria for research*, 1992.
8. American Psychiatric Association, *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, DC, Fourth Ed, 1994.
9. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Consejería de Salud. Junta de Andalucía, *Informe preliminar: Problemática de salud ligada a la transexualidad en Andalucía. Posibilidades de abordaje e inclusión entre las prestaciones del sistema sanitario público de Andalucía*, Mayo de 1999.
10. Cohen Kettenis P.; Van Gooren S, »Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 36(2):263-276.
11. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA), *The Standards of care for Gender Identity Disorders. (Sixth version)*, Mineapolis, HBI-GDA, 2001.
12. Blanchard R. y otros, «Pronostic factors of regret in postoperative transsexuals», *Can. J. Psychiatry*, 1989; 34(1):43-45.
13. Becerra Fernández A; De Luis Roman A; Piedrola Maroto G., «Morbilidad en pacientes transexuales con auto-tratamiento hormonal para cambio de sexo», *Medicina Clínica*, 1999; 113(13):484-487.
14. Landén M; Wålinder J; Lunström., «Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93:221-223.
15. Meyer, J y Reter, D., «Sex reassignment Follow-up», *Archives of General Psychiatry*, 36, AUG: 1010-1015.
16. Van Kesteren PJ; Gooren LJ; Megens JA., «An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands», *Arch Sex Behav*, 1996, 25:589-600.
17. Roberts JE; Gotlib IH., «Lifetime episodes of dysphoria: gender, early childhood loss and personality», *British J. Clinical Psychology*, 1997, 36:195-208.
18. Davenport, CW., «A follow-up study of 10 feminine boys», *Archives of Sexual behavior*, 1986, Dec; 15 (6): 511-7.
19. Green R; Keverne EB. »The disparate maternal aunt-uncle ratio in male transsexuals: an explanation invoking genomic imprinting», *J. of Theoretical Biolog*, 2000 Jan 7, 202(1): 55-63.
20. Cole, C.M. y otros, «Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses», *Arch Sex Behav*, 1997 Feb, 26(1): 13-26.
21. Hales RE; Yudofsky SC; Talbott JA., *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Ed. Ancora, 1996.
22. Weinrich JD y otros, » Is gender dysphoria dysphoric? Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in an HIV sample. HNRC Group», *Arch. Sex. Behav*, 1995, 24(1):55-72.

23. Levine, S.B., «Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery», *J. Sex Marital Therapy*, 1980, Fall; 6 (3): 164-73.
24. Van Kesteren P y otros, «Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones», *Clin Endocrinol*, 1997,47(3): 337-342.
25. Bodlund O; Armelius K., «Self-image and personality traits in gender identity disorders: an empirical study», *J. Sex Marital Therapy*, 1994, 20(4): 303-17.
26. Meyer WJ y otros, «A. Physical and hormonal evaluation of transsexual patients. A longitudinal study». *Arch Sex Behav*. 15, 1986: 11-138.
27. Fabris B; Trombetta C; Belgrano E., *Il Transessualismo: identificazione di un percorso diagnostico e terapeutico*, Milano, Kurtis editrice, 1999.
28. Informe del Panel de Expertos. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Diciembre de 2001.
29. Landén M y otros, «Factors predictive of regret in sex reassignment», *Acta Psych Scandinavica*, 1998 Apr; 97(4):284-9.
30. Esteve de Antonio, I y otros, «Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género en Andalucía de Málaga», *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*. 2001, Vol. 27. Nº 4: 273-280 y 8,20.
31. Asscheman H; Gooren L., *Gender Dysphoria: Interdisciplinary approaches in clinical management*, New York, Bockting W, Coleman E. eds. ,Haworth Press, 1992.
32. Asscheman H; Gooren L; Eklund P., «Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment», *Metabolism*, 1989,38(9): 869-873.
33. Spinder T. y otros, «Effects of long-term testosterone administration on gonadotropin secretion in agonadal female-to-male transsexuals compared with hipogonadal and normal women», *Journal Of Clin Endocrinol And Metabolism*, 1989, 68:200-207.
34. Damewood MD. y otros, «Exogenous estrogen effect on lipid/lipoprotein cholesterol in transsexual males», *J. Endocrinol. Invest*, 1989; 12:49-454.
35. Asscheman H. y otros, «Serum testosterone level is the major determinant of the male-female differences in serum levels of highdensity lipoprotein (HDL cholesterol and HDL2 cholesterol», *Metabolism*, 1994, 43:935-939.
36. Polderman KH. y otros, «Induction of insulin resistance by androgens and estrogens», *J. Clin. Endocrinol. Metab*, 1994, 79:265-271.
37. Polderman KH. y otros, «Influence of sex hormones on plasma endothelin levels», *Ann. Intern. Med*, 1993, 118:429-432.
38. Giltay EJ. y otros, «Visceral fat accumulation is an important determinant of PAI-1 levels in young, non obese men and women: modulation by cross-sex hormone administration», *Arterioscler Thromb Biol*, 1998, 18(11):1716-1722.
39. Barradell LB, Faulds D., «Cyproterone. A review of its pharmacology and therapeutic efficacy in prostate cancer», *Drugs and Aging*, 1994, 5:59-80.
40. Watanabe S. y otros, «Three Cases Of Hepatocellular Carcinoma Among Cyproterone



- Users. Ad Hoc Committee on Androcur users», *Lancet*, 1994, 344:1567-1568.
41. Bagatell CJ. y otros, «A comparison of the suppressive effects of testosterone and a potent new gonadotropin-releasing hormone antagonist on gonadotropin and inhibin levels in normal men», *J.Clin Endocrinol.Metab*, 1989, 69(1):43-48.
 42. Bradley S; Zucker K., «Gender Identity Disorder: A Review of the past 10 years», *J Med Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 36 (7):872-880.
 43. Lips P. y otros, «The effect of androgen treatment on bone metabolism in female to male transsexuals», *J.Bone Miner Res*, 1996, 11(11):1769-1773.
 44. Rehman, J. y otros, «The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients», *Arch Sex Behav*, 1999, Vol. 28, Nº 1.
 45. Lundstrom, B.; Walinder, J., «Evaluation of candidates for sex reassignment», *Nordisk Psykiatrisk*, 1985, 39:225-228.
 46. Landén M; Wålinder J; Lundström B., «Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study», *Acta Psych Scandinavica*, 1998, Mar, 97(3):189-194.
 47. Rakic Z. y otros,» The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes», *Arch Sex Behav*, 1996, Oct, 25(5): 515-25.
 48. Bodlund, Owe; Kullgren Gunnar.,» Transsexualism: general outcome and pronostic factors: A five year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex», *Arch Sex Behav.*, 1996, 25(3):303.
 49. Tsoi WF. Y otros, «Follow-up study of female transsexuals», *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 1995, 24(5):664-667.
 50. Tsoi WF., «Follow up study of transsexuals after sex-reassignment surgery», *Singapore Medical Journal*, 1993, 34(6): 515-519.
 51. Lundström B; Pauly I; Walinder J., «Outcome of sex reassignment surgery», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1984, 70(4):289-294.

Trinidad Bergero Miguel, Guadalupe Cano Oncala. *Psicóloga. Servicio de Psiquiatría. Hospital Carlos Haya. Málaga*

Francisco Giraldo Ansio. *Cirujano Plástico. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Carlos Haya. Málaga*

Isabel Esteva de Antonio. *Endocrinóloga. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Carlos Haya. Málaga*

María Victoria Ortega Aguilar, Marina Gómez Banovio. *Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Carlos Haya. Málaga*

La correspondencia debe dirigirse a:
 Trinidad Bergero Miguel
 C/. Las Palmeras, 4 - 29018 Málaga