

Declaración de IMAP sobre la terapia hormonal para personas transgénero y de género diverso

Introducción

Esta Declaración ha sido elaborada por el Panel Asesor Médico Internacional (IMAP) y fue aprobada en junio de 2023.

Esta “Declaración sobre la terapia hormonal para personas transgénero y de género diverso” complementa y se basa en declaraciones anteriores del IMAP, incluida la “Declaración sobre terapia hormonal para personas transgénero (octubre de 2015), “Derechos sexuales y servicios de salud sexual” y “Salud sexual y derechos de adolescentes y jóvenes”. En estas Declaraciones, la IPPF exploró de forma explícita los derechos sexuales y la salud sexual de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales, y describió cómo prestar servicios de salud esenciales y no discriminatorios que requieren estas poblaciones.

Propósito de esta Declaración

El IMAP ha desarrollado esta Declaración sobre el acceso a la terapia hormonal de afirmación de

género (THAG) para personas transgénero y de género diverso (TGD) como parte del compromiso de la IPPF y sus Asociaciones Miembro para mejorar los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva para todas las personas, incluidas las orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

Cada vez son más las Asociaciones Miembro de la IPPF que responden a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas TGD. Algunas han iniciado gestiones para ofrecer THAG a las personas TGD. La THAG forma parte de la afirmación de la identidad de género para muchas personas TGD, por lo que la prestación de este servicio les ayuda a hacer realidad sus derechos sexuales y de género. Esta Declaración del IMAP incluye información esencial sobre la THAG para las personas TGD y una guía clínica concisa sobre el inicio y el seguimiento.

Esta Declaración se basa principalmente en dos directrices de reputación internacional: 1) “*Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*”, elaborada por la

Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés) (1) y 2) las Guías de Práctica Clínica de la Endocrine Society para la terapia hormonal mixta. (2)

Público al que se dirige

Esta Declaración está dirigida a las Asociaciones Miembro de la IPPF para describir las necesidades de terapia hormonal de las personas TGD y permitirles fortalecer los servicios o referencias relacionados con la transición de género. Esta Declaración también puede ser útil para las personas prestadoras de atención primaria y profesionales de medicina que les interese ofrecer o que ya ofrecen terapia hormonal, así como para otras organizaciones, personas activistas e investigadoras, y responsables de políticas y de la toma de decisiones que trabajan para aumentar el acceso universal a los servicios de salud sexual para las comunidades marginadas.

¿Quiénes son las personas TGD?

El sentido de identidad de género de la mayoría

de las personas es congruente con su sexo asignado al nacer. Es decir, una persona a la que se le asigna el sexo masculino al nacer suele autoidentificarse como niño/hombre (lo que se define como su "género"), y una persona a la que se le asigna sexo femenino al nacer suele autoidentificarse como niña/mujer (su género).

Las personas TGD son personas de cualquier edad cuya identidad y expresión de género no se ajustan a las normas y expectativas tradicionalmente asociadas al sexo asignado al nacer. En el uso contemporáneo, "transgénero" o "trans" se ha convertido en un término que engloba diversas identidades y experiencias. Otras palabras incluyen "de género diverso", a veces utilizado para personas que no se identifican como transgénero o trans pero tienen una identidad de género diferente de la asignada al nacer. No todas las personas transexuales desean someterse a intervenciones médicas de afirmación de género, como la THAG y la cirugía de afirmación de género (CAG). En el Recuadro 1 figura un glosario de términos.

Recuadro 1 (1):

CISGÉNERO: se refiere a las personas cuya identidad de género actual se corresponde con el sexo que se les asignó al nacer.

GÉNERO: según el contexto, el género puede hacer referencia a la identidad de género, la expresión de género y/o el rol social de género, incluidas las concepciones y expectativas culturalmente vinculadas a las personas asignadas al sexo masculino o femenino al nacer. Las identidades de género distintas de las de los hombres y las mujeres (que pueden ser cisgénero o transgénero) incluyen la transgénero, no binaria, de género queer, de género neutro, agénero, de género fluido y de "tercer" género, entre otras; en todo el mundo se reconocen muchos otros géneros.

La **AFIRMACIÓN DE GÉNERO** se refiere al reconocimiento o validación de la identidad de género de una persona. Suele considerarse que tiene dimensiones sociales, psicológicas, médicas y jurídicas. Afirmación de género se utiliza como término en lugar de transición (como en

“afirmación médica de género”) o puede utilizarse como construcción adjetiva (como en “cuidados de afirmación de género”).

La **CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO** (CAG) es la cirugía para cambiar las características sexuales primarias y/o secundarias con el fin de afirmar la identidad de género de una persona.

El **BINARISMO DE GÉNERO** se refiere a la idea de que hay dos y solo dos géneros: hombres y mujeres; es la expectativa de que todas las personas deben ser uno u otro; y que todos los hombres son masculinos y todas las mujeres son femeninas.

GÉNERO DIVERSO es un término utilizado para describir a las personas con identidades y/o expresiones de género diferentes de las expectativas sociales y culturales atribuidas a su sexo asignado al nacer. Esto puede incluir, entre muchas otras identidades culturalmente diversas, a las personas que se identifican como no binarias, de género expansivo, de género no conforme y otras que no se identifican como cisgénero.

La **DISFORIA DE GÉNERO** describe un estado de angustia o malestar que puede experimentarse porque la identidad de género de una persona difiere de la que se atribuye física y/o socialmente a su sexo asignado al nacer. La disforia de género es también un término diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5, que denota una incongruencia entre el sexo asignado al nacer y el género experimentado, acompañada de angustia. Sin embargo, no todas las personas transgénero y con diversidad de género experimentan disforia de género.

GÉNERO EXPANSIVO es una construcción adjetiva que suele utilizarse para describir a las personas que se identifican o se expresan de formas que amplían las creencias o los comportamientos definidos social y culturalmente, y asociados a un sexo en particular. A veces también se utiliza el término “creatividad de género”. Por ejemplo, el término “variante de género” se utilizaba en el pasado y está desapareciendo del uso profesional debido a las connotaciones negativas que ahora se le asocian.

La **EXPRESIÓN DE GÉNERO** se refiere a la manera en que una persona representa o expresa su género en la vida cotidiana y en el contexto de su cultura y sociedad. La expresión de género a través de la apariencia física puede incluir la vestimenta, el peinado, los accesorios, el uso de cosméticos, las intervenciones hormonales y quirúrgicas, los gestos, el habla, los patrones de comportamiento y los nombres. La expresión de género de una persona puede ajustarse o no a su identidad de género.

La **IDENTIDAD DE GÉNERO** se refiere al sentimiento de género profundo, interno e intrínseco de una persona.

La **INCONGRUENCIA DE GÉNERO** es un término diagnóstico utilizado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Describe la experiencia marcada y persistente de incompatibilidad entre la identidad de género de una persona y el género que se espera de ella según su sexo asignado al nacer.

INTERSEXUAL se refiere a las personas nacidas con sexo u órganos reproductores o genitales que no se ajustan a las definiciones binarias de femenino o masculino.

MALGENERIZAR/MALGENERIZACIÓN se usa cuando el lenguaje utilizado no refleja correctamente el género con el que una persona se identifica. Puede tratarse de un pronombre (él/ella) o de una forma de dirigirse a alguien (señor/señora).

NO BINARIO se refiere a quienes tienen identidades de género fuera del binarismo de género. Las personas con identidades de género no binarias pueden identificarse como parcialmente hombre y parcialmente mujer o identificarse a veces como hombre y a veces como mujer o identificarse como un género distinto al de hombre o mujer, o no tener género en absoluto. Las personas no binarias pueden utilizar los pronombres elle/elles en lugar de él/ella. Algunas personas no binarias se consideran transgénero o trans. Algunas no lo hacen porque consideran que ser transgénero forma parte del binarismo de género. La abreviatura NB o “enby” o “enebé” se utiliza a veces como descriptor de no binario. Ejemplos de identidades de género no binarias son género queer, género diverso, género fluido, demigénero, bigénero y agénero.

SEXO ASIGNADO AL NACER se refiere a la condición de hombre, mujer o intersexual de una persona en función de sus características físicas. El sexo suele asignarse al nacer en función del aspecto de los genitales externos. AMAN es la sigla que se usa para “asignada mujer al nacer”. AHAN es la sigla que se usa para “asignado hombre al nacer”.

La **ORIENTACIÓN SEXUAL** se refiere a la identidad sexual de una persona, sus atracciones y comportamientos hacia las personas en función de sus características de género y/o sexuales y las de sus parejas. La orientación sexual y la identidad de género son términos distintos.

TRANSGÉNERO o trans son términos genéricos que se utilizan para describir a las personas cuya identidad y/o expresión de género no corresponde al sexo que se les asignó al nacer. Estos términos deben usarse siempre como adjetivos (como en “personas trans”) y nunca como sustantivos (como en “un transgénero”), y nunca como verbos (como en “transgenerizar”).

Los **HOMBRES TRANSGÉNERO** u **HOMBRES TRANS** u **HOMBRES DE EXPERIENCIA TRANS** son personas con identidad de género masculina a las que se asignó el sexo femenino al nacer. Pueden o no haber pasado por una transición. FTM o “mujer a hombre” son términos antiguos que están cayendo en desuso.

Los **MUJERES TRANSGÉNERO** o **MUJERES TRANS** o **MUJERES DE EXPERIENCIA TRANS** son personas con identidad de género femenina a las que se asignó el sexo masculino al nacer. Pueden o no haber pasado por una transición. MTF u “hombre a mujer” son términos antiguos que están cayendo en desuso.

La **TRANSICIÓN** se refiere al proceso por el que las personas suelen cambiar de la expresión de género asociada al sexo que se les asignó al nacer a otra expresión de género que se ajusta mejor a su identidad de género. Pueden realizar una transición social utilizando métodos como el cambio de nombre, pronombre, ropa, peinado y/o la forma de moverse y hablar. La transición puede o no

implicar hormonas y/o cirugías para modificar el cuerpo. El término “transición” puede utilizarse para describir el proceso de cambiar la expresión de género de una persona de cualquier género a otro género diferente. Las personas pueden hacer la transición más de una vez en su vida.

La **TRANSFOBIA** se refiere a las actitudes, creencias y acciones negativas con respecto a las personas transgénero y de género diverso. La transfobia puede plasmarse en políticas y prácticas discriminatorias a nivel estructural o personal. La transfobia también puede interiorizarse cuando las personas transgénero y con diversidad de género aceptan y reflejan prejuicios sobre sí mismas o sobre otras personas transgénero y de género diverso. Aunque la transfobia a veces es resultado de la ignorancia involuntaria más que de la hostilidad directa, sus efectos nunca son benignos. Algunas personas utilizan el término sesgo antitransgénero en lugar de transfobia.

Puntos de vista médicos actuales sobre las identidades TGD

Normalmente se considera que la identidad de género se establece en los primeros años preescolares (1). Para algunas personas, el reconocimiento de que son diferentes de su género asignado puede producirse durante la propia infancia. Para otras personas, este reconocimiento puede surgir durante la adolescencia o la edad adulta.

La comprensión del desarrollo de la identidad de género está evolucionando y se ha complicado por la politización de la atención de salud para las personas TGD y de sus vidas (por ejemplo, los deportes o los sanitarios). La Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) señala específicamente que “la expresión de características de género, incluidas las identidades, que no se asocian estereotípicamente al sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano común y de diversidad cultural [que] no debe juzgarse como inherentemente patológico o negativo”(1).

Esta comprensión cambiante de la identidad de género se refleja en la nomenclatura cambiante de los sistemas de diagnóstico. En la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V-TR), el término “trastorno de identidad de género” se sustituye por “disforia de género”. La “disforia de género”

se refiere al malestar o angustia causados por una discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo asignado al nacer (y su rol de género asociado y/o sus características sexuales primarias y secundarias).

WPATH subraya que solo algunas personas TGD experimentan disforia de género en algún momento. En la 10.^a edición (1994) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sigue existiendo la categoría “trastorno de identidad de género”. Sin embargo, la OMS eliminó muchos términos relacionados con la identidad de género, incluido “trastorno de identidad de género” en la CIE-11 (2022). Además, se añadió “incongruencia de género” en el apartado de Afecciones relacionadas con la salud sexual. La incongruencia de género es una incongruencia marcada y persistente entre el género sentido o experimentado, y el género asignado al nacer.

Atención de afirmación de género para personas TGD

Las necesidades de servicios relacionados con la transición de género de las personas TGD son diversas; no todas las personas TGD desean afirmar su cuerpo mediante procedimientos médicos de afirmación de género. Los procedimientos incluyen terapia hormonal de afirmación del género (THAG); cirugía de

afirmación de género (CAG): procedimientos de cara, pecho, tórax, cuerpo o genitales; eliminación del vello facial, y terapia de voz y comunicación. WPATH recomienda que los sistemas de salud proporcionen a las personas TGD los servicios de salud de afirmación de género que sean médicamente necesarios (1).

Estándares actuales de atención para la terapia hormonal de afirmación de género (THAG) en personas TGD adultas

Los Estándares de Atención de WPATH cubren la THAG para personas adultas y adolescentes TGD (1). Las Guías de Práctica Clínica de la Endocrine Society ofrecen una fuente adicional y exhaustiva para la THAG (2). Los siguientes regímenes se derivan de estas dos directrices, y se recomienda a las personas profesionales de medicina que trabajan en las Asociaciones Miembro que se refieran a ellas para mantenerse al día de los cambios basados en la evidencia emergente.

La THAG no es solicitada por todas las personas con TGD; sin embargo, es médicamente necesaria para quienes la solicitan. Según el sistema de clasificación diagnóstica utilizado por el sistema de salud o si se requiere un diagnóstico, se recomienda hacer una evaluación de disforia de género (DSM-5-TR) o incongruencia de género (CIE-11) antes de iniciar la THAG. Esta evaluación puede ser realizada por una persona profesional de la salud mental general o un equipo multidisciplinar con experiencia adecuada en la atención a personas TGD. Los criterios de WPATH para la terapia hormonal en personas adultas son (1):

En relación con el proceso de evaluación

- Las personas profesionales de la atención de salud que valoren a personas adultas TGD que busquen un tratamiento de afirmación de género deben ponerse en contacto con profesionales de distintas disciplinas dentro del campo de la salud trans para consultarles y derivarles, si es necesario.

- Si se requiere documentación escrita o una carta para recomendar el tratamiento médico y quirúrgico de afirmación de género, solo se necesita una carta de evaluación de una persona profesional de atención de salud con competencias en la evaluación de personas transgénero y de género diverso.

Criterios para los tratamientos hormonales

1. La incongruencia de género es marcada y sostenida;
2. Se cumplen los criterios de diagnóstico de incongruencia de género antes de someterse a un tratamiento hormonal de afirmación de género en las regiones donde es necesario un diagnóstico para acceder a los servicios de salud;
3. Se demuestra capacidad para consentir el tratamiento hormonal específico de afirmación de género;
4. Se han identificado y excluido otras posibles causas de la aparente incongruencia de género.
5. Se han evaluado la salud mental y las afecciones físicas que podrían influir negativamente en el resultado del tratamiento, y se han debatido los riesgos y los beneficios;
6. Se comprenden los efectos del tratamiento hormonal de afirmación de género en la reproducción y se han explorado las opciones reproductivas.

Las personas TGD deben recibir información precisa y completa sobre los beneficios y riesgos de la terapia hormonal, incluida información sobre los efectos físicos reversibles y permanentes. El consentimiento informado es fundamental para la prestación de servicios de THAG. Es una buena práctica proporcionar un formulario de

consentimiento por escrito en el que se expongan los riesgos y los beneficios del tratamiento antes de iniciarlo. Dado que la THAG a largo plazo afecta a la fertilidad (la capacidad de producir espermatozoides u óvulos viables), WPATH recomienda que las decisiones sobre fertilidad se hablen siempre con la persona usuaria. Por ejemplo, se les puede informar sobre los bancos de espermatozoides, la congelación de ovocitos (óvulos) o embriones.

¿QUIÉN PUEDE PROPORCIONAR THAG A PERSONAS ADULTAS TRANSGÉNERO?

En todo el mundo, ofrecen terapia hormonal para personas adultas TGD personas profesionales de distintas especialidades, como endocrinología, medicina familiar, atención primaria, medicina interna, obstetricia y ginecología, y psiquiatría. El Instituto de Educación Global de WPATH ofrece capacitación en THAG. En función de su nivel de comodidad y experiencia, las personas prestadoras de atención primaria pueden iniciar la terapia hormonal o mantener la terapia hormonal iniciada por especialistas en endocrinología o alguien más con experiencia médica. Como mínimo, deben ser capaces de proporcionar información sobre la terapia hormonal y derivaciones a profesionales de la salud con experiencia en la provisión de terapia hormonal. Es posible que personas prestadoras de atención primaria ya tengan experiencia en el uso de estrógenos (para la anticoncepción y la sustitución de estrógenos en las mujeres posmenopáusicas), testosterona (para el hipogonadismo y los estados de deficiencia de andrógenos) y medicamentos bloqueadores de la testosterona (para el hirsutismo y la enfermedad prostática). Estos conocimientos y experiencia pueden utilizarse para iniciar y mantener la terapia hormonal entre las personas TGD usuarias que no presentan comorbilidades.

El objetivo de la THAG es alinear la apariencia externa del cuerpo con el género percibido por la persona. Además de los cambios físicos, se producen beneficios psicológicos en forma de

mejora de la calidad de vida, independientemente de que se hayan sometido o no a una CAG, ya que estar en THAG puede ayudar a afirmar la identidad de género (1).

Para una persona profesional de medicina, un objetivo práctico de la terapia hormonal para la testosterona es aumentar y mantener los niveles sanguíneos de testosterona en el rango normal para una persona con pene (300-1000 ng/dl) mediante la administración de testosterona en dosis similares a las utilizadas para el tratamiento del hipogonadismo (inyecciones, comprimidos o parches cutáneos). Del mismo modo, un objetivo práctico de la terapia hormonal para los estrógenos es disminuir y mantener los niveles de testosterona a 30-100 ng/dl sin niveles suprafisiológicos de estradiol (< 200 pg/ml). Esto se consigue administrando estrógenos similares a los de la menopausia posquirúrgica (menores de 50 años) y a los de la menopausia (mayores de 50 años) y proporcionando antiandrógenos (por ejemplo, espironolactona, acetato de ciproterona). En general, las hormonas se inician con una dosis baja y se aumentan gradualmente hasta conseguir los efectos físicos y/o los niveles de testosterona deseados. Una vez alcanzado el impacto físico máximo (normalmente de dos a tres años), se utiliza una dosis de mantenimiento. La dosis también se ajusta en función de la edad y las condiciones de salud asociadas (por ejemplo, hipertensión y diabetes). Tras la extirpación quirúrgica de las gónadas, la sustitución hormonal con estrógenos o testosterona es de por vida y debe adaptarse a cada persona. Las AM pueden derivar a las personas usuarias para que se les practique una gonadectomía como forma de proporcionar una atención de afirmación del género.

El embarazo es una contraindicación absoluta del tratamiento con testosterona; las contraindicaciones relativas son la hipertensión grave, la apnea del sueño y la policitemia. El tratamiento con estrógenos se asocia a episodios tromboembólicos, por lo que deben evaluarse y tratarse las afecciones protrombóticas

o los factores de riesgo antes de iniciar el tratamiento. La presencia en la línea de base de enfermedades como un cáncer sensible a las hormonas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebrovascular, hiperprolactinemia, hipertrigliceridemia y colelitiasis debe evaluarse antes del inicio de la terapia hormonal de afirmación del género.

TERAPIA DE ESTRÓGENOS

Regímenes (véase la Tabla 1)

La elección del régimen hormonal depende de si

la persona se ha sometido a una gonadectomía (si se han extirpado los testículos, una fuente importante de testosterona); de evaluar la presencia de comorbilidades como la hipertensión y la hiperlipidemia; y de evaluar el riesgo de tromboembolismo. Es necesario aportar estrógenos exógenos y bloquear los efectos de la testosterona endógena (procedente de los testículos). Por lo tanto, se requiere una combinación de estrógenos y antiandrógenos (como la espironolactona o el acetato de ciproterona) para una persona que no se ha sometido a la extirpación de testículos.

Tabla 1: Regímenes hormonales en personas adultas transgénero y de género diverso

Régimen basado en estrógenos (persona transfemenina)

Estrógenos

Orales o sublinguales

Estradiol 2,0-6,0 mg/día

Transdérmico

Parche transdérmico de estradiol 0,025-0,02 mg/día

Gel de estradiol - varios ≠ diario en la piel

Parenteral

Valerato o cipionato de estradiol 5-30 mg IM cada 2 semanas
2-10 IM cada semana

Antiandrógenos

Espironolactona 100-300 mg/día

Acetato de ciproterona 10 mg/día**

Agonista de GnRH 3,75-7,50 mg SC/IM mensual

Formulación de depósito de agonista de GnRH 11,25/22,5 mg SC/IM 3-6 veces por mes

≠ La cantidad aplicada varía según la formulación y la potencia.

Régimen a base de testosterona (persona transmasculina)

Hombres transgénero

Testosterona

Parenteral

Enantato/cipionato de testosterona	50-100 IM/SC semanales o 100-200 IM cada 2 semanas
Undecanoato de testosterona	1000 mg IM cada 12 semanas o 750 mg IM cada 10 semanas
Testosterona transdérmica	
Gel de testosterona	50-100 mg/día
Parche transdérmico de testosterona	2,5-7,5 mg/día

**Las dosis se aumentan o disminuyen hasta que los niveles de hormonas esteroideas sexuales se sitúan en el intervalo terapéutico. Los regímenes hormonales no reflejan todas las fórmulas disponibles en todas las farmacias del mundo. Los regímenes hormonales pueden tener que adaptarse a lo que esté disponible en las farmacias locales.*

***Kijupers et al. (2021)*

Entre los estrógenos, suelen preferirse los estrógenos conjugados a los sintéticos (etinilestradiol). Del mismo modo, la administración transdérmica de estrógenos es preferible para las personas con riesgo de enfermedad tromboembólica, aunque los comprimidos y las inyecciones son más eficaces para conseguir efectos feminizantes. También se utilizan análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), pero son caros y no son apropiados para un período prolongado.

Efectos

Los efectos de los estrógenos y los antiandrógenos varían de una persona a otra. En los primeros tres a seis meses, las personas usuarias pueden esperar disminución del crecimiento del vello facial y corporal, disminución del deseo sexual, reducción de las erecciones espontáneas, ablandamiento de la piel, disminución de la oleosidad cutánea, disminución de la masa muscular, redistribución de la grasa corporal y desarrollo mamario. El crecimiento mamario puede alcanzar su punto máximo recién después de dos años de terapia hormonal (Véase Tabla 2).

Tabla 2: Evolución temporal prevista de los cambios físicos en respuesta a la terapia hormonal (estrógenos o testosterona).

Régimen a base de testosterona

Efectos	Inicio	Máximo
Piel grasa/acné	1-6 meses	1-2 años
Crecimiento del vello facial/corporal	6-12 meses	> 5 años
Caída del cabello	6-12 meses	> 5 años
Aumento de la masa/fuerza muscular	6-12 meses	2-5 años
Redistribución de la grasa corporal	1-6 meses	2-5 años
Cese de la menstruación	1-6 meses	1-2 años
Agrandamiento del clítoris	1-6 meses	1-2 años
Atrofia vaginal	1-6 meses	1-2 años
Engrosamiento de la voz	1-6 meses	1-2 años

Regímenes basados en la reducción de estrógenos y testosterona

Efectos	Inicio	Máximo
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-5 años
Disminución de la masa y la fuerza muscular	3-6 meses	1-2 años
Suavización de la piel/disminución de la grasa	3-6 meses	Desconocido
Disminución del deseo sexual	1-3 meses	Desconocido
Disminución de las erecciones espontáneas	1-3 meses	3-6 meses
Disminución de la producción de esperma	Desconocido	2 años
Crecimiento mamario	3-6 meses	2-5 años
Disminución del volumen testicular	3-6 meses	Variable
Disminución del crecimiento del vello terminal	6-12 meses	> 3 años
Crecimiento de cabello	Variable	Variable
Cambios en la voz	Ninguno	

Adaptado de Hembree *et al.*, 2017

Monitoreo

Las personas TGD usuarias que reciben terapia hormonal deben ser monitoreadas para detectar efectos feminizantes y adversos cada tres meses durante el primer año y luego cada 6-12 meses (ver Tabla 3). Los niveles séricos de testosterona y estradiol deben ser monitoreados durante las visitas de seguimiento, y el nivel de estas hormonas debe mantenerse dentro de los rangos

normales (testosterona sérica < 50 ng/dl; estradiol sérico 100-200 pg/ml).

En las visitas de seguimiento deben realizarse análisis de laboratorio: prolactina sérica, triglicéridos, nivel de potasio (si se utiliza espironolactona) y estudios de la densidad mineral ósea (ya que las dosis bajas pueden provocar pérdida ósea), y estudios periódicos para la detección de cáncer de próstata y de mama.

Tabla 3: Monitoreo hormonal de personas transgénero y de género diverso que reciben terapia hormonal de afirmación de género [\(2\)](#)

Hombres transgénero o personas trans masculinas (se incluyen las personas de género diverso/no binario)

1. Evaluar a la persona usuaria cada tres meses aproximadamente (con cambios de dosis) durante el primer año y, a partir de entonces, de una a dos veces al año para monitorear los cambios físicos apropiados en respuesta a la testosterona.
2. Medir la testosterona total en suero cada tres meses (con cambios de dosis) hasta que los niveles alcancen el objetivo.
 - a. Para la testosterona parenteral, la testosterona total en suero debe medirse a mitad de camino entre las inyecciones. El nivel objetivo es de 400-700 ng/dl. Otra posibilidad es medir los picos máximos y mínimos para asegurarse de que los niveles se mantienen en el intervalo de los hombres de referencia.
 - b. Para el undecanoato de testosterona parenteral, la testosterona debe medirse justo antes de la inyección. Si el nivel es < 400 ng/dl, ajuste el intervalo de dosificación.
 - c. En el caso de la testosterona transdérmica, el nivel de testosterona puede medirse como muy pronto después de una semana de aplicación diaria (al menos dos horas después de la aplicación del producto).
3. Se deben medir las concentraciones de hematocrito o hemoglobina en la línea de base y aproximadamente a los tres meses (con cambios de dosis) durante el primer año y, después, una o dos veces al año.

Mujeres transgénero o personas trans femeninas (se incluyen las personas de género diverso/no binario)

Declaración de IMAP sobre la terapia hormonal para personas transgénero y de género diverso

1. Se debe evaluar a la persona usuaria cada tres meses aproximadamente (con cambios de dosis) durante el primer año y una o dos veces al año a partir de entonces para monitorear los cambios físicos apropiados en respuesta a los estrógenos.
 - a. Los niveles séricos de testosterona deben ser inferiores a 50 ng/dl.
 - b. El estradiol sérico debe estar en el rango de 100-200 pg/ml.
2. En las personas que reciben espironolactona, deben monitorearse los electrolitos séricos, en particular el potasio, y la función renal, en particular la creatinina.
3. Deben seguirse las recomendaciones del capítulo de atención primaria.

Precauciones

La terapia hormonal con estrógenos puede aumentar el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, hipertrigliceridemia, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, hiperprolactinemia y prolactinoma (Tabla 4). El

grado de riesgo no está claro, y estas afecciones deben descartarse antes de iniciar la terapia o monitorearse para detectar su aparición durante el tratamiento.

Tabla 4: Riesgos asociados a la terapia hormonal de afirmación de género (en negritas los que son clínicamente significativos) (1)

NIVEL DE RIESGO	Regímenes a base de estrógenos	Regímenes a base de testosterona
Probable aumento del riesgo	Tromboembolismo venoso Infertilidad Hiperpotasemia ^S Hipertrigliceridemia Aumento de peso	Policitemia Infertilidad Acné Alopecia androgénica Hipertensión Apnea del sueño Aumento de peso Disminución del colesterol HDL y aumento del colesterol LDL
Probable aumento del riesgo con la presencia de factores de riesgo adicionales	Enfermedad cardiovascular Enfermedad cerebrovascular Meningioma ^C Poliuria/deshidratación ^S Colelitiasis	Enfermedad cardiovascular Hipertrigliceridemia

Declaración de IMAP sobre la terapia hormonal para personas transgénero y de género diverso

Posible aumento del riesgo	Hipertensión Disfunción eréctil	
Posible aumento del riesgo con la presencia de factores de riesgo adicionales	Diabetes tipo 2 Baja masa ósea/osteoporosis Hiperprolactinemia	Diabetes tipo 2 Enfermedad cardiovascular
Sin aumento del riesgo o no concluyente	Mamas y próstata Cáncer	Baja masa ósea/osteoporosis Cáncer de mama, cuello uterino, ovarios y útero
^c Régimen basado en ciproterona ^s Régimen a base de espironolactona		

TERAPIA DE TESTOSTERONA

Regímenes (Tabla 1)

Antes de iniciar el tratamiento con testosterona, la persona usuaria debe ser valorada para detectar comorbilidades como la hipertensión, la hiperlipidemia y el riesgo de tromboembolismo. La testosterona puede administrarse en forma de comprimidos, inyecciones, geles o parches transdérmicos. La testosterona puede iniciarse con la mitad de la dosis prevista y luego valorarse rápidamente hasta alcanzar un rango terapéutico de niveles séricos de testosterona entre 400-700 ng/dl.

Efectos (Tabla 2)

Los efectos de la testosterona varían de una persona a otra. En los tres primeros meses de testosterona, los efectos incluirán el cese de la menstruación, el aumento del vello facial y corporal, el aumento del acné y la oleosidad de la piel, el aumento de la libido, el aumento de la masa muscular y la redistribución de la grasa corporal. Durante el primer año, otros efectos serán el engrosamiento de la voz, el agrandamiento del clítoris (variable), la disminución del tejido mamario y la calvicie de patrón masculino.

Monitoreo (Tabla 3)

Las personas TGD que toman testosterona deben ser monitoreadas para detectar efectos masculinizantes y adversos cada tres meses durante el primer año y luego cada 6-12 meses. Los niveles séricos de testosterona deben ser monitoreados hasta su estabilización entre 400-700 ng/dl. La frecuencia del monitoreo depende de la vía de administración de la testosterona; por ejemplo, a las personas usuarias que reciben inyecciones de testosterona se les miden los niveles máximos entre 24 y 48 horas después de las inyecciones, y los niveles mínimos inmediatamente antes de las inyecciones. El monitoreo debe incluir análisis de laboratorio para detectar niveles elevados de lípidos y hematocrito (puede producirse policitemia), exámenes de densidad mineral ósea (ya que las dosis más altas pueden provocar osteoporosis) y exámenes periódicos de detección de cáncer para quienes conserven el cuello uterino, el útero o las mamas.

Precauciones (Tabla 4)

El tratamiento con testosterona está contraindicado en personas usuarias embarazadas y en aquellas con enfermedad coronaria inestable o policitemia no tratada (hematocrito > 55 %). La evidencia de un mayor riesgo de cáncer de útero o de ovario entre las personas TGD que reciben

tratamiento con testosterona no es concluyente. La testosterona no es un anticonceptivo, por lo que las personas pueden seguir necesitando anticonceptivos en función de sus prácticas sexuales.

THAG para adolescentes transgénero: buenas prácticas internacionales

El tratamiento hormonal de adolescentes TGD es más controvertido que el de las personas transgénero adultas. La supresión de la pubertad impide el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, lo que permite ganar tiempo hasta que la persona adolescente pueda tomar sus propias decisiones sobre si iniciar la terapia hormonal y/o realizarse una CAG. Antes de iniciar la supresión de la pubertad, una persona profesional de la salud mental debe diagnosticar y confirmar la disforia de género o la incongruencia de género; el inicio de la supresión de la pubertad, normalmente mediante análogos de la gonadotropina (análogos agonistas de la GnRH), debe ser administrado por una persona profesional de endocrinología. Los análogos de la GnRH son seguros, y la pubertad puede reanudarse como de costumbre una vez que se dejan de tomar. Los siguientes son criterios mínimos para el tratamiento de supresión de la pubertad: [\(1\)](#)

CRITERIOS RESUMIDOS PARA ADOLESCENTES *Relacionados con el proceso de evaluación*

- Una evaluación biopsicosocial exhaustiva que incluya a las personas profesionales de medicina y de salud mental pertinentes.
- Participación de madres/padres/responsables parentales/tutores en el proceso de evaluación, a menos que se determine que su participación es perjudicial para la persona adolescente o no es factible.
- Si se requiere documentación escrita o una carta para recomendar un tratamiento médico y quirúrgico de afirmación del género, solo

se necesita una carta de evaluación de una persona integrante del equipo multidisciplinar. Esta carta tiene que reflejar la evaluación y la opinión del equipo en el que participan tanto personas profesionales de medicina como de la salud mental (PSM).

Bloqueadores de la pubertad

- a. La diversidad/incongruencia de género es marcada y sostenida en el tiempo;
- b. Se cumplen los criterios diagnósticos de incongruencia de género en situaciones en las que es necesario un diagnóstico para acceder a los servicios de salud;
- c. Se demuestra la madurez emocional y cognitiva necesaria para dar su consentimiento al tratamiento con conocimiento de causa;
- d. Se han abordado los problemas de salud mental (si los hubiera) que puedan interferir con la claridad del diagnóstico, la capacidad de consentimiento y los tratamientos médicos de afirmación de género; lo suficiente para que el tratamiento médico de afirmación de género pueda proporcionarse de forma óptima;
- e. Se le han informado a la persona los efectos reproductivos, incluida la posible pérdida de fertilidad y las opciones disponibles para preservar la fertilidad;
- f. Ha alcanzado la fase 2 de Tanner.

Tratamientos hormonales (Tabla 5)

1. La diversidad/incongruencia de género es marcada y sostenida en el tiempo;
2. Se cumplen los criterios diagnósticos de

incongruencia de género en situaciones en las que es necesario un diagnóstico para acceder a los servicios de salud;

3. Se demuestra la madurez emocional y cognitiva necesaria para dar su consentimiento al tratamiento con conocimiento de causa;
4. Se han abordado los problemas de salud mental (si los hubiera) que puedan interferir con la claridad del diagnóstico, la capacidad

de consentimiento y las terapias médicas de afirmación de género; lo suficiente para que el tratamiento médico de afirmación de género pueda proporcionarse de forma óptima;

5. Se le han informado a la persona los efectos reproductivos, incluida la posible pérdida de fertilidad y las opciones disponibles para preservar la fertilidad;
6. Ha alcanzado la fase 2 de Tanner.

Tabla 5: Regímenes hormonales de afirmación de género en jóvenes transgénero y de género diverso [\(2\)](#)

Inducción de la pubertad femenina (régimen basado en estrógenos) con 17 β -estradiol oral

Iniciar con 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{d}$ y aumentar cada 6 meses en 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{d}$ hasta 20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{d}$ según los niveles de estradiol.

Dosis para personas adultas = 2-6 mg/día

En adolescentes pospúberes TGD, la dosis de 17 β -estradiol puede aumentarse más rápidamente:

1 mg/día durante 6 meses seguido de 2 mg/día y más según los niveles de estradiol

Inducción de la pubertad femenina (régimen basado en estrógenos) con 17 α -estradiol transdérmico.

Dosis inicial 6,25-12,5 $\mu\text{g}/24\text{ h}$ (cortando el parche de 24 g a $\frac{1}{4}$ y luego a $\frac{1}{2}$)

Aumentar cada 6 meses 12,5 $\mu\text{g}/24\text{ h}$ según los niveles de estradiol

Dosis para personas adultas = 50-200 $\mu\text{g}/24\text{ h}$

Para alternativas una vez a dosis de personas adultas (Tabla 4)

Inducción de la pubertad masculina (régimen a base de testosterona) con ésteres de testosterona

25 mg/m²/2 semanas (o la mitad de esta dosis semanalmente)

Aumentar 25 mg/m²/2 semanas cada 6 meses hasta alcanzar la dosis adulta y los niveles

objetivo de testosterona. Ver alternativas para las testosteronas (Tabla 4)

Efectos adversos de la automedicación hormonal

La autoadministración de hormonas entre las personas TGD es bastante común. A menudo se debe a la falta de personas profesionales de salud calificadas y competentes en transexualidad o a la falta de voluntad de estas personas para

recetar hormonas a personas TGD. El miedo a los litigios es un motivo de preocupación en algunos entornos. Por lo tanto, el personal clínico debe realizar un historial de la autoadministración de hormonas previa y actual antes de prescribir una terapia hormonal. La información sobre el tipo y la dosis de los comprimidos o inyecciones hormonales autoadministrados se obtiene

principalmente a través de redes de pares o de internet, que pueden ser falibles. Incluso si la información que reciben es correcta, las personas TGD pueden tomar dosis más altas y/o más frecuentes para acelerar su proceso de feminización o masculinización. El uso no supervisado de hormonas puede afectar negativamente al funcionamiento del hígado o del corazón y aumentar el riesgo de tromboembolismo. Las probabilidades de que se produzcan efectos adversos son mayores si existe un consumo problemático de alcohol asociado.

El personal clínico que administre la terapia hormonal debe aconsejar a sus personas TGD usuarias que respeten la dosis prescrita de comprimidos o inyecciones hormonales y no aumenten la dosis o la frecuencia de forma independiente. Posibles interacciones entre las hormonas y otros medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra el VIH) también deben explicarse a las personas usuarias. Aunque la terapia antirretroviral puede aumentar o disminuir los niveles séricos de estrógenos, no hay evidencias concluyentes de que interfieran con los fármacos antirretrovirales. Dado que tanto el uso de antirretrovirales como el de hormonas puede dañar el hígado, el personal clínico debe comprobar si las personas transgénero que viven con VIH los utilizan sin supervisión.

Recomendaciones para las Asociaciones Miembro (AM)

- Las AM deben garantizar un entorno acogedor, sin juicios de valor y no discriminatorio, que incluya un lenguaje respetuoso, formularios de admisión en la clínica que tengan en cuenta el género y sanitarios unisex. Con independencia de la capacidad y la preparación para proporcionar THAG, las AM deben incluir capacitación para desarrollar las habilidades del personal clínico, de laboratorio y de consejería para tratar con sensibilidad y competencia a las personas TGD usuarias.
- Las personas profesionales de la salud deben hablar con las personas transgénero y de género diverso sobre el lenguaje o la terminología que prefieren, incluidos los nombres y los pronombres que usen, y el lenguaje para las partes de su cuerpo.
- También deben recibir capacitación para realizar exámenes físicos respetuosos y adecuados a las personas TGD.
- Las AM deben proporcionar información precisa a las personas TGD sobre la THAG y otros servicios de afirmación de género. Las AM deben asistir y/o prestar servicios, incluida la THAG. Los servicios de atención de salud deben prestarse de forma que se reduzca la angustia asociada a la disforia de género.
- A la hora de diseñar e implementar servicios adecuados para la comunidad transgénero, involucrar a las personas que la integran en su desarrollo.
- Las AM pueden valorar la demanda de THAG por parte de las personas TGD en sus áreas de servicio y evaluar la capacidad actual de sus personas prestadoras de servicios de atención de salud para proporcionar THAG. En función de estas valoraciones y de la disponibilidad de recursos (humanos, financieros y de laboratorio), las AM pueden decidir hasta qué punto desean ofrecer THAG.
- Las personas profesionales de la salud deben obtener un historial médico detallado de las personas transgénero y de género diverso que incluya el uso pasado y presente de hormonas, las cirugías gonadales, así como la presencia de factores de riesgo cardiovascular y cerebrovascular tradicionales.
- Deben aplicar las mismas directrices locales de cribado (incluida la recomendación de no realizar cribado) desarrolladas para las mujeres cisgénero con un riesgo medio y elevado de desarrollar cáncer de ovario o de endometrio, así como el cribado del cáncer de cuello uterino en su atención a las personas transgénero y con diversidad de género que presentan los mismos riesgos.
- Las personas profesionales de la salud deben estar especialmente atentas a los signos de violencia sexual y de género entre la población transgénero y de género diverso, y estar

preparadas para proporcionar apoyo clínico de primera línea y mecanismos de derivación a servicios clínicos, psicosociales y de protección a las personas sobrevivientes de la violencia.

- Las AM deben ofrecer a las personas TGD derivaciones para la eliminación del vello facial, corporal y de las zonas genitales para la afirmación de género o como parte de un proceso de preparación preoperatoria.
- Las AM deben derivar a las personas TGD que estén interesadas en la preservación de la fertilidad, a personas prestadoras con experiencia en preservación de la fertilidad para una discusión más profunda, antes de iniciar un tratamiento de afirmación de género.
- Además de toda la gama de servicios de salud sexual y reproductiva, las personas prestadoras deben hablar de la anticoncepción y ofrecerla a las personas TGD que se involucran en actividades sexuales que pueden tener como resultado un embarazo.
- Dado que la salud de las personas TGD requiere un enfoque de equipo multidisciplinar, las AM deben establecer redes y sistemas de derivación con los servicios clínicos y de salud mental apropiados; estos deben estar presentes cuando se ofrezca THAG. Es especialmente importante que, si las AM ofrecen THAG, el diagnóstico de incongruencia de género lo realice una persona profesional de medicina con experiencia, y que las personas TGD dispongan de apoyo continuado en materia de salud mental.

Referencias:

¹ Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. International Journal of Transgender Health. 2022 sept. 6;23(Suppl 1):S1-S259.

² Wylie C Hembree y otros, Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volumen 102, Número11, 1 de noviembre de 2017, páginas 3869–3903.

Quiénes somos

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) es una organización global proveedora de servicios y defensora líder de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Somos un movimiento mundial de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y los individuos.

IPPF

4 Newhams Row
London SE1 3UZ
United Kingdom

tel: +44 20 7939 8200
fax: +44 20 7939 8300
email: info@ippf.org
www.ippf.org

Organización benéfica registrada en el Reino Unido
n.º 229476

Publicación: Junio de 2023