WPATH WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION for TRANSGENDER HEALTH

www.wpath.org

Normas de atención

para la salud de personas trans y con variabilidad de género

La Asociación Mundial para la Salud Transgénero

7ª versión

WPATH WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION for TRANSGENDER HEALTH

Normas de atención

para la salud de personas trans[1] y con variabilidad de género[2]

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7ª versión[3] | www.wpath.org

1 Se utiliza el término "trans" para referirse a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no corresponde a las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer.

2 Esta es la traducción oficial al español de las *Normas de Atención* de la WPATH. Para cuestiones legales y altamente técnicas, puede ser necesario consultar la versión oficial de la WPATH en Inglés (www.wpath.org)

3 Ésta es la séptima versión de las *Normas de Atención*. Las *NDA* originales fueron publicados en 1979. Revisiones anteriores fueron realizadas en 1980, 1981, 1990, 1998 y 2005.

Tabla de contenidos

I. Finalidad y uso de las *Normas de Atención* 1
II. Aplicabilidad global de las *Normas de Atención* 3
III. Diferencia entre variabilidad de género y disforia de género 4
IV. Consideraciones epidemiológicas 7
V. Panorama de los enfoques terapéuticos para la disforia de género. 9
VI. Evaluación y tratamiento de niñas/os y adolescentes con disforia de género 12
VII. Salud mental 24
VIII. Terapia hormonal 38
IX. Salud reproductiva 58
X. Terapia de voz y comunicación 59
XI. Cirugía 62
XII. Cuidados postoperatorios y seguimiento 74
XIII. Atención preventiva y primaria permanentes 75
XIV. Aplicabilidad de las *Normas de Atención* a personas que viven en entornos institucionales 77
XV. Aplicabilidad de las *Normas de Atención* a personas con Variaciones Biológicas del Sexo 79

Referencias 83

Apéndices

A. Glosario 105
B. Panorama general de los riesgos médicos de la terapia hormonal 108
C. Resumen de los criterios para la terapia hormonal y cirugías 115
D. Evidencia para resultados clínicos de enfoques terapéuticos. 118
E. Proceso de desarrollo de las *Normas de Atención, Versión 7* 120

FINALIDAD Y USO DE LAS *NORMAS DE ATENCIÓN*

La Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero[1] (WPATH) es una asociación internacional profesional multidisciplinaria cuya misión es promover la atención basada en la evidencia, la educación, la investigación, la incidencia y defensa (*a menudo descrita en español como "abogacía"*), las políticas públicas y el respeto a la salud trans. La visión de la WPATH es reunir a diversas/os profesionales dedicadas/os al desarrollo de las mejores prácticas y políticas de apoyo en todo el mundo que promuevan la salud, la investigación, la educación, el respeto, la dignidad y la igualdad de derechos para personas trans y con variabilidad de género en todos los ámbitos culturales.

Una de las principales funciones de la WPATH es promover los más altos estándares de atención en salud para las personas a través del desarrollo de las *Normas de Atención (NDA) para la Salud de Personas Trans y con Variabilidad de Género*. Las *NDA* se basan en la mejor información científica disponible y el consenso profesional informado y basado en experiencia.[2] La mayor parte de las investigaciones y experiencias en este campo proviene de América del Norte y Europa Occidental, por lo que es necesario adaptar las *NDA* a otras partes del mundo. En esta versión de las *NDA* se incluyen sugerencias de formas para abordar la relatividad y la competencia cultural.

El objetivo general de las *NDA* es proporcionar una guía clínica para profesionales de la salud para ayudar a las personas trans y con variabilidad de género a transitar por rutas seguras y eficaces para el logro de un confort personal duradero con sus identidades de género, que les permita maximizar su salud general, su bienestar psicológico y su realización personal. Esta asistencia puede incluir la atención primaria, la atención ginecológica y urológica, opciones reproductivas, terapias de voz y comunicación, servicios de salud mental (por ejemplo, evaluación, consejería y psicoterapia), y tratamientos hormonales y quirúrgicos. Si bien se trata fundamentalmente de un documento para profesionales de la salud, las *NDA* también pueden ser utilizados por personas interesadas, sus familias e instituciones sociales para comprender cómo pueden ayudar a promover una salud óptima para miembros de esta población diversa.

---

1 Anteriormente denominada Asociación Internacional Harry Benjamin para la Disforia de Género

2 Las *Normas de Atención* (*NDA*), *Versión 7* representan un cambio significativo respecto a versiones anteriores. Los cambios en esta versión se basan en importantes transformaciones culturales, avances en el conocimiento clínico y apreciaciones de los muchos problemas de salud que pueden surgir para personas trans y con variaciones de género, más allá de la terapia hormonal y la cirugía (Coleman, 2009a, b, c, d).

La WPATH reconoce que la salud depende no sólo de una buena atención clínica, sino también de un ambiente social y político que proporcione y asegure tolerancia social, igualdad de derechos y ciudadanía plena. La salud se promueve a través de políticas públicas y reformas legales que impulsen la tolerancia y la igualdad de derechos hacia la diversidad sexual y de género, y que eliminen los prejuicios, la discriminación y el estigma. WPATH está comprometida con la incidencia y defensa ("abogacía") de estos cambios en políticas públicas y reformas legales.

Las *Normas de Atención* son guías clínicas flexibles.

Se pretende que las *NDA* sean flexibles para satisfacer las diversas necesidades de atención a la salud de personas trans y con variabilidad de género. Al tiempo que buscan ser flexibles, tratan de ofrecer estándares para promover una óptima atención a la salud y guiar el tratamiento de personas que experimentan disforia de género – entendido este término en un sentido amplio como incomodidad o malestar causado por una discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo asignado a ésta al nacer (y el papel de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, y Bockting, 2010b).

Al igual que en todas las versiones anteriores de las *NDA*, los criterios propuestos en este documento para la terapia hormonal y tratamientos quirúrgicos para las personas trans son guías clínicas. Pueden ser ajustarlos según sea necesario por profesionales en la práctica privada o por programas de salud locales, estatales o nacionales. Las alternativas clínicas a las *NDA* pueden resultar de situaciones anatómicas, sociales o psicológicas específicas de la persona; de los métodos y enfoques empleados para abordar una situación común por profesionales de la salud experimentados; del ajuste a un protocolo de investigación; de la limitación de recursos en varias partes del mundo; o de la necesidad de estrategias específicas de reducción de daño. Estas alternativas deben ser reconocidas como tales, explicadas a la persona, y documentadas a través del consentimiento informado para garantizar una atención de calidad y la protección legal de la persona. Esta documentación también es valiosa para la acumulación de nuevos datos, los cuales pueden ser examinados retrospectivamente para permitir la evolución de la atención en salud – y de las *NDA*.

Las *NDA* articulan estándares de atención, pero también contemplan la importancia de tomar decisiones informadas y el valor de los abordajes de reducción de daño. Adicionalmente, esta versión de las *NDA* reconoce y valida las diversas expresiones de género que pueden no requerir tratamientos psicológicos, hormonales o quirúrgicos. Algunas personas que se presentan en busca de atención habrán realizado un significativo progreso autodirigido hacia cambios de roles de género, transición, u otras soluciones relativas a su identidad de género o a la disforia de género. Otras personas podrán requerir servicios más intensivos. Los y las profesionales de la salud pueden utilizar las *NDA* para ayudar a que las personas usuarias de servicios consideren

toda la gama de servicios de salud que se les ofrece, de acuerdo a sus necesidades clínicas y sus metas para la expresión de género.

II

APLICABILIDAD GLOBAL DE LAS *NORMAS DE ATENCIÓN*

Mientras que las *NDA* están diseñadas para ser utilizadas en todo el mundo, la WPATH reconoce que gran parte de la experiencia clínica y los conocimientos registrados en esta área de atención a la salud provienen de fuentes de Norteamérica y de Europa Occidental, aunque progresivamente aumentan los datos provenientes de Latinoamérica. Existen diferencias de un lugar a otro, tanto entre como dentro de los países, en las actitudes sociales hacia las personas trans y con variabilidad de género. También hay variaciones en la construcción de los papeles y las identidades de género, en el lenguaje utilizado para describir las diferentes identidades de género, en la epidemiología de la disforia de género, en el acceso y el costo del tratamiento, en las terapias ofrecidas, en el número y tipo de profesionales que prestan atención, y en las cuestiones jurídicas y las políticas relacionadas con este ámbito de la salud (Winter, 2009).

Es imposible que las *NDA* reflejen todas estas diferencias. Al aplicar estas normas a otros contextos culturales, los y las profesionales de la salud deben tener en cuenta estas diferencias y adaptar las *NDA* de acuerdo a las realidades locales. Por ejemplo, en muchas culturas, las personas con variabilidad de género se encuentran en gran número y viven en formas tales que las hacen altamente visibles socialmente (Peletz, 2006). En ambientes de este tipo, es común que las personas inicien un cambio en su expresión de género y en sus características físicas en la adolescencia, o incluso antes. Muchas crecen y viven contextos sociales, culturales, y aún lingüísticos, bastante distintos a los de las culturas occidentales. Sin embargo, casi todas estas personas son sujetas a prejuicios. (Peletz, 2006; Winter, 2009). En muchas culturas, el estigma social hacia la variabilidad de género es generalizada, y los roles de género son muy definidos (Winter et al., 2009). Las personas con variabilidad de género en estos entornos se ven obligadas a ocultarse, por lo que pueden carecer de oportunidades para la adecuada atención de la salud (Winter, 2009).

Las *NDA* no están destinadas a limitar los esfuerzos para proporcionar los mejores cuidados disponibles para todas las personas. Los y las profesionales de la salud en todo el mundo - incluso aquellos/as que trabajan en áreas con escasez de recursos y oportunidades de capacitación - pueden aplicar muchos de los principios básicos en los que se fundamentan las *NDA*. Estos

principios incluyen: a) respetar a las personas con variabilidad de género (no se deben patologizar las diferencias de identidad o expresión de género); b) atender a las personas usuarias de servicios afirmando su identidad de género y reducir el malestar de la disforia de género cuando ésta se encuentre presente; c) adquirir conocimientos acerca de las necesidades de salud de personas trans y con variabilidad de género, incluyendo los beneficios y riesgos de las opciones de tratamientos para la disforia de género; d) hacer coincidir el abordaje del tratamiento a las necesidades específicas de las personas usuarias de servicios, en particular sus objetivos para la expresión de género y la necesidad de alivio de la disforia de género; e) facilitar el acceso a una atención adecuada; f) solicitar el consentimiento informado de las personas usuarias de servicios antes de proporcionar tratamiento; g) ofrecer continuidad de la atención; y h) estar preparado/a para apoyar y abogar por las personas usuarias de servicios dentro de sus familias y comunidades (escuelas, lugares de trabajo y otros ámbitos).

La terminología depende de la cultura y el tiempo, y está evolucionando rápidamente. Es importante utilizar un lenguaje respetuoso en diferentes lugares y tiempos, y entre diferentes personas. A medida que las *NDA* se traducen a otros idiomas, se debe tener gran cuidado para asegurarse que los significados de los términos sean traducidos con precisión. La terminología en inglés puede ser difícil de traducir a otros idiomas, y viceversa. Algunos idiomas no tienen palabras equivalentes para describir los diversos términos en este documento, por lo que los/las traductores/as deben ser conscientes de los objetivos fundamentales del tratamiento, y presentar orientaciones culturalmente pertinentes para alcanzar esas metas.

III

DIFERENCIA ENTRE VARIABILIDAD DE GÉNERO Y DISFORIA DE GÉNERO

El ser trans o persona con variabilidad de género es cuestión de diversidad y no de patología.

La WPATH emitió un comunicado en mayo de 2010 instando a la despatologización de la variabilidad de género en todo el mundo (WPATH Board of Directors, 2010). Esta declaración señaló que “la expresión de las características de género, incluidas las identidades, que no están

asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo".

Desafortunadamente, en muchas sociedades en todo el mundo hay un estigma asociado a la variabilidad de género. Tal estigma puede conducir a prejuicios y discriminación, lo que resulta en el llamado "estrés de minoría" (IH Meyer, 2003). El estrés de minoría es único (adicional a los factores de estrés generales experimentados por todas las personas), con base social y crónico, y puede aumentar la vulnerabilidad de las personas trans y con variabilidad de género para desarrollar problemas de salud mental tales como la ansiedad y la depresión (Institute of Medicine, 2011). Además de los prejuicios y la discriminación en la sociedad en general, el estigma puede contribuir al abuso y la negligencia en las relaciones con compañeros/as y familiares, lo que, a su vez, puede conducir a malestares psicológicos. Sin embargo, estos síntomas son socialmente inducidos, y no son inherentes al hecho de ser una persona trans o con variabilidad de género.

La variabilidad de género no es lo mismo que la disforia de género.

La no conformidad de género o variabilidad de género se refiere al grado en que la identidad, el papel o la expresión de género difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular (Institute of Medicine, 2011). *La disforia de género* se refiere a la incomodidad o malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el papel de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, y Bockting, 2010b). Sólo *algunas* personas con variabilidad de género experimentan disforia de género en *algún* momento de sus vidas.

Existen tratamientos disponibles para ayudar a las personas con este tipo de malestar a explorar su identidad de género y encontrar un rol de género que sea cómodo para ellas (Bockting y Goldberg, 2006). El tratamiento debe ser individualizado; lo que ayuda a una persona a aliviar la disforia de género puede ser muy diferente de lo que necesita otra persona. Este proceso puede o no implicar un cambio en la expresión de género o modificaciones corporales. Las opciones de tratamiento médico incluyen, por ejemplo, la feminización o masculinización del cuerpo a través de la terapia hormonal y/o cirugías, que son eficaces en el alivio de la disforia de género y médicamente necesarias para muchas personas. Las identidades y expresiones de género son diversas, y las hormonas y cirugías son sólo dos de las muchas opciones disponibles para ayudar a que las personas logren sentirse confortables consigo mismas y su identidad.

La disforia de género puede ser aliviada, en gran parte, a través de tratamiento (Murad et al., 2010). Por lo tanto, si bien es cierto que las personas trans y con variabilidad de género pueden

experimentar disforia de género en algunos momentos de sus vidas, también lo es que muchas personas que reciben tratamiento encontrarán un rol y expresión de género que les es cómodo, incluso si son distintos de los asociados a su sexo asignado al nacer, o de las normas y expectativas de género prevalecientes.

Diagnósticos relacionados con la disforia de género.

Algunas personas experimentan disforia de género a un nivel tal que esa aflicción reúne los criterios para un diagnóstico formal que puede ser clasificado como trastorno mental. Tal diagnóstico no debe ser una licencia para la estigmatización o la privación de los derechos civiles y humanos. Los sistemas de clasificación como el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (Asociación Norteamericana de Psiquiatría, 2000) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Organización Mundial de la Salud, 2007) definen cientos de trastornos mentales que varían en su aparición, duración, patogénesis, incapacidad funcional y respuesta al tratamiento. Todos estos sistemas intentan clasificar los grupos de síntomas y condiciones, no a las personas. Un trastorno es una descripción de algo con lo que una persona puede tener que hacer frente, no una descripción de la persona o de su identidad.

Por lo tanto, las personas trans y con variabilidad de género no están inherentemente enfermas. Más bien, la angustia de la disforia de género, cuando está presente, es una condición que podría ser diagnosticable, y para la que existen distintas opciones de tratamiento. La existencia de un diagnóstico para dicha disforia a menudo facilita el acceso a la atención médica y puede orientar hacia nuevas investigaciones sobre tratamientos eficaces.

Las investigaciones están dando lugar a nuevas nomenclaturas diagnósticas, y los términos están cambiando tanto en los nuevos DSM (Cohen-Kettenis y Pfäfflin, 2010; Knudson, Cuypere De, y Bockting, 2010b; Bahlburg Meyer, 2010; Zucker, 2010) como en la *Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE)*. Por esta razón, se emplean términos familiares en las *NDA*, y se proporcionan definiciones para los términos que están emergiendo. Los y las profesionales de la salud deben referirse a los criterios de diagnóstico más actuales y los códigos apropiados para aplicarlos en sus áreas de práctica profesional.

IV
CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

No se han realizado estudios epidemiológicos formales sobre la incidencia[3] y prevalencia[4] referentes a la transexualidad, específicamente, o a las identidades trans y o a las personas con variabilidad de género, en general, y los esfuerzos para llegar a estimaciones realistas están llenos de enormes dificultades (Institute of Medicine, 2011; Zucker y Lawrence, 2009). Aunque los estudios epidemiológicos establecieran que existe una proporción similar de personas trans o con variabilidad de género en todo el mundo, es probable que las diferencias culturales de un país a otro alterarían tanto las expresiones conductuales de las distintas identidades como el grado en que la disforia de género - distinta a la identidad de género - está ocurriendo realmente en una población dada. Mientras que en la mayoría de los países la transgresión a los límites normativos de género genera más censura moral que compasión, hay ejemplos de ciertas culturas en las que personas con comportamientos variables de género (por ejemplo, los de algunos líderes espirituales) son menos estigmatizados e, incluso, reverenciados (Besnier, 1994, Bolin, 1988; Chiñas , 1995; Coleman, Colgan, y Gooren, 1992; Costa y Matzner, 2007; Jackson y Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman y Dumronggittigule, 1997).

Por diversas razones, los y las investigadores que han estudiado la incidencia y prevalencia han tendido a centrarse en el subgrupo de personas con variabilidad de género más fácil de contabilizar, es decir, personas transexuales que sufren disforia de género y que se presentan en busca de atención relacionada con la reasignación de sexo en clínicas especializadas (Zucker y Lawrence, 2009). La mayoría de los estudios se han realizado en países europeos como Suecia (Wålinder, 1968, 1971), el Reino Unido (Hoenig y Kenna, 1974), los Países Bajos (Bakker, Van Kesteren, Gooren, y Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, y Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, y Megens, 1996), Alemania (Weitze y Osburg, 1996), y Bélgica (De Cuypere et al., 2007). Un estudio se realizó en Singapur (Tsoi, 1988).

De Cuypere y colegas (2007) examinaron estos estudios, además de llevar a cabo uno propio. En conjunto, estos estudios abarcan 39 años. Dejando a un lado dos hallazgos atípicos de Pauly en 1965 y Tsoi en 1988, restan diez estudios que incluyen a ocho países. Las cifras de prevalencia reportadas en estos diez estudios varían desde 1:11.900 a 1:45.000 para transfemeninas (hombre-a-mujer, HaM) y 1:30.400 a 1:200.000 para transmasculinos (mujer-a-hombre, MaH)). Algunos expertos han sugerido que la prevalencia es mucho mayor, dependiendo de la metodología utilizada en la investigación (por ejemplo, Olyslager y Conway, 2007).

3 Incidencia: número de nuevos casos en un período determinado (por ejemplo, un año).
4 Prevalencia: número de personas con una condición, dividido por el número de personas en la población.

Las comparaciones directas entre los estudios son imposibles, ya que cada uno difiere en sus métodos de recopilación de datos y en los criterios para considerar a una persona como transexual (por ejemplo, si la persona había sido objeto de reconstrucción genital, si había iniciado terapia hormonal, o si había llegado a la clínica en búsqueda de servicios de transición bajo supervisión médica). En los estudios más recientes se observa una tendencia hacia las tasas de prevalencia más altas, lo que posiblemente indica un número creciente de personas que buscan atención clínica. Esta interpretación está apoyada por la investigación de Reed y colegas (2009), quienes informaron una duplicación del número de personas que acceden a la atención en las clínicas de género en el Reino Unido cada cinco o seis años. Del mismo modo, Zucker y colegas (2008) reportaron un aumento de cuatro a cinco veces en las derivaciones de niños, niñas y adolescentes a su clínica en Toronto, Canadá, durante un período de 30 años.

Las cifras obtenidas por estudios de este tipo pueden ser consideradas estimaciones mínimas, en el mejor de los casos. Las cifras publicadas derivan, principalmente, de clínicas donde las personas usuarias de servicios cumplían criterios de disforia de género severa y tenían acceso a la atención médica en las mismas. Estas estimaciones no tienen en cuenta la percepción referente a si los tratamientos en una clínica particular son asequibles, útiles o aceptables por todas las personas que se autoidentifican como con disforia de género en un área geográfica determinada. Al contar sólo las personas que acuden a las clínicas para un tipo específico de tratamiento, se pasa por alto un número indeterminado de individuos con disforia de género.

Otras observaciones clínicas (aún no firmemente corroboradas por estudios sistemáticos) apoyan la probabilidad de una mayor prevalencia de disforia de género: (i) La disforia de género no reconocida previamente se diagnostica, ocasionalmente, cuando las personas usuarias de servicios son observadas con ansiedad, depresión, trastornos de conducta, abuso de sustancias, trastornos de identidad disociativa, trastorno limítrofe de la personalidad (borderline), trastornos sexuales y trastornos del desarrollo sexual (Cole, O'Boyle, Emory, III y Meyer, 1997); (ii) Algunas personas que se travisten, drag queens/kings o transformistas masculinos o femeninos, hombres gay y lesbianas, pueden estar experimentando disforia de género (Bullough y Bullough, 1993); (iii) La intensidad de disforia de género de algunas personas fluctúa por debajo y por encima de un umbral clínico (Docter, 1988); (iv) La variabilidad de género entre los trans-masculinos (MaH) tiende a ser relativamente invisible en muchas culturas, especialmente para los y las profesionales de la salud e investigadores occidentales que han realizado la mayor parte de los estudios en los que las actuales estimaciones de prevalencia e incidencia se basan (Winter, 2009).

En general, se consideran los datos existentes como punto de partida, y la atención a la salud se beneficiaría de estudios epidemiológicos más rigurosos en diferentes puntos del mundo.

V

PANORAMA DE LOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS PARA LA DISFORIA DE GÉNERO

Avances en el conocimiento y tratamiento de la disforia de género.

En la segunda mitad del siglo 20, el conocimiento del fenómeno de la disforia de género se incrementó cuando los y las profesionales de la salud comenzaron a brindar asistencia para aliviar la disforia de género mediante el apoyo a los cambios en las características sexuales primarias y secundarias a través de terapia hormonal y cirugías, simultáneamente con un cambio en el rol de género. Aunque Harry Benjamin ya había reconocido un espectro de variabilidad de género (Benjamin, 1966), el enfoque clínico inicial se centraba, principalmente, en la identificación de quién era un/a candidato/a apropiado/a para la reasignación de sexo que facilitara un cambio físico de hombre a mujer o de mujer a hombre de la manera más completa posible (por ejemplo, Green y Fleming, 1990; Hastings, 1974). Este enfoque fue extensamente evaluado, y ha demostrado ser muy eficaz. Las tasas de satisfacción entre los estudios osciló entre el 87% de las usuarias de servicios transfemeninas (HaM) a 97% de los usuarios de servicios transmasculinos (MaH) (Green y Fleming, 1990), y los casos de arrepentimiento fueron extremadamente raros (1-1.5% de las usuarias de servicios transfemeninas y <1% de los usuarios de servicios transmasculinos; Pfäfflin, 1993). De hecho, la terapia hormonal y las cirugías han demostrado ser médicamente necesarias para aliviar la disforia de género en muchas personas (Asociación Médica Americana, 2008; Antón, 2009; La Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero, WPATH, 2008).

A medida que el campo profesional avanzó, los y las profesionales de la salud reconocieron que, si bien muchas personas necesitan tanto la terapia hormonal y las cirugías para aliviar la disforia de género, otras necesitan sólo una de estas opciones de tratamiento, y algunas no necesitan ninguna de las dos (Bockting y Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). A menudo con la ayuda de psicoterapia, algunos individuos logran integrar sus sentimientos trans en el rol de género que se les asignó al nacer y no sienten la necesidad de feminizar o masculinizar su cuerpo. Para otras personas, los cambios en el rol y la expresión de género son suficientes para aliviar la disforia de género. Algunas personas pueden necesitar hormonas, un posible cambio en el rol de género,

pero no de cirugías, mientras que otras pueden necesitar un cambio en el rol de género junto con cirugías, pero no de hormonas. En otras palabras, el tratamiento de disforia de género se ha hecho más individualizado.

Con una generación de personas trans y con variabilidad de género que está llegando a la mayoría de edad – muchas de las cuales se han beneficiado de diferentes enfoques terapéuticos –, las personas trans se han convertido en más visibles como comunidad, y han demostrado una considerable diversidad en sus identidades, roles y expresiones de género. Algunas personas se describen a sí mismas no como personas trans sino como miembro del otro sexo, sin ambigüedades (Bockting, 2008). Otras personas afirman su identidad de género como única, y ya no se consideran ni hombre o mujer (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). En su lugar, pueden describir su identidad de género en términos específicos como trans, transgénero, bigénero o gender-queer, afirmando sus experiencias únicas que pueden trascender el concepto binario de género masculino/femenino (Bockting, 2008; Ekins y King, 2006; Nestle, Wilchins, y Howell, 2002). Muchas personas pueden no experimentar su proceso de afirmación de la identidad como una "transición", porque nunca han adoptado plenamente el rol de género que estaban asignados/as al nacer, o porque actualizan su identidad, rol y expresión de género de una forma que no implica un cambio de un rol de género a otro. Por ejemplo, algunos/as jóvenes que se identifican como genderqueer siempre han tenido su identidad y rol de género como tal (*genderqueer*). Una mayor visibilidad pública y conocimiento de la diversidad sexual y de género (Feinberg, 1996) ha ampliado las opciones de las personas con disforia de género para describir una identidad y encontrar un rol y expresión de género que son cómodos para ellas.

Los y las profesionales de la salud pueden ayudar a las personas con disforia de género a afirmar su identidad de género, explorar las diferentes alternativas para la expresión de esa identidad, y tomar decisiones sobre las opciones de tratamientos médicos para aliviar la disforia de género.

Opciones para el tratamiento médico y psicológico de la disforia de género.

Para las personas que buscan atención médica por disforia de género, una variedad de opciones terapéuticas pueden ser consideradas. El número y tipo de intervenciones aplicadas, y el orden en que éstas tienen lugar, pueden ser diferentes de persona a persona (por ejemplo, Bockting, Knudson, y Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, y Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, y Pardo, 2010). Las opciones de tratamiento incluyen:

- Cambios en la expresión y rol de género (que puede involucrar el vivir tiempo parcial o completo en otro rol de género, en consonancia con la identidad de género de la persona);

- Terapia hormonal para feminizar o masculinizar el cuerpo;
- Cirugías para cambiar las características sexuales primarias y/o secundarias (por ejemplo, senos/pechos, genitales externos y/o internos, rasgos faciales, contorno corporal);
- Psicoterapia (individual, de pareja, familiar o grupal) para fines tales como explorar la identidad, rol y expresión de género; abordar el impacto negativo de la disforia de género y el estigma en la salud mental; aliviar la transfobia internalizada; aumentar el apoyo social y entre pares; mejorar la imagen corporal; o promover resistencia.

Opciones para el apoyo social y los cambios en la expresión de género

Adicionalmente (o como alternativa) a las opciones de tratamientos psicológicos y médicos descritas anteriormente, otras opciones pueden ser considerados para ayudar a aliviar la disforia de género, por ejemplo:

- Recursos, grupos u organizaciones comunitarias de apoyo entre pares, en persona o en línea, que provean vías de apoyo social y de promoción de derechos;
- Recursos de apoyo a las familias y amigos/as, en persona o en línea;
- Terapia de voz y comunicación para ayudar a las personas a desarrollar habilidades de comunicación verbal y no verbal que faciliten la comodidad con su identidad de género;
- Depilación a través de electrólisis, tratamiento con láser o depilación con cera;
- Fajamiento o relleno de pechos, ocultamiento genital o prótesis de pene, relleno de caderas o glúteos;
- Cambios de nombre y la mención sexo en los documentos de identidad.

VI

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISFORIA DE GÉNERO

Hay diferencias significativas en la fenomenología, etapas de desarrollo, y enfoques en el tratamiento para la disforia de género en niñas y niños, adolescentes y adultos. En niñas, niños y adolescentes, hay un proceso de desarrollo rápido y dramático (físico, psicológico y sexual), una mayor fluidez y variabilidad en los resultados, en particular en niños y niñas que aún no han pasado por la pubertad. Por consiguiente, esta sección de las *NDA* ofrece directrices específicas para la evaluación clínica y el tratamiento de niñas, niños y adolescentes con disforia de género.

Diferencias entre niños/as y adolescentes con disforia de género

Una diferencia importante entre niños/as y adolescentes con disforia de género está en la proporción para quien la disforia persiste hasta la edad adulta. La disforia de género en la infancia no necesariamente continúa en la edad adulta[5]. Por el contrario, en los estudios de seguimiento de niños/as prepúberes (principalmente niños) que fueron remitidos/as a las clínicas para evaluación de disforia de género, la disforia persistió hasta la edad adulta en sólo 6-23% de los/as niños/as (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker y Bradley, 1995). Los niños, en estos estudios, eran más propensos a identificarse como gay en la edad adulta que como trans (Green, 1987; Dinero y Russo, 1979; Zucker y Bradley, 1995; Zuger, 1984). Los estudios más recientes, incluyendo también las niñas, mostró una tasa de 12-27% de persistencia de la disforia de género en la edad adulta (Drummond, Bradley Peterson-Badali, y Zucker, 2008; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008).

En contraste, la persistencia de disforia de género en la edad adulta parece ser mucho más alta para adolescentes. No hay estudios prospectivos formales. Sin embargo, en un estudio de seguimiento de 70 adolescentes diagnosticados/as con disforia de género y a las que se les han administrado hormonas de supresión de la pubertad (blockers), todos/as continuaron con la reasignación de

5 Las conductas de variabilidad de género en niños/as pueden continuar hasta la edad adulta, pero éstas no son, necesariamente, indicativas de disforia de género y de necesidad de tratamiento. Como se describe en la sección III, la disforia de género no es un sinónimo de la diversidad en expresión de género.

sexo, partiendo por la terapia hormonal de feminización/masculinización (de Vries, Steensma, Doreleijers, y Cohen-Kettenis, 2010).

Otra diferencia entre niños/as y adolescentes con disforia de género radica en la proporción de sexos de cada grupo de edad. En lo que clínicamente se refiere, en niños/as con disforia de género menores de 12 años, la proporción hombre/mujer varia de 6:1 a 3:1 (Zucker, 2004). Ya en adolescentes de más de 12 años con disforia de género, la proporción hombre/mujer es cercana a 1:1 (Cohen-Kettenis y Pfäfflin, 2003).

Como comentado en la sección IV y por Zucker y Lawrence (2009), los estudios epidemiológicos formales sobre disforia de género – en niños/as, adolescentes y adultos – son escasos. Son necesarias investigaciones adicionales para perfeccionar las estimaciones de prevalencia y persistencia en las distintas poblaciones de todo el mundo.

Fenomenología en niños y niñas

Niños y niñas de tan sólo dos años de edad pueden presentar características que podrían indicar disforia de género. Pueden expresar deseo de pertenecer al otro sexo y de tener sentimientos de infelicidad respecto sus características físicas sexuales y sus funciones. Además, es posible que prefieran ropas, juguetes y juegos que se asocian comúnmente con el otro sexo y prefieran jugar con compañeros del otro sexo. Aparentemente hay heterogeneidad en estas características: algunos/as niños/as demuestran comportamientos y deseos discordantes extremos, acompañados de un malestar severo y persistente referente a sus caracteres sexuales primarios. En otros/as niños/as, estas características son menos intensas y parcialmente presentes (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, y Bockting, 2010a).

Es relativamente común que niños y niñas con disforia de género tengan trastornos internalizados coexistentes, como ansiedad y depresión (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, y Zucker, 2003; Wallien, Swaab, y Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, y Ameeriar, 2002). La prevalencia de trastornos del espectro autista parecen ser más elevada en niños y niñas con disforia de género que en la población general (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, y Doreleijers, 2010).

Fenomenología en Adolescentes

En la mayoría de los niños y niñas, la disforia de género desaparecerá antes o al comienzo de la pubertad. Sin embargo, en algunos niños y niñas, estos sentimientos se intensifican, y la aversión

al cuerpo se desarrolla o aumenta a medida en que llegan a la adolescencia y sus características sexuales secundarias se desarrollan (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis y Pfäfflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008; Zucker y Bradley, 1995). Los datos de un estudio sugieren que la variabilidad de género más extrema en la infancia está asociada con la persistencia de la disforia de género en la adolescencia tardía y la adultez temprana (Wallien y Cohen-Kettenis, 2008). Sin embargo, muchos adolescentes y adultos que presentan disforia de género no relatan una historia de infancia con comportamientos de variabilidad de género (Docter, 1988; Landen, Wålinder, y Lundström, 1998). Por lo tanto, puede ser una sorpresa para el entorno (padres, madres, familiares, amigos y miembros de la comunidad) cuando la disforia de género de un o una joven primeramente se hace evidente en la adolescencia.

Los y las adolescentes que experimentan sus características sexuales primarias y/o secundarias y su sexo asignado al nacer como incompatibles con su identidad de género pueden sentir una intensa angustia al respecto. Muchos y muchas, pero no todos/as, los y las adolescentes con disforia de género desean intensamente la administración de hormonas o la realización de cirugías. Un número creciente de adolescentes ya ha empezado a vivir en su rol de género deseado al entrar en la escuela secundaria (Cohen-Kettenis y Pfäfflin, 2003).

Entre los y las adolescentes que han sido remitidos/as a clínicas de identidad de género, el número considerado elegible para recibir tratamiento médico temprano – administración de análogos de GnRH para suprimir la pubertad en las primeras etapas de Tanner – difiere entre países y centros. No todas las clínicas ofrecen supresión de la pubertad. Si este tratamiento se ofrece, la etapa puberal en la que se permite que los y las adolescentes comiencen varía de la etapa 2 a la etapa 4 de Tanner (Delemarre-van de Waal y Cohen-Kettenis, 2006;. Zucker et al., en prensa). Los porcentajes de adolescentes tratados/as son probablemente influenciados por la organización de la atención en salud, aspectos de seguros de salud, diferencias culturales, opiniones de profesionales de la salud, y procedimientos de diagnóstico que se ofrecen en diferentes configuraciones.

Algunos médicos sin experiencia pueden confundir indicaciones de disforia de género con ilusiones delirantes. Fenomenológicamente, hay una diferencia cualitativa entre la presentación de disforia de género y la presentación de delirio u otras manifestaciones psicóticas. La gran mayoría de niños, niñas y adolescentes con disforia de género no está presentando una enfermedad psiquiátrica grave subyacente, tales como trastornos psicóticos (Steensma, Biemond, de Boer, y Cohen-Kettenis, publicado en línea antes de su impresión el 07 de enero 2011).

Es más común que en los y las adolescentes con disforia de género coexistan trastornos internalizados como la ansiedad y la depresión, y/o trastornos externalizados tales como trastorno de oposición desafiante (de Vries et al., 2010). Al igual que en los niños y niñas, parece que hay una mayor prevalencia de trastornos del espectro autista, en lo que clínicamente se refiere, entre adolescentes con disforia de género que en la población general de adolescentes (de Vries et al., 2010).

Competencias necesarias de los y las profesionales de la salud mental que trabajan con niños, niñas o adolescentes con disforia de género

Las siguientes son las credenciales mínimas recomendadas para los y las profesionales de la salud mental que evalúan, refieren y ofrecen tratamiento a los niños, niñas y adolescentes que presentan disforia de género:

1. Cumplir con los requisitos de competencia para profesionales de la salud mental que trabajan con adultos, tal como se indica en la sección VII;

2. Formado/a en psicopatología del desarrollo en la infancia y la adolescencia;

3. Competente en el diagnóstico y tratamiento de los problemas comunes de niños, niñas y adolescentes.

Funciones de los y las profesionales de la salud mental que trabajan con niños, niñas y adolescentes con disforia de género

El papel de los y las profesionales de la salud mental que trabajan con niños, niñas y adolescentes con disforia de género puede incluir lo siguiente:

1. Directamente evaluar disforia de género en niños, niñas y adolescentes (ver normas generales para la evaluación más adelante);

2. Proporcionar asesoría familiar y psicoterapia de apoyo para ayudar a niños, niñas y adolescentes con la exploración de su identidad de género, aliviando la angustia relacionada con su disforia de género y disminuyendo cualquier otra dificultad psicosocial;

3. Evaluar y tratar las preocupaciones de salud mental coexistentes de los niños, niñas o adolescentes (o derivar a otro profesional de la salud mental para su tratamiento). Estas preocupaciones deben abordarse como parte del plan de tratamiento general;

4. Derivar adolescentes para otras intervenciones físicas (como hormonas de supresión de la pubertad) para aliviar la disforia de género. La derivación debe incluir la documentación de evaluación de disforia de género y salud mental, la elegibilidad del o de la adolescente a intervenciones físicas (descrito más adelante), los conocimientos relevantes del profesional

de salud mental, y cualquier otra información pertinente para la salud del o de la joven y derivación para tratamientos específicos;

5. Educar y abogar en favor de los niños, niñas y adolescentes con disforia de género, y sus familias en su comunidad (por ejemplo, guarderías, escuelas, campamentos, otras organizaciones). Esto es particularmente importante a la luz de la evidencia de que los niños, niñas y adolescentes que no se ajustan a las normas de género socialmente prescritas pueden experimentar acoso en la escuela (Grossman, D'Augelli, y Salter, 2006; Grossman, Augelli D', Howell, y Hubbard, 2006; Sausa, 2005), poniéndolos/as en riesgo de aislamiento social, depresión y otras secuelas negativas (Nuttbrock et al., 2010);

6. Proporcionar a los niños, niñas, jóvenes y sus familias con información y referencias para ayuda entre pares, tales como grupos de apoyo para padres y madres de niños y niñas trans y con variabilidad de género (Gold y MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

Las evaluaciones e intervenciones psicosociales para niños, niñas y adolescentes a menudo se proporcionan enmarcadas en un servicio multidisciplinario especializado en identidad de género. Si este servicio multidisciplinario no está disponible, un profesional de salud mental debe proporcionar mecanismos de asesoría y colaboración con un endocrinólogo pediátrico con el propósito de evaluación, educación y participación en las decisiones acerca de las intervenciones físicas.

Evaluación psicológica de niños, niñas y adolescentes

Al evaluar a los niños, niñas y adolescentes que se presentan con disforia de género, los y las profesionales de la salud mental, en general, deberán seguir las siguientes pautas:

1. Los y las profesionales de la salud mental no deben rechazar o expresar una actitud negativa hacia las identidades de género no conformes o indicaciones de disforia de género. Más bien, deben reconocer las preocupaciones que presentan los niños, niñas, adolescentes y sus familias; ofrecer una completa evaluación para disforia de género y las preocupaciones de salud mental coexistentes; y educar a personas usuarias de servicios y sus familias sobre las opciones terapéuticas, si es necesario. La aceptación y el desahogo del secreto pueden traer un alivio considerable a los niños, niñas y adolescentes con disforia de género y sus familias;

2. Los y las profesionales de la salud mental no deben rechazar o expresar una actitud negativa hacia las identidades de género no conformes o indicaciones de disforia de género. Más bien, deben reconocer las preocupaciones que presentan los niños, niñas, adolescentes y sus familias; ofrecer una completa evaluación para disforia de género y las preocupaciones de

salud mental coexistentes; y educar a personas usuarias de servicios y sus familias sobre las opciones terapéuticas, si es necesario. La aceptación y el desahogo del secreto pueden traer un alivio considerable a los niños, niñas y adolescentes con disforia de género y sus familias;

3. Para adolescentes, la fase de evaluación también debe utilizarse para informar a los y las jóvenes y a sus familias acerca de las posibilidades y limitaciones de los diferentes tratamientos. Esto es necesario para el consentimiento informado, pero también es importante para la evaluación. La forma en que los y las adolescentes responden a la información sobre la realidad de la reasignación de sexo puede ser útil para el establecimiento de un diagnóstico. La información correcta puede alterar el deseo de un o una joven de un cierto tratamiento, si el deseo se basaba en expectativas poco realistas de sus posibilidades.

Intervenciones psicológicas y sociales para niños, niñas y adolescentes

Al apoyar y tratar a niños, niñas y adolescentes con disforia de género, los y las profesionales de la salud, en general, deberán seguir las siguientes pautas:

1. Los y las profesionales de la salud mental deben ayudar a las familias a tener una respuesta acogedora y educativa a las preocupaciones de su niño, niña o adolescente con disforia de género. Las familias juegan un papel muy importante en la salud psicológica y el bienestar del o de la joven (Brill y Pepper, 2008; Lev, 2004). Esto también se aplica a compañeros/as y mentores/as en la comunidad, que pueden ser otra fuente de apoyo social.

2. La psicoterapia debe centrarse en la reducción de la angustia del niño, niña o adolescente relacionada con la disforia de género y en disminuir cualquier otra dificultad psicosocial. Para los y las jóvenes que buscan reasignación de sexo, la psicoterapia puede centrarse en apoyarlos antes, durante y después de la reasignación. No se han publicado evaluaciones formales de diferentes enfoques psicoterapéuticos para esta situación, pero se han descrito varios métodos de consejería (Cohen-Kettenis, 2006; De Vries, Cohen-Kettenis, y Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie y Thümmel de 2006; Hill, Menvielle, Sica, y Johnson, 2010; Malpas, en prensa; Menvielle y Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

   El tratamiento dirigido a tratar de cambiar la identidad y expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado al nacer ha sido intentado en el pasado sin éxito (Gelder y Marks, 1969; Greenson, 1964), sobre todo en el largo plazo (Cohen-Kettenis y Kui-per, 1984; Pauly, 1965). Dicho tratamiento no es considerado ético.

3. Las familias deben recibir apoyo en la gestión de la incertidumbre y la ansiedad acerca de las perspectivas psicosexuales futuras de su niño, niña o adolescente, y en ayudar a los jóvenes a desarrollar un autoconcepto positivo.

4. Los y las profesionales de salud mental no deben imponer una visión binaria del género. Deben indicar amplios márgenes para que las personas usuarias de sus servicios exploren diferentes opciones de expresión de género. Las intervenciones hormonales quirúrgicas pueden ser apropiadas para algunos adolescentes, pero no para otros.

5. Las personas usuarias de servicios y sus familias deben recibir apoyo en la toma de decisiones difíciles con respecto al grado en el que a las mismas se les permite expresar un rol de género que sea coherente con su identidad de género, así como en el momento de los cambios en el rol de género y posible transición social. Por ejemplo, una persona usuaria de servicios puede asistir a la escuela asumiendo un proceso de transición social parcial (por ejemplo, el uso de ropa y con un peinado que refleje su identidad de género) o total (por ejemplo, utilizando también un nombre y pronombres congruentes con su identidad de género). Las cuestiones difíciles son acerca de si es necesario y en caso afirmativo cuándo informar a los y las demás de la situación de la persona usuaria de servicios, y cómo otras personas en sus vidas responderán.

6. Los y las profesionales de la salud deben apoyar a las personas usuarias de servicios y sus familias como educadores y defensores en sus interacciones con miembros de la comunidad y autoridades como profesores/as, juntas escolares, y los tribunales.

7. Los y las profesionales de la salud mental deberían esforzarse por mantener una relación terapéutica con niños/niñas/adolescentes con variabilidad de género y sus familias en el trascurso de posibles cambios sociales o intervenciones físicas posteriores. Esto asegura que las decisiones sobre la expresión de género y el tratamiento de la disforia de género son cuidadosamente y recurrentemente considerados. El mismo razonamiento se aplica si un niño, niña o adolescente ya ha cambiado socialmente el rol de género antes de ser visto por un profesional de salud mental.

Transición social en la temprana niñez

Algunos niños y niñas manifiestan el deseo de hacer una transición social hacia un rol de género diferente mucho antes de la pubertad. Para algunos y algunas, esto puede reflejar una expresión de su identidad de género. Para otros y otras, esto podría tener otro origen. El grado en el que las familias permiten a sus hijos o hijas pequeñas hacer una transición social a otro rol de género es variado. Algunas transiciones sociales en la primera infancia se producen en algunas familias con éxito inmediato. Este es un tema polémico, y las opiniones expresadas por profesionales de la

salud son divergentes. La base de la evidencia actual es insuficiente para predecir los resultados a largo plazo de concretar una transición de roles de género en la infancia temprana. La investigación de resultados con niños y niñas que completaron las primeras transiciones sociales contribuirán enormemente para futuras recomendaciones clínicas.

Los y las profesionales de la salud mental pueden ayudar a las familias a tomar decisiones sobre el momento y el proceso de cambio en el rol de género de sus hijos o hijas pequeñas. Deben proporcionar información y ayudar a las madres y padres a considerar los beneficios potenciales y los retos de cada opción. En este sentido, la baja tasa de persistencia de disforia de género durante la infancia descrita anteriormente es relevante (Drummond et al., 2008; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008). Un cambio de vuelta al rol de género original puede ser muy doloroso, e incluso resultar en el aplazamiento de esta segunda transición social por parte del niño o niña (Steensma y Cohen-Kettenis, 2011). Por razones como éstas, las madres y padres pueden preferir tomar este cambio de rol como una exploración en el vivir en otro rol de género, en lugar de una situación irreversible. Los y las profesionales de la salud mental pueden ayudar a padres y madres en la identificación de posibles soluciones o propuestas intermediarias (por ejemplo, sólo cuando están de vacaciones). También es importante que las madres y padres informen al niño o niña de forma explícita que él o ella puede cambiar de idea.

Independientemente de las decisiones de la familia con respecto a la transición (momento, grado), los y las profesionales deben aconsejarla y apoyarla en su trabajo a través de las opciones y sus implicaciones. En el caso de padres y madres que no permiten que sus niños o niñas pequeñas hagan una transición de roles de género, es posible que necesiten asesoramiento para ayudarles a satisfacer las necesidades de sus hijos o hijas de una manera sensible y cuidadosa, asegurándose de que el niño o la niña tenga amplias posibilidades de explorar sentimientos y comportamientos de género en un ambiente seguro. Si los padres y madres permiten que sus niñas o niños pequeños hagan una transición de roles de género, es posible que necesiten asesoramiento para facilitar una experiencia positiva para su hijo o hija. Por ejemplo, pueden necesitar apoyo en el uso de los pronombres correctos, el mantenimiento de un entorno seguro y de apoyo para su hijo o hija en transición (por ejemplo, en la escuela, en los grupos de amigos/as), y la comunicación con otras personas en la vida de su hijo o hija. En cualquier caso, a medida en que un niño o niña se acerca a la pubertad, una evaluación adicional puede ser necesaria ya que las opciones para intervenciones físicas se vuelven relevantes.

Intervenciones físicas para adolescentes

Antes de que cualquier intervención física sea considerada para adolescentes, es necesario llevar a cabo una extensa exploración de cuestiones psicológicas, familiares y sociales, como se indica

más arriba. La duración de esta exploración puede variar considerablemente dependiendo de la complejidad de la situación.

Las intervenciones físicas deben abordarse en el contexto del desarrollo del o de la adolescente. Algunas ideas relacionadas con la identidad en los y las adolescentes pueden llegar a ser firmemente sostenidas y fuertemente expresadas, dando una falsa impresión de irreversibilidad. El cambio de un o una adolescente hacia la conformidad de género puede ocurrir, sobre todo, para complacer a los padres y madres, y pueden no persistir o reflejar una mudanza permanente en la disforia de género (Hembree et al., 2009; Steensma et al., publicado en línea antes de impresión en 07 de enero de 2011).

Las intervenciones físicas para adolescentes se dividen en tres categorías o etapas (Hembree et al., 2009):

1. *Intervenciones totalmente reversibles*. Éstas implican el uso de análogos de GnRH para suprimir la producción de estrógeno o testosterona y, consecuentemente, retrasar los cambios físicos de la pubertad. Las opciones alternativas de tratamiento incluyen las progestinas (más comúnmente medroxiprogesterona) u otros medicamentos (por ejemplo, espironolactona), que disminuyen los efectos de los andrógenos secretados por los testículos de los adolescentes que no reciben análogos de GnRH. Anticonceptivos orales continuos (o de medroxiprogesterona) pueden ser usados para suprimir la menstruación.

2. *Intervenciones parcialmente reversibles*. Éstas incluyen la terapia hormonal para masculinizar o feminizar el cuerpo. Algunos de los cambios inducidos por las hormonas pueden necesitar cirugía reconstructiva para neutralizar el efecto (por ejemplo, ginecomastia causada por los estrógenos), mientras que otros cambios no son reversibles (por ejemplo, la profundización del tono de voz causada por la testosterona).

3. *Intervenciones irreversibles*. Son procedimientos quirúrgicos.

Un proceso gradual es recomendado para mantener las opciones abiertas durante las dos primeras etapas. No se debe saltar de una etapa a otra hasta que no haya pasado tiempo suficiente para que los/as adolescentes, y sus madres y padres asimilen plenamente los efectos de las intervenciones anteriores.

Intervenciones totalmente reversibles

Los y las adolescentes pueden ser elegibles para hormonas de supresión de la pubertad tan pronto los cambios hayan comenzado. Para que los/as adolescentes, y sus madres y padres tomen una

decisión informada sobre el retraso puberal, se recomienda que los y las adolescentes experimenten el inicio de la pubertad hasta, al menos, la etapa Tanner 2. Algunos niños y niñas pueden llegar a esta etapa a edades muy tempranas (por ejemplo, 9 años de edad). Estudios de evaluación de este enfoque han incluido sólo los niños y niñas que tenían al menos 12 años de edad (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, y Delemarre-van de Waal, 2011; Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, y Cohen-Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal y Cohen-Kettenis, 2006).

Dos metas justifican la intervención con hormonas de supresión de la pubertad: (i) su uso da al o la adolescente más tiempo para explorar su variabilidad de género y otras cuestiones de desarrollo; y (ii) su utilización puede facilitar la transición al impedir el desarrollo de las características sexuales que son difíciles o imposibles de revertir si el o la adolescente continua hacia una reasignación de sexo.

La supresión de la pubertad puede continuar durante algunos años, llegando un momento en el que se toma la decisión de interrumpir la terapia hormonal o pasar a un régimen hormonal de feminización/masculinización. La supresión de la pubertad no deriva, necesariamente, a la transición social o la reasignación de sexo.

Criterios para las hormonas de supresión de la pubertad

Para que los y las adolescentes reciban las hormonas de supresión de la pubertad, los criterios mínimos siguientes deben cumplirse:

1. El o la adolescente ha demostrado un patrón de larga duración e intensidad de variabilidad de género o disforia de género (ya sea suprimida o expresada);

2. La disforia de género surgió o se agravó con la llegada de la pubertad;

3. Los problemas psicológicos, médicos o sociales co-existentes que puedan interferir con el tratamiento (por ejemplo, que pueda comprometer el cumplimiento del tratamiento) han sido abordados, de manera que la situación del o de la adolescente y su funcionamiento son lo suficientemente estables para iniciar el tratamiento;

4. El o la adolescente ha dado su consentimiento informado y, especialmente cuando éste o ésta no ha alcanzado la edad de consentimiento médico, los padres, madres u otros cuidadores o tutores han consentido para el tratamiento y están involucrados/as en el apoyo al o la adolescente en todo el proceso del tratamiento.

Regímenes, seguimiento y riesgos para la supresión de la pubertad

Para la supresión de la pubertad, las adolescentes con genitales masculinos deben ser tratadas con análogos de GnRH que detienen la secreción de hormona luteinizante y, por lo tanto, la secreción de testosterona. Alternativamente, estas personas pueden ser tratadas con progestinas (por ejemplo, medroxiprogesterona) o con otros medicamentos que bloquean la secreción de testosterona y/o neutralizan la acción de la testosterona. Los adolescentes con genitales femeninos deben ser tratados con análogos de la GnRH que detienen la producción de estrógeno y progesterona. Alternativamente, pueden ser tratados con progestinas (por ejemplo, medroxiprogesterona). Los anticonceptivos orales continuos (o de medroxiprogesterona) pueden usarse para suprimir la menstruación. En ambos grupos de adolescentes, el uso de análogos de la GnRH es el tratamiento preferido (Hembree et al., 2009), pero su alto costo lo hace imposible para algunas personas usuarias de servicios.

Durante la supresión de la pubertad, el desarrollo físico de un o una adolescente debe ser cuidadosamente monitoreado – de preferencia por un endocrinólogo pediátrico – de modo que las intervenciones necesarias pueden ocurrir (por ejemplo, para establecer una adecuada altura del género apropiado, para mejorar la baja densidad mineral ósea de origen iatrogénico) (Hembree et al., 2009).

El uso temprano de las hormonas de supresión de la pubertad puede evitar consecuencias negativas sociales y emocionales de la disforia de género con mayor eficacia que con su uso posterior. La intervención en la adolescencia temprana debe ser manejada con asesoramiento pediátrico endocrinológico, cuando esté disponible. Las adolescentes con genitales masculinos que inician análogos de GnRH en el principio de la pubertad deben ser informadas de que esto podría resultar en un insuficiente tejido del pene para técnicas de vaginoplastia de inversión (ciertas técnicas alternativas, tales como el uso de un injerto de piel o tejido del colon se encuentran disponibles).

Ni la supresión de la pubertad ni el permitir que la pubertad se produzca es un acto neutral. Por un lado, el funcionamiento posterior en la vida puede ser comprometido por el desarrollo de las características sexuales secundarias irreversibles durante la pubertad experimentando por años una disforia de género intensa. Por otro lado, existen preocupaciones sobre los efectos físicos negativos secundarios del uso de análogos de GnRH (por ejemplo, en el desarrollo óseo y la altura). Aunque los primeros resultados de este enfoque (según la evaluación de adolescentes monitoreados por más de 10 años) son prometedores (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal y Cohen-Kettenis, 2006), los efectos a largo plazo sólo puede determinarse cuando las personas usuarias de servicios alcancen la edad apropiada.

Intervenciones parcialmente reversibles

Los y las adolescentes pueden ser elegibles para comenzar la terapia hormonal de feminización/masculinización, preferiblemente con consentimiento de sus padres y madres. En muchos países, a los 16 años de edad las personas son mayores de edad para la toma de decisiones médicas y no requieren consentimiento de sus padres y madres. Idealmente, las decisiones de tratamiento deben hacerse entre el o la adolescente, la familia y el equipo de tratamiento.

Los regímenes para la terapia hormonal en adolescentes con disforia de género difieren sustancialmente de los que se utilizan en adultos (Hembree et al., 2009). Los regímenes hormonales para jóvenes se han adaptado teniendo en cuenta el desarrollo somático, emocional y mental que se produce durante la adolescencia (Hembree et al., 2009).

Intervenciones irreversibles

La cirugía genital no debe llevarse a cabo hasta que (i) las personas usuarias de servicios alcancen la mayoría de edad legal para dar su consentimiento para procedimientos médicos de acuerdo con las leyes de su país, y (ii) las personas usuarias de servicios han vivido continuamente durante, al menos, 12 meses en el rol de género que es congruente con su identidad de género. El umbral de edad debe ser visto como un criterio mínimo y no una indicación de por sí para una intervención activa.

Una cirugía de remoción de tejido mamario en usuarios de servicios transmasculinos (MaH) podría llevarse a cabo antes de la cirugía genital, preferiblemente después de algún tiempo de vivir en el género deseado y después de un año de tratamiento con testosterona. La intención de esta secuencia sugerida es dar a los y las adolescentes oportunidad suficiente para experimentar y ajustarse socialmente en un rol de género más masculino, antes de someterse a una cirugía irreversible. Sin embargo, algunos enfoques diferentes pueden ser más adecuados, dependiendo de la situación clínica específica del adolescente y las metas y expectativas propuestas para la expresión de su identidad de género.

Riesgos de obstaculizar el tratamiento médico para adolescentes

La interferencia con la implementación de intervenciones médicas oportunas para adolescentes podría prolongar la disforia de género y contribuir a una apariencia que podría provocar abusos y estigmatización. Ya que el nivel de abuso relacionado con el género se asocia fuertemente con el

grado de sufrimiento psiquiátrico durante la adolescencia (Nuttbrock et al., 2010), la obstrucción de la supresión de la pubertad y de la posterior terapia hormonal de feminización o masculinización no es una opción neutral para los y las adolescentes.

VII
SALUD MENTAL

Las personas trans y con variabilidad de género podrían buscar apoyo de un o una profesional de salud mental por múltiples razones. Independientemente de la razón por las que una persona busca ayuda profesional, los y las proveedores de salud mental deben estar familiarizados/as con la noción y manifestaciones de la variabilidad de género, actuar con competencia cultural apropiada, y mostrar sensibilidad al proporcionar la atención que requiere la persona usuaria de servicios.

Esta sección de las *NDA* se centra en el papel de los y las profesionales de salud mental en la atención de personas adultas que buscan ayuda para la disforia de género y problemas relacionados. Los y las profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes con disforia de género y sus familias deben consultar la sección VI.

Competencias necesarias de los y las proveedores de salud mental que trabajan con personas adultas que acuden a servicios por disforia de género

La formación de profesionales de salud mental competentes para trabajar con adultos con disforia de género se basa en competencias clínicas generales básicas en evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. La formación clínica puede darse dentro de cualquier disciplina que prepara a profesionales de salud mental para la práctica clínica, como la psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería de salud mental, terapia de parejas y familiar, enfermería, o medicina familiar con formación específica en salud comportamental y consejería. Las siguientes son las credenciales mínimas recomendadas para profesionales de la salud mental que trabajan con adultos que acuden a servicios para resolver el malestar causado por disforia de género:

1. Una maestría o su equivalente en un campo clínico de las ciencias del comportamiento. Este grado, o uno más avanzado, debe ser otorgado por una institución acreditada por las

instituciones de acreditación nacionales o regionales apropiadas. El o la profesional de salud mental debe disponer de las credenciales documentadas otorgadas por las instancias de certificación del país.

2. Competencia en el uso del *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* y/o la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* para fines de diagnóstico.

3. Capacidad para reconocer y diagnosticar problemas de salud mental coexistentes y para diferenciarlos de la disforia de género.

4. Capacitación supervisada documentada y competencia en psicoterapia o consejería.

5. Conocimiento sobre identidades y expresiones de variabilidad de género, y la evaluación y tratamiento de la disforia de género.

6. Educación continua en la evaluación y tratamiento de la disforia de género. Esto puede incluir la asistencia a reuniones, talleres o seminarios profesionales pertinentes; la supervisión de un o una profesional de salud mental con experiencia; o la participación en investigaciones relacionadas con la variabilidad de género y la disforia de género.

Además de las credenciales mínimas citadas, se recomienda que los y las profesionales de salud mental desarrollen y mantengan competencia cultural para facilitar su trabajo con consultantes trans y con variabilidad de género. Esto puede implicar, por ejemplo, informarse e investigar acerca de la comunidad, la promoción de derechos y las cuestiones de políticas públicas relacionadas con estas personas y sus familias. Además, son recomendables conocimientos acerca de la sexualidad, problemas de salud sexual, y evaluación y tratamiento de trastornos sexuales. Estos conocimientos no pueden ni deben limitarse a cuestiones meramente reproductivas.

Los y las profesionales de la salud mental que son nuevos o nuevas en el campo (independientemente de su nivel de formación y experiencia de otro tipo) deben trabajar bajo la supervisión de un o una profesional de salud mental con competencia en la evaluación y tratamiento de la disforia de género.

Tareas de los y las profesionales de la salud mental que trabajan con personas adultas que acuden a servicios por las molestias causadas por disforia de género

Los y las profesionales de la salud mental pueden prestar servicios a las personas trans y con variabilidad de género y a sus familias de muchas maneras, dependiendo de las necesidades de

la persona usuaria de servicios. Por ejemplo, los y las profesionales de la salud mental pueden actuar como psicoterapeutas, consejeros/as o terapeutas familiares, o como asesores, defensores o educadores.

Los y las profesionales de la salud mental deben determinar las razones por las que la persona busca ayuda profesional. Por ejemplo, una persona puede presentarse buscando cualquier combinación de los siguientes servicios de atención de la salud: psicoterapia para explorar la identidad y expresión de género o para facilitar un proceso de aceptación; evaluación y derivación para intervenciones médicas de feminización/masculinización; apoyo psicológico a miembros de la familia (pareja, hijos, hijas, parientes lejanos); psicoterapia no relacionada con las cuestiones de género; u otros servicios profesionales.

A continuación se presentan las directrices generales para tareas comunes que los y las profesionales de la salud mental pueden cumplir en el trabajo con adultos que acuden a servicios por presentar molestias y malestar relacionados con disforia de género.

Tareas relacionadas con la evaluación y la derivación

1. Evaluar disforia de género

Los y las profesionales de la salud mental evalúan la disforia de género de las personas usuarias de servicios en el contexto de una evaluación de su ajuste psicosocial (Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009). Esta evaluación incluye, como mínimo, una valoración de la identidad de género y la disforia de género, la historia y el desarrollo de los sentimientos de disforia de género, el impacto del estigma asociado a la variabilidad de género en la salud mental, y la disponibilidad de apoyo de familiares, amigos/as y pares (por ejemplo, en persona o por contacto en línea con grupos o personas trans o con variabilidad de género). La evaluación puede resultar en que no se establezca ningún diagnóstico, o a que establezca un diagnóstico formal relacionado con la disforia de género, y/o en otros diagnósticos que describan aspectos de la salud y del ajuste psicosocial de la persona usuaria de servicios. El papel de los y las profesionales de la salud mental incluye garantizar razonablemente que la disforia de género no es secundaria a otros diagnósticos.

Los y las profesionales de la salud mental con las competencias descritas anteriormente (de aquí en adelante se denominaran de “profesionales de la salud mental calificados/as”) son los y las profesionales mejor preparados/as para llevar a cabo esta evaluación de la disforia de género. Sin embargo, esta tarea puede ser realizada por otro tipo de profesional de la salud que tenga la formación adecuada en salud mental y sea competente en la evaluación de la disforia de género, particularmente si se encuentra actuando como parte de un equipo multidisciplinario especializado

que proporciona acceso a la terapia hormonal de feminización/masculinización. Este profesional puede ser el o la que prescribe la terapia hormonal o un/una integrante del equipo que provee la atención médica.

2. Proporcionar información sobre las opciones de identidad y expresión de género y las posibles intervenciones médicas

Una tarea importante de los y las profesionales de la salud mental es educar a los clientes en cuanto a la diversidad de identidades y expresiones de género, y las diferentes opciones disponibles para aliviar la disforia de género. A partir de allí, los y las profesionales de la salud mental pueden facilitar un proceso (o derivar a otro lugar) en el que las personas usuarias de servicios exploren las diversas opciones, con el objetivo de encontrar un rol y una expresión de género cómoda, y prepararse para tomar una decisión plenamente informada acerca de las intervenciones médicas disponibles, si necesario. Este proceso podría incluir la derivación para terapia individual, familiar, o grupal y/o a recursos comunitarios y vías para apoyo entre pares. El o la profesional y la persona usuaria de servicios deben discutir las implicaciones, tanto a corto como a largo plazo, de cualquier cambio en el rol de género y el uso de intervenciones médicas. Estas implicaciones pueden ser psicológicas, sociales, físicas, sexuales, laborales, financieras y legales (Bockting et al., 2006; Lev, 2004).

Esta tarea también es mejor cuando la realiza un o una profesional de salud mental calificado/a, pero puede ser realizada por otro profesional de la salud con formación adecuada en salud mental y con suficientes conocimientos sobre las identidades y expresiones de variabilidad de género y sobre las posibles intervenciones médicas para la disforia de género, particularmente si se encuentra actuando como parte de un equipo multidisciplinario especializado que proporciona acceso a la terapia hormonal de feminización/masculinización.

3. Evaluar, diagnosticar y discutir las opciones de tratamiento para problemas de salud mental coexistentes

Las personas que se presentan con disforia de género pueden enfrentar una serie de problemas de salud mental (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godas, y Valdés, 2009; Murad et al., 2010), sean relacionados o no con lo que suele ser un largo historial de disforia de género y/o estrés de minorías crónico. Entre estos problemas se encuentran ansiedad, depresión, autolesiones, un historial de abuso y negligencia, compulsividad, abuso de sustancias, problemas sexuales, trastornos de personalidad, trastornos alimenticios, trastornos psicóticos y trastornos del espectro autista (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). Los y las profesionales de la salud mental deben investigar estos y otros problemas de salud mental e incorporar las preocupaciones identificadas en el plan de tratamiento general. Estas preocupaciones pueden ser fuentes

significativas de estrés y, si son dejadas sin tratar, pueden complicar el proceso de exploración de la identidad de género y el término de disforia de género (Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Abordar estas preocupaciones puede facilitar enormemente la resolución de la disforia de género, los posibles cambios en el rol de género, la toma de decisiones informadas sobre las intervenciones médicas, y las mejoras en la calidad de vida.

Algunas personas usuarias de servicios pueden beneficiarse de medicamentos psicotrópicos para aliviar los síntomas o tratar problemas de salud mental coexistentes. Los y las profesionales de la salud mental deben reconocer esto y proporcionar tratamiento farmacológico, o derivarlo a un o una profesional colega calificado/a para hacerlo. La presencia de problemas de salud mental coexistentes no excluye necesariamente los posibles cambios en el rol de género o el acceso a hormonas de feminización/masculinización o cirugías, sino que estas preocupaciones deben ser tratadas apropiadamente antes de, o simultáneamente con, el tratamiento de la disforia de género. Además, las personas usuarias de servicios deben ser evaluados/as por su capacidad para dar su consentimiento informado respecto a tratamientos médicos.

Los y las profesionales de la salud mental calificados/as están especialmente capacitados/as para evaluar, diagnosticar y tratar (o derivar a un tratamiento para) estos problemas de salud mental coexistentes. Otros y otras profesionales de la salud con formación adecuada en salud mental también pueden explorar problemas de salud mental, sobre todo si se encuentra actuando como parte de un equipo multidisciplinario especializado que proporciona acceso a la terapia hormonal de feminización/masculinización. En los casos indicados pueden derivar con otro o otra profesional de la salud mental calificado/a para una evaluación y tratamiento exhaustivos.

4. Si corresponde, evaluar elegibilidad, preparar y derivar para terapia hormonal

Las *NDA* proporcionan criterios para orientar las decisiones relativas a la terapia hormonal de feminización/masculinización (descritos en la sección VIII y el Apéndice C). Los y las profesionales de salud mental pueden ayudar a las personas que están considerando la terapia hormonal a estar preparados/as a nivel psicológico (por ejemplo, si la persona ha hecho una decisión plenamente informada con expectativas claras y realistas; está listo o lista para recibir la atención de acuerdo con el plan de tratamiento general; ha incluido a la familia y la comunidad, según el caso) y a nivel práctico (por ejemplo, si ha sido evaluado/a por un médico/a para descartar o tratar contraindicaciones médicas para el uso de hormonas, ha considerado las implicaciones psicosociales, etc.). Si la persona usuaria de servicios está en edad fértil, las opciones reproductivas (sección IX) deben ser exploradas antes de iniciar la terapia hormonal.

Es importante que los y las profesionales de salud mental reconozcan que las decisiones sobre hormonas son, ante todo, decisiones de la persona usuaria de servicios – al igual que todas las decisiones relativas a la salud. Sin embargo, los y las profesionales de salud mental tienen

la responsabilidad de fomentar, orientar y ayudar a las personas usuarias de servicios a tomar decisiones plenamente informadas y a ser preparados adecuadamente. Para apoyar mejor las decisiones de las personas usuarias de sus servicios, los y las profesionales de salud mental deben tener buenas relaciones con las mismas e información suficiente sobre ellos/as. Las personas usuarias de servicios deben recibir una evaluación rápida y atenta, con el objetivo de aliviar la disforia de género y proporcionarles los servicios médicos apropiados.

Derivación para la terapia hormonal de feminización/masculinización

Las personas pueden acudir a un proveedor especializado en cualquier disciplina en búsqueda de terapia hormonal de feminización/masculinización. Sin embargo, la atención de salud trans es un campo interdisciplinario, y se recomienda coordinación en la atención y derivación entre el equipo de atención general de una persona usuaria de servicios.

La terapia hormonal se puede iniciar por recomendación de un o una profesional de salud mental calificado/a. Alternativamente, un o una profesional de la salud que esté debidamente capacitado/a en salud mental y sea competente en la evaluación de la disforia de género puede evaluar la elegibilidad, preparar y derivar la persona usuaria de servicios para la terapia hormonal, especialmente en ausencia de problemas coexistentes de salud mental importantes y cuando se trabaja en el contexto de un equipo multidisciplinario especializado. Dicho profesional de salud deberá proporcionar la documentación – en el expediente y/o carta de derivación – del historial personal y de tratamiento, progreso y elegibilidad de la persona usuaria de servicios. Los y las profesionales de la salud que recomiendan la terapia hormonal comparten la responsabilidad ética y legal de esa decisión con el médico que presta el servicio.

El contenido recomendado de la carta de derivación para la terapia hormonal de feminización/masculinización es la siguiente:

1. Características generales de identificación de la persona usuaria de servicios;

2. Resultados de la evaluación psicosocial de la persona usuaria de servicios, incluyendo diagnósticos;

3. Duración de la relación del profesional de la salud con la persona usuaria de servicios, incluyendo el tipo de evaluación y terapia o asesoramiento hasta la fecha;

4. Una explicación que los criterios para la terapia hormonal han sido cumplidos, y una breve descripción del fundamento clínico para apoyar la petición de la persona para la terapia hormonal;

5. Una declaración sobre el hecho de que la persona usuaria de servicios ha entregado su consentimiento informado;

6. Una declaración de que el o la profesional de la salud que deriva está disponible para la coordinación de la atención y espera una llamada telefónica para establecerla.

Para las y los proveedores que trabajan dentro de un equipo multidisciplinario especializado, una carta puede no ser necesaria; más bien, la evaluación y la recomendación pueden ser documentadas en el expediente clínico de la persona usuaria de servicios.

5. Si corresponde, evaluar elegibilidad, preparar y derivar para cirugías

Las *NDA* también proporcionan criterios para orientar las decisiones relativas a cirugías de mama y cirugías genitales (señalados en la sección XI y Apéndice C). Los y las profesionales de la salud mental pueden ayudar a las personas usuarias de servicios que están considerando someterse a cirugías a estar preparados/as a nivel psicológico (por ejemplo, si la persona ha hecho una decisión plenamente informada con expectativas claras y realistas; si está listo o lista para recibir la atención de acuerdo con el plan de tratamiento general, ha incluido a la familia y la comunidad según el caso) y si ha planeado y decidido algunas acciones a nivel práctico (por ejemplo, si ha hecho una decisión informada acerca de un cirujano o cirujana que pueda realizar el procedimiento, si ha hecho gestiones para el tratamiento post-quirúrgico). Si la persona usuaria de servicios está en edad fértil, las opciones reproductivas (sección IX) deben ser exploradas antes de someterse a la cirugía genital.

Las *NDA* no establecen criterios para otros procedimientos quirúrgicos, como la cirugía facial de feminización o masculinización, sin embargo, los y las profesionales de salud mental pueden jugar un papel importante en ayudar a las personas usuarias de servicios a tomar decisiones plenamente informadas acerca de la oportunidad y las consecuencias de tales procedimientos en el contexto de la evolución global o proceso de transición.

Es importante que los y las profesionales de salud mental reconozcan que las decisiones sobre las cirugías son, ante todo, decisiones de la persona usuaria de servicios – al igual que todas las decisiones relativas a la salud. Sin embargo, los y las profesionales de salud mental tienen la responsabilidad de fomentar, orientar y ayudar a las personas usuarias de servicios a tomar decisiones plenamente informadas y a ser preparados adecuadamente. Para apoyar mejor las decisiones de las personas usuarias de servicios, los y las profesionales de salud mental deben tener buenas relaciones con las mismas e información suficiente sobre ellos/as. Las personas usuarias de servicios deben recibir una evaluación rápida y atenta, con el objetivo de aliviar las molestias causadas por la disforia de género y proporcionarles los servicios médicos apropiados.

Referencia para la cirugía

Los tratamientos quirúrgicos para la disforia de género pueden ser iniciados por una derivación (una o dos, dependiendo del tipo de cirugía) de un o una profesional de la salud mental calificado/a. Dicho profesional de la salud deberá proporcionar la documentación – en el expediente y/o carta de derivación – del historial personal y de tratamiento, progreso y elegibilidad de la persona usuaria de servicios. Los y las profesionales de la salud que recomiendan las cirugías comparten la responsabilidad ética y legal de esa decisión con el cirujano o cirujana.

- Para la cirugía de tejido mamas (por ejemplo, mastectomía, reconstrucción de pecho o mamoplastía de aumento), es necesaria una derivación de un o una profesional de salud mental calificado/a.

- Para la cirugía genital (es decir, histerectomía/salpingo-ooforectomía, orquidectomía, cirugías reconstructivas genitales) son necesarias dos referencias – de profesionales de salud mental que han evaluado de forma independiente la persona usuaria de servicios. Si la primera derivación es del o de la psicoterapeuta, la segunda derivación debe ser de una persona que sólo ha tenido un papel evaluativo con la persona usuaria de servicios. Dos cartas separadas, o una carta firmada por ambos/as (por ejemplo, si se practica dentro de la misma clínica) puede ser enviada. Sin embargo, se espera que cada carta de derivación cubra los mismos tópicos en las áreas descritas a continuación.

El contenido recomendado de las cartas de derivación para las cirugías es la siguiente:

1. Características generales de identificación de la persona usuaria de servicios;

2. Resultados de la evaluación psicosocial de la persona usuaria de servicios, incluyendo diagnósticos;

3. Duración de la relación del profesional de la salud con la persona usuaria de servicios, incluyendo el tipo de evaluación y terapia o asesoramiento hasta la fecha;

4. Una explicación que los criterios para la cirugía han sido cumplidos, y una breve descripción del fundamento clínico para apoyar la petición de la persona usuaria de servicios para la cirugía;

5. Una declaración sobre el hecho de que la persona usuaria de servicios ha otorgado su consentimiento informado;

6. Una comunicación de que el o la profesional de la salud que deriva está disponible para la coordinación de la atención y espera una llamada telefónica para establecerla.

Para las y los proveedores que trabajan dentro de un equipo multidisciplinario especializado, una carta puede no ser necesaria; más bien, la evaluación y la recomendación pueden ser documentadas en el expediente clínico de la persona usuaria de servicios.

Relación de los y las profesionales de la salud mental con médicos que prescriben de hormonas, cirujanos y otros profesionales de salud

Para que los y las profesionales de salud mental lleven a cabo su trabajo, es ideal que discutan periódicamente el progreso y obtengan opiniones de otros colegas profesionales (tanto en la atención en salud mental como en otras disciplinas de la salud) competentes en la evaluación y tratamiento de la disforia de género. La relación entre los y las profesionales implicados/as en la atención de salud de una persona usuaria de servicios debe ser de permanente colaboración , dando lugar a la coordinación y diálogo clínico cuando sea necesario. La comunicación abierta y constante puede ser necesaria para la consulta, derivación y manejo de problemas postoperatorios.

Tareas relacionadas con la psicoterapia

1. La psicoterapia no es requisito obligatorio para la terapia hormonal y cirugías

Una evaluación de salud mental como indicada anteriormente es necesaria para la derivación a tratamientos hormonales y quirúrgicos para la disforia de género. En contraste, la psicoterapia – aunque muy recomendable – no es un requisito.

Las *NDA* no recomiendan un número mínimo de sesiones de psicoterapia antes de la terapia hormonal o cirugías. Las razones de esto son múltiples (Lev, 2009). En primer lugar, un número mínimo de sesiones tiende a ser interpretado como un obstáculo, lo que desalienta la verdadera oportunidad de crecimiento personal. En segundo lugar, los y las profesionales de salud mental pueden ofrecer un importante apoyo a las personas usuarias de servicios en todas las fases de la exploración de la identidad de género, expresión de género, y la posible transición – no sólo antes de las posibles intervenciones médicas. En tercer lugar, las personas usuarias de servicios y sus psicoterapeutas pueden diferir en su capacidad para alcanzar objetivos similares en un período de tiempo especificado.

2. Objetivos de la psicoterapia para adultos con preocupaciones de género

El objetivo general de la psicoterapia es encontrar formas de maximizar el bienestar psicológico general, calidad de vida y autorrealización de la persona. La psicoterapia no tiene la intención de alterar la identidad de género de una persona, sino que puede ayudar a un individuo a explorar las cuestiones de género y encontrar formas de aliviar la disforia de género, si está presente (Bockting et al., 2006; Bockting y Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Por lo general, el objetivo principal del tratamiento es ayudar a personas trans a alcanzar comodidad a largo plazo en la expresión de su identidad de género, con posibilidades realistas de éxito en sus relaciones, educación y trabajo. Para más detalles, véase Fraser (Fraser, 2009c).

La terapia puede consistir en psicoterapia individual, de pareja, familiar, o grupal, siendo esta última especialmente importante para fomentar el apoyo entre pares.

3. Psicoterapia para personas trans y con variabilidad de género incluyendo consejería y apoyo para cambios en el rol de género

Encontrar un rol de género cómodo es, ante todo, un proceso psicosocial. La psicoterapia puede ser muy valiosa para ayudar a personas trans y con variabilidad de género con todo lo siguiente: (i) aclarando y explorando la identidad y rol de género, (ii) abordando el impacto del estigma y el

estrés de minorías en la salud mental y el desarrollo humano, y (iii) facilitando un proceso de salida del armario (Bockting y Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), que, para algunas personas, puede incluir cambios en la expresión de rol de género y el uso de intervenciones médicas de feminización/masculinización.

Los y las profesionales de la salud mental pueden proporcionar apoyo y fomentar habilidades interpersonales y la capacidad de recuperación en los individuos y sus familias mientras navegan en un mundo a menudo mal preparado para acoger y respetar a las personas trans y con variabilidad de género. La psicoterapia también puede ayudar a aliviar las preocupaciones de salud mental coexistentes (por ejemplo, ansiedad, depresión) determinadas durante la investigación y la evaluación.

Para las personas trans y con variabilidad de género que planean cambiar los roles de género de manera permanente y hacer una transición social de rol de género, los y las profesionales de salud mental pueden facilitar el desarrollo de un plan individualizado con objetivos y plazos específicos. Si bien la experiencia de cambiar el rol de género difiere de persona a persona, los aspectos sociales de la experiencia suelen ser desafiantes – a menudo más que los aspectos físicos. Debido a que la transformación del rol de género puede tener profundas consecuencias personales y sociales, la decisión de hacerlo debe incluir el conocimiento de cuáles serán los probables obstáculos familiares, interpersonales, educativos, profesionales, económicos y legales, para que las personas puedan desempeñarse con éxito en su rol de género.

Muchas personas trans y con variabilidad de género pueden solicitar atención sin haberse relacionado ni aceptado, el rol de género más congruente con su identidad de género. Los y las profesionales de la salud mental pueden ayudar a estas personas usuarias de servicios a explorar y anticipar las consecuencias de los cambios en el rol de género y el ritmo del proceso de implementación de estos cambios. La psicoterapia puede proporcionar un espacio para que las personas usuarias de servicios comiencen a expresarse en formas que sean congruentes con su identidad de género y, para algunas personas usuarias de servicios, superar los temores sobre los cambios en la expresión de género. Se pueden tomar riesgos calculados fuera de la terapia para ganar experiencia y desarrollar la confianza en el nuevo rol. Puede proporcionarse asistencia en la "salida del armario" con la familia y la comunidad (amigos/as, escuela, lugar de trabajo).

Otras personas trans y con variabilidad de género se presentan para la atención ya habiendo adquirido experiencia (mínima, moderada o extensa) en vivir en un rol de género que difiere del que se asocia con su sexo asignado al nacer. Profesionales de salud mental pueden ayudar a estas personas usuarias de servicios a identificar y trabajar a través de desafíos potenciales y estimular el ajuste óptimo a medida que continúan expresando cambios en su rol de género.

4. Terapia familiar o apoyo a familiares

Las decisiones acerca de los cambios en el rol de género y las intervenciones médicas para la disforia de género tienen implicaciones no sólo las personas usuarias de servicios, sino también para sus familias (Emerson y Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Los y las profesionales de salud mental pueden ayudar a las personas usuarias de servicios a tomar decisiones bien pensadas sobre la comunicación con sus familiares y otras personas acerca de su identidad de género y las decisiones de tratamiento. La terapia familiar puede incluir el trabajo con sus cónyuges o parejas, así como con niños, niñas y otros parientes de una persona usuaria de servicios.

Las personas usuarias de servicios también pueden solicitar ayuda con sus relaciones y la salud sexual. Por ejemplo, es posible que desee explorar su sexualidad y los problemas relacionados con la intimidad.

La terapia familiar podría ser ofrecida como parte de la terapia individual de la persona usuaria de servicios y, si es clínicamente apropiado, por el mismo proveedor. Alternativamente, se pueden hacer referencias a otros terapeutas con experiencia relevante en trabajo con familiares, o a fuentes de apoyo entre pares (por ejemplo, redes de apoyo para familias, en persona o en línea).

5. Seguimiento a lo largo de la vida

Los y las profesionales de salud mental pueden trabajar con las personas usuarias de servicios y sus familias en muchas etapas de su vida. La psicoterapia puede ser útil en diferentes momentos y por diversas cuestiones durante todo el ciclo de vida.

6. Terapia en línea (e-therapy), asesoría en línea, o consejería a distancia

La terapia en línea (*e-therapy*) ha demostrado ser especialmente útil para quienes tienen dificultades para acceder a un tratamiento psicoterapéutico competente presencial, y que puede experimentar aislamiento y estigma (Derrig-Palumbo y Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b). Por extrapolación, la *etherapy* puede ser una modalidad útil para la psicoterapia en personas trans y con variabilidad de género. La *etherapy* ofrece oportunidades para la prestación de servicios potencialmente mejorada y ampliada, creativa y personalizada. Sin embargo, como una modalidad en desarrollo, también puede llevar a riesgos inesperados. Las directrices de telemedicina son claras en algunas disciplinas en algunas partes de los Estados Unidos (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, Connolly y Brown, 2005), pero no todas, y la situación internacional es aún menos definida (Maheu et al., 2005). Mientras no estén disponibles datos suficientes sobre el uso de esta e-therapy basados en la evidencia, se aconseja precaución en su uso.

Se aconseja que profesionales de salud mental que participan en la *e-therapy* se mantengan al día respecto a sus licencias, colegios profesionales, y regulaciones de cada país, así como la literatura más reciente relativa a este medio, que evoluciona tan rápidamente. Se ha publicado una descripción más detallada de los usos potenciales, los procesos y las preocupaciones éticas relacionadas con la *e-therapy* (Fraser, 2009b).

Otras tareas de los y las profesionales de la salud mental

1. Educar y defender los intereses de las personas usuarias de servicios dentro de su comunidad (escuelas, lugares de trabajo, otras organizaciones) y ayudar con los cambios en los documentos de identidad

Las personas trans y con variabilidad de género pueden enfrentar desafíos en su entorno profesional, educativo y otros tipos de contextos a medida en que actualicen su identidad y expresión de género (Lev, 2004, 2009). Los y las profesionales de la salud mental pueden desempeñar un papel importante educando a las personas en estos lugares sobre la variabilidad de género y abogando en favor de las personas a las que atienden (Currah, Juang, y Minter, 2006; Currah y Minter, 2000). Este papel puede implicar reuniones con consejeros escolares, profesores y administradores, personal de recursos humanos, directores y empleadores de personal y representantes de otras organizaciones e instituciones. Además, los y las proveedores de salud pueden ser llamados a apoyar los cambios en nombre de una persona usuaria de servicios y/o la mención de género en los documentos de identidad como pasaportes, licencias de conducir, certificados de nacimiento y diplomas.

2. Proporcionar información y derivar para apoyo entre pares

Para algunas personas trans y con variabilidad de género, la experiencia en grupos de apoyo entre pares puede ser más instructiva con respecto a las opciones de expresión de género que cualquier cosa que la psicoterapia individual podría ofrecer (Rachlin, 2002). Ambas experiencias son potencialmente valiosas, y todas las personas que exploran las cuestiones de género deben ser animadas a participar en actividades de la comunidad, cuando sea posible. Los recursos para la información y apoyo entre pares deben estar disponible.

La cultura y sus ramificaciones para la evaluación y psicoterapia

Los y las profesionales de la salud trabajan en entornos bastante distintos en todo el mundo. Las formas de malestar que hace que las personas busquen ayuda profesional en cualquier cultura son entendidas y clasificadas en términos que son producto de esa misma cultura (Frank y Frank, 1993). Las configuraciones culturales también determinan en gran medida cómo esas condiciones son entendidas por los y las profesionales de la salud mental. Las diferencias culturales relacionadas con la identidad y expresión de género pueden afectar a las personas usuarias de servicios, a los y las profesionales de la salud mental, y la práctica de psicoterapia aceptada. La WPATH reconoce que las *NDA* han surgido de la tradición occidental y pueden requerir ser adaptadas en función del contexto cultural.

Directrices éticas relacionadas con la salud mental

Los y las profesionales de la salud mental requieren de una certificación o licencia para ejercer en un país determinado de acuerdo a las normas profesionales de dicho país (Fraser, 2009b; Pope y Vásquez, 2011). Los y las profesionales deben adherirse a los códigos de ética de las organizaciones profesionales y las instituciones que proveen licencia o certificación en todo su trabajo con personas trans y con variabilidad de género.

El tratamiento dirigido a tratar de cambiar la identidad de género y expresión de género vivida de una persona para ser más congruente con el sexo asignado al nacer ha sido intentado en el pasado (Gelder y Marks, 1969; Greenson, 1964), aunque sin éxito, sobre todo en el largo plazo (Cohen-Kettenis y Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Este tratamiento no es considerado ético.

Si los y las profesionales de la salud mental se sienten incómodos o sin experiencia al trabajar con personas trans y con variabilidad de género y sus familias, deben derivar dichas personas usuarias de servicios a un proveedor competente o, como mínimo, consultar con un par de expertos. Si no se dispone de profesionales locales, las consultas podrán realizarse a través de tecnología modernas, asumiendo que los requisitos locales para la consulta a distancia se cumplan.

Cuestiones de acceso a la atención

Profesionales de la salud mental calificados/as no están universalmente disponibles, por lo que el acceso a una atención de calidad podría ser limitado. La WPATH pretende mejorar el acceso y ofrece regularmente oportunidades de educación continua para capacitar a profesionales de

diversas disciplinas para ofrecer una atención médica de calidad y especializada. Proporcionar atención de salud mental a distancia mediante el uso de la tecnología puede ser una manera de mejorar el acceso (Fraser, 2009b).

En muchos lugares del mundo, el acceso a la atención médica para las personas trans y con variabilidad de género también está limitado por la falta de seguros de salud o de otros medios para costear la atención necesaria. WPATH insta a las compañías de seguros de salud y a la seguridad social a que cubran los tratamientos médicos necesarios para aliviar la disforia de género (American Medical Association, 2008; Antón, 2009; WPATH, 2008).

Cuando nos enfrentamos con situaciones de personas que requieren servicios de atención de salud pero que no pueden acceder a ellos por cualquier razón, se recomienda la derivación a recursos de apoyo entre pares cuando éstos estén disponibles. Por último, los enfoques de reducción de daños pueden estar indicados para ayudar a las personas usuarias de servicios a tomar decisiones saludables para mejorar sus vidas.

VIII
TERAPIA HORMONAL

Necesidades médicas de administración de terapia hormonal

La terapia hormonal de feminización/masculinización – que consiste en la administración de agentes endocrinos exógenos para inducir cambios de masculinización o feminización – es una intervención médica necesaria para muchas personas trans y con variabilidad de género que se presentan con molestias o malestar intenso causado por disforia de género (Newfield, Hart, Dibble, y Kohler, 2006; Pfäfflin y Junge, 1998). Algunas personas buscan máxima feminización/masculinización, mientras que otras experimentan alivio con una presentación andrógina resultante de la minimización hormonal de las características sexuales secundarias presentes (Factor y Rothblum, 2008). La evidencia de los resultados psicosociales de la terapia hormonal se resumen en el Apéndice D.

La terapia hormonal debe ser individualizada basada en las metas de la persona usuaria de servicios, la relación riesgo/beneficio de los medicamentos, la presencia de otras condiciones médicas, y la consideración de cuestiones sociales y económicas. La terapia hormonal puede

proporcionar comodidad significativa para las personas usuarias de servicios que no desean hacer una transición social de rol de género o someterse a una cirugía, o que no pueden hacerlo (III Meyer, 2009). La terapia hormonal es un criterio recomendado para algunos, pero no todos, de los tratamientos quirúrgicos para la disforia de género (véase la sección XI y Apéndice C).

Criterios para la terapia hormonal

La iniciación de la terapia hormonal puede llevarse a cabo después de realizada una evaluación psicosocial y obtenida el consentimiento informado por un o una profesional de la salud calificado/a, como se indica en la sección VII de las *NDA*. Es necesaria una derivación de los o las profesionales de la salud mental que realizan la evaluación, a menos que la evaluación haya sido realizada por un o una proveedor/a de hormona también calificado/a en esta área.

Los criterios para la terapia hormonal son los siguientes:

1. Disforia de género persistente y bien documentada;

2. Capacidad para tomar una decisión plenamente informada y de consentir al tratamiento;

3. La mayoría de edad en un país determinado (si es menor, siga las *NDA* que se describen en la sección VI);

4. Si importantes problemas de salud física o mental están presentes, deben ser razonablemente bien controlados.

Como se ha señalado en la sección VII de las *NDA*, la presencia de problemas de salud mental coexistentes no excluye necesariamente el acceso a las hormonas de feminización/masculinización, sino que estas preocupaciones deben ser administradas antes, o al mismo tiempo, del tratamiento de la disforia de género.

En circunstancias particulares, puede ser una práctica aceptable el proporcionar hormonas a personas usuarias de servicios que no han cumplido estos criterios. Los ejemplos incluyen facilitar la prestación de terapia monitoreada con hormonas de conocida calidad como una alternativa a hormonas ilícitas o utilizadas sin supervisión, o para las personas usuarias de servicios que ya se han establecido en su género afirmado y que tienen un historial anterior de uso de hormonas. No es ético negar disponibilidad o elegibilidad para la terapia hormonal solamente sobre la base de la seropositividad para infecciones de transmisión sanguínea, como el VIH o la hepatitis B o C.

En raros casos, la terapia hormonal puede estar contraindicada debido a graves condiciones de salud individuales. Los y las profesionales de salud deben ayudar a estas personas usuarias de servicios con el acceso a las intervenciones no hormonales para la disforia de género. Un o una profesional de salud mental calificado/a y familiarizado/a con la persona usuaria de servicios es un excelente recurso en estas circunstancias.

Consentimiento Informado

La terapia hormonal de feminización/masculinización puede conducir a cambios físicos irreversibles. Por lo tanto, la terapia hormonal se facilitará solamente a los y las que están en posibilidad legal de dar su consentimiento informado. Esto incluye a personas que han sido declaradas emancipadas por un tribunal de menores de edad, personas privadas de libertad, y personas con deterioro cognitivo que son consideradas competentes para participar en las decisiones médicas (Bockting et al., 2006). Los proveedores deben documentar en el expediente clínico que se ha proporcionado la información completa y que la persona ha comprendido todos los aspectos pertinentes de la terapia hormonal, incluyendo los posibles beneficios y riesgos y el impacto en la capacidad reproductiva.

Relación entre las *Normas de Atención* y protocolos del Modelo de Consentimiento Informado

Varios centros de salud comunitarios en los Estados Unidos han desarrollado protocolos para el suministro de terapia hormonal basados en un enfoque que se ha conocido como el Modelo de Consentimiento Informado (Centro de Salud Comunitario Callen Lorde, 2000, 2011; Fenway Programa de Salud Comunitaria de la Salud Trans, 2007; Centro de Salud Tom Waddell, 2006). Estos protocolos son compatibles con las directrices que se presentan en las *Normas de Atención, Versión 7*, de la WPATH. Las *NDA* son guías de práctica clínica flexibles que permiten la adaptación de las intervenciones a las necesidades de la persona que recibe servicios y la adaptación de protocolos para el enfoque y entorno en el que estos servicios se prestan (Ehrbar y Gorton, 2010).

La obtención del consentimiento informado para la terapia hormonal es una tarea importante de los y las proveedores para asegurar que las personas usuarias de servicios entiendan los beneficios psicológicos y físicos y los riesgos de la terapia hormonal, así como sus implicaciones psicosociales. Aquellos proveedores que prescriben hormonas u otros profesionales de la salud que las recomiendan deben tener los conocimientos y la experiencia para identificar y evaluar la disforia de género. Deben informar a las personas sobre los beneficios particulares, limitaciones y riesgos

de las hormonas, teniendo en cuenta la edad de la persona usuaria de servicios la experiencia previa con las hormonas y los problemas de salud física o mental concurrentes.

La detección y el abordaje de las preocupaciones de salud mental agudas actuales es una parte importante del proceso de consentimiento informado. Esto puede ser hecho por un o una profesional de salud mental o por un o una proveedor/a de prescripción de hormonas con la formación adecuada (véase la sección VII de las *NDA*). El mismo proveedor u otro miembro de la formación adecuada de los y las profesionales de la salud (por ejemplo, una enfermera) puede abordar las implicaciones psicosociales de tomar hormonas cuando sea necesario (por ejemplo, el impacto de la masculinización/feminización en la forma cómo la persona se percibe y su posible impacto en las relaciones con la familia, los amigos/as, y los compañeros/as de trabajo). Si estuviera indicado, estos proveedores harán derivaciones para psicoterapia, y para evaluación y tratamiento de problemas de salud mental coexistentes como la ansiedad o la depresión.

La diferencia entre el Modelo de Consentimiento Informado y las *NDA*, *Versión 7* es que las *NDA* ponen un mayor énfasis en el importante papel que los y las profesionales de salud mental pueden desempeñar en el alivio de la disforia de género y en facilitar los cambios en el rol de género y el ajuste psicosocial. Esto puede incluir una evaluación integral de la salud mental y la psicoterapia, cuando esté indicado. En el Modelo de Consentimiento Informado la atención se centra en la obtención del consentimiento informado como el punto de partida para la iniciación de la terapia hormonal en un entorno multidisciplinario de reducción de daños. Menos énfasis se pone en la prestación de atención de salud mental hasta que la persona usuaria de servicios la solicite, a menos que problemas de salud mental significativos sean identificados y necesiten ser abordados antes de la prescripción de hormonas.

Efectos físicos de la terapia hormonal

La terapia hormonal de feminización/masculinización induce cambios físicos que son más congruentes con la identidad de género de una persona usuaria de servicios.

- En usuarios de servicios MaH, los cambios físicos esperados son: profundización de la voz, aumento del clítoris (variable), crecimiento del vello facial y corporal, cese de la menstruación, atrofia del tejido mamario y disminución de porcentaje de grasa corporal en comparación con la masa muscular.

- En usuarias de servicios HaM, los cambios físicos esperados son: crecimiento del pecho (variable), disminución de la función eréctil, disminución del tamaño testicular y aumento de porcentaje de grasa corporal en comparación con la masa muscular.

La mayoría de los cambios físicas, sean de feminización o masculinización, se producen en el transcurso de dos años. La cantidad de cambios físicos y la línea de tiempo exacta de los efectos puede ser muy variable. Las Tablas 1a y 1b describen el curso de tiempo aproximado de estos cambios físicos.

CUADRO 1A: EFECTOS Y TIEMPO ESPERADO DE LAS HORMONAS MASCULINIZANTESA [A]

Efecto	**Inicio esperado**[B]	**Máximo efecto esperado**[B]
Oleosidad de la piel/acné	1–6 meses	1–2 años
Crecimiento del vello facial/ corporal	3–6 meses	3–5 años
Alopecia androgénica	>12 meses[C]	Variable
Aumento de masa muscular/ fuerza	6–12 meses	2–5 años[D]
Redistribución de la grasa corporal	3–6 meses	2–5 años
Cese de la menstruación	2–6 meses	n/a
Aumento del clítoris	3–6 meses	1–2 años
Atrofia vaginal	3–6 meses	1–2 años
Engrosamiento de la voz	3–12 meses	1–2 años

[A] Adaptado con el permiso de Hembree et al. (2009). Copyright 2009, *Sociedad de Endocrinología*.
[B] Las estimaciones representan observaciones clínicas publicadas y no publicadas.
[C] Altamente dependiente de la edad y herencia; puede ser mínimo.
[D] Dependen significativamente de la cantidad de ejercicio.

CUADRO 1B: EFECTOS Y TIEMPO ESPERADO DE LAS HORMONAS FEMINIZANTES [A]

Efecto	**Inicio esperado**[B]	**Máximo efecto esperado**[B]
Redistribución de la grasa corporal	3–6 meses	2–5 años
Disminución de masa muscular/ fuerza	3–6 meses	1–2 años[C]
Suavización de la piel/ disminución de la oleosidad	3–6 meses	desconocido
Disminución de la libido	1–3 meses	1–2 años
Disminución de erecciones espontaneas	1–3 meses	3–6 meses
Disfunción sexual masculina	variable	variable
Crecimiento mamario	3–6 meses	2–3 años
Disminución del volumen testicular	3–6 meses	2–3 años
Disminución de producción de esperma	variable	variable
Pérdida y crecimiento desacelerado de vello corporal o facial	6–12 meses	> 3 años[D]
Calvicie de patrón masculino	No rebrote, pérdida se detiene 1–3 meses	1–2 años

[A] Adaptado con el permiso de Hembree et al. (2009). Copyright 2009, *Sociedad de Endocrinología*.
[B] Las estimaciones representan observaciones clínicas publicadas y no publicadas.
[C] Altamente dependiente de la edad y herencia; puede ser mínimo.
[D] Dependen significativamente de la cantidad de ejercicio.

El grado y frecuencia de los efectos físicos depende, en parte, de la dosis, vía de administración, y medicamentos utilizados, los cuales son seleccionados de acuerdo con los objetivos médicos específicos de la persona usuaria de servicios (por ejemplo, cambios en la expresión de rol de género, planes para la reasignación de sexo) y el perfil de riesgo médico. No hay evidencia actual de que la respuesta a la terapia hormonal – con la posible excepción del profundización de la voz en las personas MaH – pueda saberse con certeza con base en la edad, constitución física, etnia, o apariencia de la familia. Siendo todos los demás factores iguales, no hay evidencia que sugiera que cualquier tipo de hormonas médicamente aprobado o método de administración sea más eficaz que cualquier otro en la producción de los cambios físicos deseados.

Riesgos de la terapia hormonal

Todas las intervenciones médicas conllevan riesgos. La probabilidad de un evento adverso grave depende de numerosos factores: la propia medicación, dosis, vía de administración, y las características clínicas de la persona usuaria de servicios (edad, enfermedades concomitantes, antecedentes familiares, hábitos de salud). Por tanto, es imposible predecir si un determinado efecto adverso que ocurrirá en una persona usuaria de servicios individual.

Los riesgos asociados con la terapia hormonal de feminización/masculinización para la persona trans o con variabilidad de género se resumen en la Tabla 2. Con base en el nivel de evidencia, los riesgos se clasifican de la siguiente manera: (i) es probable un aumento del riesgo con la terapia hormonal, (ii) posible aumento del riesgo con la terapia hormonal, o (iii) aumento del riesgo dudoso o no documentado. Los elementos de la última categoría se incluyen aquellos que pueden representar un riesgo, pero para los cuales la evidencia es tan mínima que no hay ninguna conclusión clara a la que se pueda llegar.

Detalles adicionales acerca de estos riesgos se pueden encontrar en el Apéndice B, que se basa en dos estudios amplios, la literatura basadas en la evidencia de masculinización / feminización de la terapia hormonal (Feldman y Safer, 2009;. Hembree et al, 2009), además de una gran cohorte estudio (Asscheman et al., 2011). Estas revisiones pueden servir como referencias detalladas de los proveedores, junto con otros ampliamente reconocido, publicado materiales clínicos (Dahl, Feldman, Goldberg, y Jaberi, 2006; Ettner, Monstrey, y Eyler, 2007).

CUADRO 2: RIESGOS ASOCIADOS A LA TERAPIA HORMONAL. ITEMS EN NEGRITA SON CLINICAMENTE SIGNIFICATIVOS

Nivel de riesgo	Hormonas feminizantes	Hormonas masculinizantes
Probable riesgo aumentado	Enfermedad tromboembólica venosa[A] Cálculos biliares Enzimas hepáticas elevadas Aumento de peso **Hipertrigliceridemia**	**Policitemia** Aumento de peso Acné Alopecia androgénica (calvicie) Apnea del sueño
Probable aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales[B]	Enfermedad cardiovascular	
Posible aumento de riesgo	**Hipertensión** Hiperprolactinemia o prolactinoma	Enzimas hepáticas elevadas **Hiperlipidemia**
Posible aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales[B]	**Diabetes tipo 2**	**Desestabilización de ciertos trastornos psiquiátricos** **Enfermedad cardiovascular** **Hipertensión** **Diabetes tipo 2**
Sin aumento de riesgo o evidencia de riesgo no concluyente o no documentada	**Cáncer de mama**	Pérdida de densidad ósea **Cáncer de mama** **Cáncer cervical** **Cáncer de ovario** **Cáncer uterino**

* El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que con la administración de estrógenos transdérmicos.

A Otros factores de riesgo incluyen la edad.

B Additional risk factors include age.

C Incluye trastorno bipolar, esquizoafectivo y otros que pueden incluir síntomas maníacos o psicóticos. Este evento adverso parece estar asociado a dosis más altas o concentraciones suprafisiológicas de testosterona en sangre.

Competencia de los médicos que prescriben hormonas y su relación con otros profesionales de la salud

La terapia hormonal de feminización/masculinización se realiza mejor en el contexto de un enfoque completo para el cuidado de la salud que incluye la atención primaria integral y un enfoque coordinado de cuestiones psicosociales (Feldman y Safer, 2009). Mientras que la psicoterapia o asesoramiento continuo no son necesarios para la iniciación de la terapia hormonal, si el o la terapeuta está involucrado, entonces la comunicación regular entre los y las profesionales de la salud es recomendada (con el consentimiento de la persona usuaria de servicios) para asegurar que el proceso de transición va bien, tanto físico como psicosocial.

Con el entrenamiento adecuado, la terapia hormonal de feminización/masculinización puede ser gestionada por una variedad de proveedores, incluyendo enfermeras practicantes, asistentes médicos, y médicos de atención primaria (Dahl et al., 2006). Las visitas médicas relacionadas con el mantenimiento hormonal proporcionan una oportunidad para ofrecer mayor atención a una población que a menudo es médicamente desatendida (Clements, Wilkinson, Kitano, y Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Muchas de las tareas de detección y del manejo de las comorbilidades asociadas con el uso de hormonas a largo plazo, como los factores de riesgo cardiovascular y la detección de cáncer, caen de manera más uniforme en el ámbito de la atención primaria en lugar de la atención especializada (Academia Americana de Médicos de Familia, 2005; Eyler de 2007, Organización Mundial de la Salud, 2008), particularmente en lugares donde los equipos dedicados a la temática o médicos especializados no están disponibles.

Dadas las necesidades multidisciplinares de personas trans o con variabilidad de género que buscan la terapia hormonal, así como las dificultades asociadas con la fragmentación de la atención en general (Organización Mundial de la Salud, 2008), la WPATH alienta firmemente al aumento de la formación y participación de profesionales de atención primaria en el área de la terapia hormonal de feminización/masculinización. Si las hormonas son recetadas por un o una especialista, debe haber una estrecha comunicación con el proveedor de atención primaria de las personas usuarias de servicios. Por el contrario, un proveedor de hormonas o endocrinólogo experimentado debería estar involucrado siempre que el médico de cabecera no tenga experiencia con este tipo de terapia hormonal, o si la persona usuaria de servicios tiene un metabolismo o trastorno endocrino pre-existente que podría verse afectado por la terapia.

Mientras que los programas de capacitación formal en medicina trans todavía no existen, los proveedores de hormonas tienen la responsabilidad de obtener conocimientos y experiencia en este campo. Los médicos y médicas pueden aumentar su experiencia y comodidad en proveer terapia hormonal de feminización/masculinización a través de co-gestionar atención o consultar con un proveedor más experimentado, o de proporcionar tipos de terapia hormonal más limitados antes de pasar a la iniciación de la terapia hormonal. Debido a que este campo de la medicina está

evolucionando, los clínicos deben familiarizarse y estar al día con la literatura médica, y discutir cuestiones emergentes con sus colegas. Tales discusiones podrían ocurrir a través de las redes establecidas por WPATH y otras las organizaciones nacionales/locales.

Responsabilidades de médicos que prescriben hormonas

En general, las y los médicos que prescriben la terapia hormonal deben participar en las siguientes tareas:

1. Realizar una evaluación inicial que incluya la discusión de las metas de transición física de la persona usuaria de servicios, su historial clínico, examen físico, evaluación de riesgos y pruebas de laboratorio relevantes.

2. Discutir con las personas usuarias de servicios los efectos esperados de los medicamentos de feminización/masculinización y los posibles efectos adversos para la salud. Estos efectos pueden incluir una reducción de la fecundidad (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Por lo tanto, las opciones reproductivas deben ser discutidas con las personas usuarias de servicios antes de iniciar la terapia hormonal (véase la sección IX).

3. Confirmar que las personas usuarias de servicios tienen la capacidad de entender los riesgos y beneficios del tratamiento y son capaces de tomar una decisión informada acerca de la atención médica.

4. Realizar un seguimiento médico continuo, incluso exámenes físicos y de laboratorio para monitorear la efectividad de las hormonas y los efectos secundarios.

5. Comunicarse, según sea necesario, con el proveedor de atención primaria de la persona usuaria de servicios, su profesional de salud mental, y su cirujano.

6. Si es necesario, proporcionar a las personas usuarias de servicios una breve declaración escrita indicando que están bajo supervisión y cuidado médico que incluye terapia hormonal de feminización/masculinización. Particularmente durante las primeras fases del tratamiento hormonal, una persona usuaria de servicios podría llevar esta declaración en todo momento para evitar dificultades con la policía y otras autoridades.

Dependiendo de la situación clínica para proporcionar hormonas (ver más abajo), algunas de estas responsabilidades son menos relevantes. Por lo tanto, el grado de asesoramiento, exámenes físicos y pruebas de laboratorio debe ser individualizado a las necesidades de la persona usuaria de servicios.

Situaciones clínicas para la terapia hormonal

Hay circunstancias en las que los médicos pueden ser llamados a proveer hormonas sin necesariamente iniciar o mantener la terapia hormonal de feminización/masculinización a largo plazo. Al reconocer estas situaciones clínicas diferentes (véase más adelante, de menor a mayor nivel de complejidad), puede ser posible involucrar a los médicos en la terapia hormonal feminizante/masculinizante quienes, de otra manera, no se sentirían capaces de ofrecer este tratamiento.

1. Terapia "Puente"

Ya sea que hayan sido prescritas por otro médico u obtenidas a través de otros medios (por ejemplo, compra a través de compra por Internet), las personas pueden ya estar tomando hormonas al momento de presentarse a los servicios para la atención. En estos casos, las y los médicos pueden proporcionar una prescripción limitada o terapia "puente" (1-6 meses) para hormonas mientras ayudan a las personas usuarias a encontrar un proveedor que pueda prescribir y monitorear la terapia hormonal a largo plazo. Los proveedores deben evaluar el régimen actual de la persona usuaria para asegurar la seguridad e interacción con otros medicamentos y sustituir medicamentos o ajustar a dosis más seguras cuando esté indicado (Dahl et al., 2006; Feldman y Safer, 2009). Si las hormonas fueron prescritas anteriormente, los registros médicos deben ser solicitados (con el permiso de la persona usuaria) para obtener como referencia los resultados de los exámenes y pruebas de laboratorio disponibles y cualquier evento adverso que pudiera haberse presentado. Los proveedores de tratamientos hormonales también deben comunicarse con cualquier profesional de salud mental que actualmente esté involucrado en la atención de la persona usuaria. Si una persona no ha tenido nunca una evaluación psicosocial según lo recomendado por las *NDA* (véase la sección VII), los médicos deben remitirla a un o una profesional de la salud mental, si ello fuera apropiado y factible (Feldman y Safer, 2009). Los proveedores que recetan hormonas para "terapia puente" deben trabajar con las personas usuarias de servicios para establecer límites en cuanto a la duración de dicha terapia puente.

2. Terapia hormonal después de la extirpación de las gónadas

El reemplazo hormonal con estrógenos o testosterona suele continuarse durante toda la vida después de una ooforectomía u orquiectomía, a menos que surjan contraindicaciones médicas. Dado que las dosis hormonales a menudo disminuyen después de estas cirugías (Basson, 2001; Levy, Corona, y Reid, 2003; Moore, Wisniewski, y Dobs, 2003), y sólo es ajustada con base en la edad y problemas de salud co-mórbidos, la administración de hormonas en esta situación es muy similar a la de reemplazo hormonal en cualquier persona con manifestaciones de hipogonadismo.

3. Hormonas de mantenimiento antes de la extirpación de las gónadas

Una vez que las personas han alcanzado los máximos beneficios de las hormonas de feminización/masculinización (por lo general dos o más años), se recomienda administrar las dosis necesarias de mantenimiento de los efectos androgénicos/feminizantes. La dosis de mantenimiento se ajusta a los cambios en las condiciones de salud, el envejecimiento u otras consideraciones tales como cambios de estilo de vida (Dahl et al., 2006). Cuando una persona en dosis de mantenimiento se presenta para atención o seguimiento, el proveedor debe evaluar el régimen actual que esté usando para garantizar la seguridad del tratamiento, verificar posibles interacciones entre medicamentos y sustituir aquellos fármacos potencialmente riesgosos o ajustar las dosis cuando ello esté indicado. La persona bajo tratamiento hormonal debe continuar el seguimiento con exámenes físicos y pruebas de laboratorio regularmente, tal como se describe en la literatura (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Las dosis y las vías de administración de hormonas deben ser revisadas regularmente con cualquier cambio en el estado de salud de la persona, junto con la evidencia disponible sobre los posibles riesgos de la administración de hormonas por períodos prolongados (Ver regímenes hormonales, más adelante).

4. Inicio de feminización/masculinización hormonal

Esta situación clínica requiere un mayor compromiso en términos de tiempo y experiencia profesional. La terapia hormonal debe ser individualizada basada en las metas de la persona usuaria de servicios, la relación riesgo/beneficio de los medicamentos, la presencia de otras condiciones médicas, y la consideración de las cuestiones sociales y económicas. Aunque una gran variedad de regímenes hormonales han sido publicados (Dahl et al, 2006;. Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003), no hay informes publicados de los ensayos clínicos aleatorios que compararon la seguridad y eficacia. A pesar de esta variación, se puede construir un marco razonable para la evaluación del riesgo inicial y el monitoreo continuo de la terapia hormonal, en base a la evidencia de la eficacia y la seguridad que se presenta más arriba.

Evaluación y modificación de riesgos para iniciar la terapia hormonal

La evaluación inicial de la terapia hormonal analiza los objetivos clínicos de una persona usuaria de servicios y factores de riesgo de eventos adversos relacionados a la hormona. Durante la evaluación de riesgos, la persona usuaria de servicios y el o la proveedora de atención clínica deben desarrollar un plan para reducir los riesgos siempre que sea posible, ya sea antes de iniciar la terapia o como parte de la reducción del daño en curso.

Todas las evaluaciones deben incluir un examen físico completo, incluyendo el peso, la altura y la presión arterial. La necesidad de exámenes de mama, genitales y recto, que son temas sensibles para la mayor parte de las personas trans usuarias de servicios y con variabilidad de género, deben basarse en riesgos individuales y necesidades de atención preventiva de salud (Feldman y Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Atención preventiva

Los proveedores responsables por la prescripción y supervisión de tratamientos hormonales deben abordar los aspectos preventivos de la atención para las personas usuarias, sobre todo si estas últimas no tienen un proveedor de atención primaria. Dependiendo del perfil de edad y riesgos de una persona usuaria de servicios, puede ser necesario recomendar pruebas o exámenes de detección adecuados para condiciones afectados por la terapia hormonal. Idealmente, estas pruebas de detección deben llevarse a cabo antes del inicio de la terapia hormonal.

Evaluación y modificación de riesgos para la terapia hormonal feminizante (HaM)

No hay contraindicaciones absolutas para la terapia feminizante per se, pero existen contraindicaciones absolutas para los diferentes agentes empleados en la feminización, particularmente el estrógeno. Esas contraindicaciones incluyen eventos trombóticos venosos previos relacionados con una condición de hipercoagulabilidad subyacente, historial de neoplasias estrógeno-dependientes, y enfermedad hepática crónica en fase terminal (Gharib et al., 2005).

Otras afecciones médicas, como se indica en el cuadro 2 y el Apéndice B, pueden ser exacerbados por el estrógeno o bloqueo androgénico, por lo que deben ser evaluadas y estar razonablemente bien controladas antes de iniciar la terapia hormonal (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Las y los médicos en particular deben considerar el consumo de tabaco, ya que se asocia con un mayor riesgo de trombosis venosa, que se incrementa aún más con el uso de estrógenos. La consulta con un cardiólogo es recomendable para usuarias de servicios con enfermedad cardiovascular o cerebrovascular conocida.

Los valores de laboratorio basales son importantes tanto para evaluar el riesgo inicial como los posibles efectos adversos futuros. Las pruebas de laboratorio iniciales deben basarse en los riesgos de la terapia hormonal de feminización señalados en la Tabla 2, así como los factores individuales de riesgo de la usuaria de servicios, incluyendo la historial familiar. Se han publicado sugerencias de paneles de laboratorio iniciales (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Sin embargo, estas sugerencias pueden ser modificadas o ajustadas en atención a la disponibilidad de recursos, tanto de las usuarias de servicios como de los sistemas de atención de salud, o para la atención de personas sin problemas actuales de salud.

Evaluación y modificación de riesgos para la terapia hormonal masculinizante (MaH)

Las contraindicaciones absolutas para la terapia de testosterona incluyen el embarazo, enfermedad coronaria inestable, y policitemia no tratada con un hematocrito de 55% o más (Carnegie, 2004). Debido a que la conversión metabólica de testosterona a estrógeno puede aumentar el riesgo de cánceres entre usuarios de servicios con antecedentes de cáncer de mama u otros cánceres estrógeno-dependientes (Moore et al., 2003). Por ello, la consulta con un oncólogo puede ser indicada antes del uso de hormonas. Las enfermedades concomitantes que podrían verse agravadas por el uso de testosterona deben ser evaluadas y tratadas, idealmente antes de iniciar la terapia hormonal (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al., 2009). La consulta con un cardiólogo es recomendable para usuarios de servicios con enfermedad cardiovascular o cerebrovascular conocida.

Se ha observado un aumento de la prevalencia del síndrome de ovario poliquístico (SOP) entre los usuarios de servicios MaH incluso en ausencia de uso de la testosterona (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, y Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997). Si bien no hay evidencia de que el SOP esté relacionado con el desarrollo de una identidad transexual, transgénero o de variabilidad de identidad de género, el SOP se asocia con un mayor riesgo de diabetes, enfermedad cardíaca, presión arterial alta, y cáncer de ovario y de endometrio (Cattrall y Healy, 2004). Los signos y síntomas de SOP deben ser evaluados antes de iniciar el tratamiento con testosterona, ya que la testosterona puede afectar a muchas de estas condiciones. La testosterona puede afectar el desarrollo del feto (Physicians' Desk Reference, 2010), y los usuarios de servicios en riesgo de quedar embarazados necesitan un método anticonceptivo muy eficaz.

Los valores de laboratorio basales son importantes tanto para evaluar el riesgo inicial como los posibles efectos adversos futuros. Las pruebas de laboratorio iniciales deben basarse en los riesgos de la terapia hormonal de masculinización indicados en la Tabla 2, así como los factores individuales de riesgo del usuario de servicios, incluyendo el historial familiar. Se han publicado sugerencias de paneles de pruebas de laboratorio iniciales (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Estos pueden ser modificados por los usuarios de servicios o sistemas de atención de salud con recursos limitados, y en usuarios de servicios sanos.

Seguimiento clínico durante la terapia hormonal para la eficacia y eventos adversos

El propósito del seguimiento clínico durante el uso de hormonas es evaluar el grado de feminización/masculinización y la posible presencia de efectos adversos de la medicación. Sin embargo, como con el monitoreo de cualquier medicamento a largo plazo, el seguimiento debe

tener lugar en el contexto de la atención integral de salud. Sugerencias de protocolos de monitoreo clínico han sido publicadas (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Las personas usuarias de servicios con condiciones médicas co-mórbidas pueden necesitar un control más frecuente. Las personas usuarias de servicios sanas en áreas geográficamente remotas o de escasos recursos pueden utilizar estrategias alternativas, como la telemedicina o la cooperación con proveedores locales, tales como enfermeras y asistentes médicos. En ausencia de otras indicaciones, los y las profesionales de la salud pueden priorizar el seguimiento de los riesgos que probablemente se incrementarán con la terapia hormonal o posiblemente incrementados por la terapia hormonal pero clínicamente graves en naturaleza.

Eficacia y seguimiento del riesgo durante la terapia hormonal feminizante (HaM)

La mejor evaluación de la eficacia de la hormona es la respuesta clínica a la pregunta: ¿La usuaria de servicios está desarrollando un cuerpo feminizado mientras logra minimizar las características masculinas, en consonancia con sus objetivos de género? Con el fin de predecir más rápidamente la dosis de hormona que logrará la respuesta clínica, se puede medir los niveles de testosterona para la supresión por debajo del límite superior del rango femenino normal, y los niveles de estradiol en mujeres premenopáusicas varia muy por debajo de los niveles suprafisiológicos (Feldman y más segura, más 2009; Hembree et al., 2009).

El monitoreo de los efectos adversos debe incluir tanto la evaluación clínica como la de laboratorio. El seguimiento debe incluir una cuidadosa evaluación de signos de insuficiencia cardiovascular y enfermedad tromboembólica venosa (ETV) a través de la medición de la presión arterial, peso y pulso, exámenes del corazón y de pulmones, y el examen de las extremidades para el edema periférico, edema o dolor localizado (Feldman y Safer, 2009). El monitoreo de laboratorio deben basarse en los riesgos de la terapia hormonal antes descritos, las co-morbilidades individuales y factores de riesgo de una persona usuaria de servicios y el régimen de la hormona específica en sí. Se han publicado protocolos específicos de seguimiento de laboratorio (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Eficacia y seguimiento del riesgo durante la terapia de hormona masculinizante (MaH)

La mejor evaluación de la eficacia de la hormona es la respuesta clínica a la pregunta: ¿El usuario de servicios está desarrollando un cuerpo masculinizado mientras logra minimizar las características femeninas, en consonancia con sus objetivos de género? Los médicos pueden lograr una buena respuesta clínica con menor probabilidad de efectos adversos mediante el mantenimiento de los niveles de testosterona en el rango normal de sexo masculino y evitando niveles suprafisiológicas (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009). Para los usuarios de servicios que utilizan cipionato o enantato de testosterona intramuscular (IM), algunos médicos comprueban los niveles mínimos,

mientras que otros prefieren medir los niveles a la mitad del ciclo (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, y Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, y Chipkin, 2003).

El monitoreo de los efectos adversos debe incluir tanto la evaluación clínica como la de laboratorio. El seguimiento debe incluir una evaluación cuidadosa de los signos y síntomas como aumento excesivo de peso, acné, sangrado uterino, y deterioro cardiovascular, así como síntomas psiquiátricos en usuarios de servicios en alto riesgo. Los exámenes físicos deben incluir la medición de la presión arterial, peso y pulso, exámenes de corazón, pulmones y piel (Feldman y Safer, 2009). Monitoreo de laboratorio deben basarse en los riesgos de la terapia hormonal antes descritos, las co-morbilidades individuales y factores de riesgo de una persona recibiendo tratamiento hormonal, y el régimen de la hormona específica en sí. Se han publicados protocolos específicos de seguimiento de laboratorio (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Regímenes hormonales

Hasta la fecha, no han sido realizados ensayos clínicos controlados de cualquier régimen hormonal de feminización/masculinización para evaluar la seguridad y eficacia en producir la transición física. Como resultado, una amplia variación en dosis y tipos de hormonas ha sido informada en la literatura médica (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; Van Kesteren, Asscheman, Megens, y Gooren, 1997). Además, el acceso a determinados medicamentos puede estar limitado por la ubicación geográfica de una persona usuaria de servicios y/o situaciones sociales o económicas. Por estas razones, la WPATH no describe ni aprueba un régimen hormonal particular de feminización/masculinización. Más bien, los tipos de fármacos y vías de administración en regímenes más publicados son ampliamente revisados.

Como se ha indicado, se han demostrado diferencias de seguridad en aspectos particulares de varios regímenes. Las Directrices de la Sociedad de Endocrinología (Hembree et al., 2009) y Feldman y Safer (2009) proporcionan orientación específica sobre los tipos de hormonas y sugieren la dosificación suficiente para mantener los niveles dentro de los rangos fisiológicos para la expresión de género deseado por la persona usuaria (en base a los objetivos de feminización/masculinización completa). Se recomienda encarecidamente que los proveedores de tratamientos hormonales masculinizantes/feminizantes revisen la literatura regularmente en busca de nuevas informaciones y usos de los medicamentos empleados para que puedan así responder con evidencia actualizada a las necesidades individuales de las personas usuarias de servicios con los recursos locales disponibles.

Los regímenes para feminizar la terapia hormonal (HaM)

Estrógeno

El uso de estrógeno por vía oral, y, específicamente, etinil estradiol, parece aumentar el riesgo de TEV. Debido a este problema de seguridad, el etinil estradiol no es recomendado para la terapia hormonal feminizante. Para aquellas usuarias de servicios con factores de riesgo de TEV, se recomienda estrógeno transdérmico. El riesgo de efectos adversos aumenta con dosis más altas, particularmente con dosis específicas que conduzcan a niveles suprafisiológicos (Hembree et al., 2009). Las usuarias de servicios con condiciones co-mórbidas que pueden ser afectadas por el estrógeno deben evitar su administración por vía oral si es posible e iniciar con niveles inferiores. Algunas usuarias de servicios pueden no ser capaces de utilizar de forma segura los niveles de estrógeno necesarios para obtener los resultados deseados. Esta posibilidad debe ser discutida con las usuarias de servicios con suficiente antelación al inicio de la terapia hormonal.

Medicamentos para reducir los andrógenos ("anti-andrógenos")

Una combinación de estrógenos y "anti-andrógenos" es el régimen más comúnmente estudiado para la feminización. Los medicamentos comúnmente empleados para reducir los efectos de androgenización, pertenecen a varias clases de drogas que tienen tanto el efecto de reducir los niveles de testosterona endógena como la actividad de la testosterona en los tejidos y, por lo tanto, la disminución de características masculinas, como, por ejemplo, el vello corporal. Como reducen al mínimo la dosis de estrógenos necesaria para suprimir la testosterona, contribuyen de este modo a reducir los riesgos asociados con altas dosis de estrógeno exógeno (Prior, Vigna, Watson, Diewold, y Robinow, 1986; Antes, Vigna, y Watson, 1989).

Entre los anti-andrógenos comúnmente empleados se incluyen los siguientes:

- Espironolactona: un fármaco antihipertensivo, inhibe directamente la secreción de testosterona y la fijación de andrógenos al receptor de andrógenos. La presión sanguínea y los electrolitos deben ser supervisados por el riesgo potencial de hiperpotasemia.

- Acetato de ciproterona: es un compuesto progestágeno con propiedades anti-androgénicas. Este medicamento no está aprobado en los Estados Unidos debido a las preocupaciones sobre su potenciales efectos hepatóxicos, pero es ampliamente utilizado en otros lugares (De Cuypere et al., 2005).

- Agonistas de GnRH (por ejemplo, goserelina, buserelina, triptorelina) son neurohormonas que bloquean el receptor de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), bloqueando así la liberación de la hormona folículo-estimulante y la hormona luteinizante. Esto conduce al

bloqueo gonadal altamente eficaz. Sin embargo, estos medicamentos son caros y sólo están disponibles en forma de inyectables o implantes.

- Inhibidores de r5-alfa reductasa (finasteride y dutasteride) bloquean la conversión de la testosterona al agente más activo, la 5-alfa-dihidrotestosterona. Estos medicamentos tienen efectos beneficiosos sobre la pérdida de pelo del cuero cabelludo, el crecimiento de pelo del cuerpo, las glándulas sebáceas, y consistencia de la piel.

La ciproterona y la espironolactona son los anti-andrógenos más comúnmente utilizados y probablemente los que presentan la mejor relación costo-eficacia (son más rentables).

Progestágenos

Con la excepción de la ciproterona, la inclusión de los progestágenos en la terapia hormonal feminizante es controvertida (Oriel, 2000). Debido a que los progestágenos juegan un papel en el desarrollo mamario a nivel celular, algunos médicos creen que estos agentes son necesarios para un desarrollo completo (Basson y Prior, 1998; Oriel, 2000). Sin embargo, una comparación clínica de los regímenes de feminización con y sin progestágenos encontró que la adición de estos compuestos no ha mejorado el crecimiento de mama ni reducido los niveles séricos de testosterona libre (Meyer III et al., 1986). Hay preocupación por los posibles efectos adversos de los progestágenos, como depresión, aumento de peso y cambios en los lípidos (III Meyer et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). Se sospecha que las progestágenos (especialmente de medroxiprogesterona) también aumentan el riesgo de cáncer de mama y el riesgo cardiovascular en mujeres (Rossouw et al., 2002). La progesterona micronizada puede ser mejor tolerada y tiene un impacto más favorable sobre el perfil lipídico que la medroxiprogesterona (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace, y Wiita, 2000).

Los regímenes de tratamiento hormonal masculinizante (MaH)

Testosterona

La testosterona generalmente se puede administrar por vía oral, transdérmica o parenteral (IM), aunque también están disponibles preparaciones bucales e implantables. El undecanoato de testosterona para uso oral, disponible fuera de los Estados Unidos, resulta en menores niveles de testosterona en suero que preparaciones no orales y tiene una eficacia limitada en la supresión de la menstruación (Feldman, 2005, abril; Moore et al., 2003). Debido a que el cipionato o enantato de testosterona intramuscular son a menudo administrados cada 2-4 semanas, algunos usuarios de estos fármacos pueden notar una variación cíclica en efectos secundarios (por ejemplo, fatiga e irritabilidad al final del ciclo de inyección, agresión o humor expansivo al principio del ciclo de

inyección), así como más tiempo por fuera de los niveles fisiológicos normales (Jockenhövel, 2004). Estas situaciones pueden ser mitigadas mediante el uso de un esquema de dosificación más bajo pero con administración más frecuente o mediante el uso de una preparación diaria transdérmica (Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004). El undecanoato de testosterona intramuscular (actualmente no disponible en los Estados Unidos) mantiene estables los niveles fisiológicos de testosterona por alrededor de 12 semanas y ha sido eficaz tanto en la configuración de hipogonadismo como en individuos MaH (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, y Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, y Nieschlag, 2006). Hay pruebas de que la testosterona por vía transdérmica e intramuscular logra resultados masculinizantes similares, aunque el proceso puede ser algo más lento con preparaciones transdérmicas (Feldman, 2005, abril). Especialmente con la edad del usuario, el objetivo es utilizar la dosis más baja necesaria para mantener el resultado clínico deseado, observando las precauciones apropiadas para mantener la densidad ósea.

Otros agentes

Los progestágenos, en particular la medroxiprogesterona, pueden utilizarse durante un período corto de tiempo para ayudar con el bloqueo de la menstruación al comienzo de la terapia hormonal. Los agonistas de GnRH pueden ser usados de manera similar, así como para el sangrado uterino refractario en usuarios sin una anomalía ginecológica subyacente.

Hormonas compuestas y bioequivalentes

Al tiempo que la discusión en torno al uso de hormonas bioequivalentes en el reemplazo hormonal postmenopausia ha aumentado, también ha aumentado el interés en el uso de compuestos similares en la terapia hormonal de feminización/masculinización. No hay pruebas de que las hormonas bioequivalentes compuestas personalizadas sean más seguras o más efectivas que las hormonas bioequivalentes aprobadas por agencias gubernamentales (Sood, Shuster, Smith, Vincent, y Jatoi, 2011). Por lo tanto, se ha aconsejado por la Sociedad Norteamericana de Menopausia (2010) y otras instancias a asumir que, si la hormona es un producto de patente o no, si los ingredientes activos son similares, debe tener un similar perfil de efectos secundarios. La WPATH está de acuerdo con esta apreciación.

IX
SALUD REPRODUCTIVA

Muchas personas trans y con variabilidad de género podría querer hijos. Debido a que la terapia hormonal de feminización/masculinización limita la fertilidad (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang Cui, y Bremner, 1999), es conveniente que las personas usuarias de servicios tomen decisiones sobre su fertilidad antes de iniciar la terapia hormonal o recibir tratamiento quirúrgico para eliminar/modificar sus órganos reproductores. Se conocen casos de personas que recibieron la terapia hormonal y la cirugía genital y más tarde lamentaron la incapacidad de tener progenie biológica (De Sutter, Kira, Verschoor, y Hotimsky, 2002).

Laos y las profesionales de la salud – incluyendo a los profesionales de salud mental que recomiendan la terapia hormonal o la cirugía, los médicos y médicas que prescriben hormonas y cirujanos – deben discutir las opciones reproductivas con las personas usuarias de servicios antes de iniciar tratamientos médicos o quirúrgicos para la disforia de género. Estas discusiones deben ocurrir incluso si las personas usuarias de servicios no están interesadas en estas cuestiones en el momento del tratamiento, lo que puede ser más común entre personas usuarias de servicios más jóvenes (De Sutter, 2009). Las primeras discusiones son deseables, pero no siempre posibles. Si un individuo no ha tenido cirugía completa de reasignación de sexo, puede ser posible detener las hormonas por un tiempo suficiente para recuperar las hormonas natales, lo que permite la producción de gametos maduros (Payer, Meyer III, y Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst , Liu, Hovatta, y Dhont, 2001).

Además de los documentos de debate y opinión, muy pocos documentos de investigación se han publicado sobre los temas de salud reproductiva de las personas que reciben diferentes tratamientos médicos para la disforia de género. Otro grupo que se enfrenta a la necesidad de preservar la función reproductiva en vista de la pérdida o daño de sus gónadas son las personas con enfermedades malignas que requieren la eliminación de los órganos reproductivos o el uso de la radiación dañina o quimioterapia. Las lecciones aprendidas de este grupo se pueden extrapolar a las personas tratadas por disforia de género.

Las usuarias de servicios HaM, especialmente aquellas que no se han reproducido, deben ser informadas acerca de las opciones de preservación de espermatozoides y alentadas a considerar almacenar su semen antes de iniciar la terapia hormonal. En un estudio que examina los testículos expuestos a altas dosis de estrógeno (Payer et al., 1979), los resultados sugieren que la interrupción del tratamiento estrogénico puede permitir la recuperación de los testículos. En un artículo informando sobre las opiniones de las personas HaM hacia la congelación de espermatozoides (De Sutter et al., 2002), la gran mayoría de las 121 encuestadas consideró que la disponibilidad

de congelar el semen debe ser discutida y ofrecida por el mundo médico. Los espermatozoides deben ser recogidos antes de la terapia hormonal o después de detener el tratamiento hasta que el recuento de espermatozoides se eleve de nuevo. La criopreservación debe ser discutida incluso si no hay mala calidad del semen. En adultos con azoospermia, es posible realizar una biopsia testicular con la criopreservación posterior del material para el esperma, pero puede no tener éxito.

Las opciones reproductivas para MaH usuarios de servicios podría incluir la congelación de óvulos o embriones. Los gametos y embriones congelados podrían ser utilizados más tarde con una mujer subrogada que pueda llevar el embarazo a término. Los estudios de mujeres con síndrome de ovario poliquístico sugieren que el ovario puede recuperarse en parte, de los efectos de altos niveles de testosterona (Hunter y Sterrett, 2000). La breve suspensión de la testosterona podría permitir que los ovarios se recuperen suficientemente para liberar los óvulos; el éxito depende de la edad del usuario de servicios y la duración del tratamiento con testosterona. Si bien no es un tema sistemáticamente estudiado, algunos individuos MaH están haciendo exactamente eso, y algunos han sido capaces de quedar embarazados y tener hijos/as (More, 1998).

Los usuarios de servicios deben ser advertidos de que estas técnicas no están disponibles en todas partes y pueden ser muy costosas. Las personas trans y con variabilidad de género no deben tener rechazadas sus opciones de reproducción por ningún motivo.

Un grupo especial son los y las adolescentes prepúberes o púberes que nunca desarrollarán la función reproductiva de su sexo de nacimiento debido a los bloqueadores de hormonas u hormonas del sexo diferente al de nacimiento. En la actualidad no existe una técnica para preservar la función de las gónadas de estas personas.

X

TERAPIA DE LA VOZ Y COMUNICACIÓN

La comunicación, tanto verbal como no verbal, es un aspecto importante de la conducta humana y expresión de género. Las personas trans y con variabilidad de género podrían buscar la ayuda de un especialista de voz (foniatra) y comunicación para desarrollar las características de expresión vocal (por ejemplo, tono, entonación, resonancia, velocidad del habla patrones de fraseo) y no verbales (por ejemplo, los gestos, la postura/movimiento y expresiones faciales) que faciliten la comodidad con su identidad de género. La terapia de voz y comunicación puede ayudar a aliviar la disforia de género y ser un paso positivo y motivador hacia el logro de los objetivos propios para la expresión de rol de género.

Competencia de especialistas de la voz y la comunicación que trabajan con personas trans y con variabilidad de género

Dichos especialistas pueden incluir patólogos del habla y lenguaje, terapeutas del habla, médicos de voz y el lenguaje (foniatras). En la mayoría de los países, sus asociaciones profesionales de patólogos del habla y lenguaje requieren titulación y credenciales específicas para garantizar la membresía a las mismas En algunos países, el gobierno regula la práctica a través de licencias, certificación, o procesos de registro (Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición, 2011; Asociación Canadiense de Patólogos y Audiólogos del Habla y Lenguaje; Colegio Real de Terapeutas del Habla, Reino Unido; Patología del Habla Australia; Salud Costera de Vancouver, British Columbia, Canadá).

Las siguientes son credenciales mínimas recomendadas para especialistas en voz y comunicación que trabajan con personas usuarias de servicios trans y con variabilidad de género:

1. Formación y competencia especializada en evaluación y desarrollo de habilidades de comunicación en personas trans y con variabilidad de género usuarias de servicios.

2. Comprensión básica de la salud trans, incluyendo tratamientos hormonales y quirúrgicos para feminización/masculinización y problemas psicosociales trans-específicos como se indica en las *NDA*; y la familiaridad con protocolos básicos de sensibilidad como el uso del pronombre de género y el nombre preferido (Asociación Canadiense de Patólogos y Audiólogos del Habla y Lenguaje; Colegio Real de Terapeutas del Habla, Reino Unido; Patología del Habla de Australia).

3. Educación continua en evaluación y desarrollo de habilidades de comunicación en personas trans y con variabilidad de género usuarias de servicios. Esto puede incluir la asistencia a reuniones, talleres o seminarios profesionales, la participación en investigaciones relacionadas con cuestiones de identidad de género, estudios independientes, o la tutoría de un médico experimentado y certificado.

Otros profesionales, como "coaches" de voz, profesionales del teatro, profesores de canto, y expertos de movimiento pueden desempeñar un papel valioso complementario. Estos profesionales, idealmente, deben tener experiencia trabajando o colaborando activamente con patólogos y terapeutas del habla y lenguaje.

Consideraciones de evaluación y tratamiento

El objetivo general de la terapia de la voz y el habla es ayudar a las personas usuarias de servicios a adaptar su voz y patrones de comunicación oral a fin de lograr que estos sean a la vez confortables y auténticos, dando lugar a patrones de comunicación que las personas usuarias de servicios sientan congruentes con su identidad de género y que reflejan su sentido de sí mismo (Adler, Hirsch, y Mordaunt, 2006). Es esencial que los especialistas en voz y comunicación sean sensibles a las preferencias individuales de comunicación. La comunicación – estilo, voz, uso del lenguaje, etc. – es un asunto personal. Las y los individuos no deben ser aconsejados a adoptar comportamientos con los que no se sienten cómodos o que no sienten como auténticos. Los especialistas puede servir mejor a sus personas usuarias de servicios tomando el tiempo para entender las preocupaciones de una persona y sus metas para la expresión de rol de género (Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición, 2011; Asociación Canadiense de Patólogos y Audiólogos del Habla y Lenguaje; Colegio Real de Terapeutas del Habla, Reino Unido; Patología del Habla de Australia).

Las personas pueden elegir los comportamientos comunicacionales que deseen adquirir, de acuerdo con su identidad de género. Estas decisiones también son informados y apoyados por el conocimiento del especialista de voz y comunicación y por los datos de la evaluación para una persona usuaria de servicios específica (Hancock, Krissinger, y Owen, 2010). La evaluación incluye la auto-evaluación de una persona usuaria de servicios y la evaluación de un especialista de la voz, resonancia, articulación, lenguaje hablada y comunicación no verbal (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

Los planes de tratamiento de voz y comunicación se desarrollan teniendo en cuenta la evidencia de investigaciones disponibles, el conocimiento clínico y experiencia del especialista y los objetivos y valores propios de la persona usuaria de servicios (Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición, 2011; Asociación Canadiense de Patólogos y Audiólogos del Habla y Lenguaje; Colegio Real de Terapeutas del Habla, Reino Unido; Patología del Habla de Australia; Salud Costera de Vancouver, British Columbia, Canadá). Los objetivos del tratamiento típicamente incluyen el tono, entonación, intensidad y patrones de estrés, calidad de voz, resonancia, articulación, ritmo y fraseo del habla, el lenguaje y la comunicación no verbal (Adler et al, 2006;. Davies y Goldberg, 2006; De Bruin, Coerts, y Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates y Dacakis, 1983). El tratamiento puede incluir sesiones individuales y/o grupales. La frecuencia y duración del tratamiento variará de acuerdo con las necesidades de la persona que recibe la terapia foniátrica. Los protocolos existentes para el tratamiento de voz y comunicación pueden considerarse en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado (Carew, Dacakis, y Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies y Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark y Deakin, 2008; Mount y Salmon, 1988).

La feminización o masculinización de la voz implica el uso no habitual del mecanismo de producción de la voz. Las medidas de prevención son necesarias para evitar la posibilidad de un mal uso vocal y daños vocales a largo plazo. Todos los servicios de terapia de voz y comunicación deben incluir un componente de salud vocal (Adler et al., 2006).

Consideraciones sobre la salud tras una cirugía de feminización de la voz

Como se señaló en la sección XI, algunas personas trans y con variabilidad de género pueden pasar por cirugía de feminización de voz. (El engrosamiento de la voz se puede lograr a través de la terapia hormonal de masculinización, pero las hormonas feminizantes no tienen un impacto en la voz de una HaM adulta). Hay diferentes grados de satisfacción, seguridad y mejoras a largo plazo en personas en las que se han realizado dichas cirugías. Se recomienda que las personas en las que se realiza cirugía de feminización de voz también consulten a un especialista en voz y comunicación con el fin de maximizar el resultado quirúrgico, ayudar a proteger la salud vocal, y aprender aspectos de la comunicación relacionados al tono e impostación. Los procedimientos de cirugía de voz deben incluir sesiones de seguimiento con un especialista en voz y comunicación licenciado y/o acreditados por el consejo responsable de los terapeutas del habla/patólogos del habla y lenguaje en el país (Kanagalingam et al., 2005; Neumann y Welzel, 2004).

XI
CIRUGÍAS

La cirugía de reasignación de sexo es efectiva y médicamente necesaria

La cirugía de reasignación – particularmente la cirugía genital – es a menudo el último paso y el más considerado en el proceso de tratamiento de la disforia de género. Mientras que muchas personas trans y con variabilidad de género se encuentran confortables con su identidad, rol y expresión de género sin necesidad de cirugía, para otros muchas la cirugía es esencial y se hace médicamente necesaria para aliviar el malestar y trastornos que les causa su disforia de género (Hage y Karim,

2000). Para este último grupo, el alivio de la disforia de género no puede lograrse sin modificación de sus características sexuales primarias y secundarias para así establecer una mayor congruencia con su identidad de género. Por otra parte, la cirugía puede ayudar a las personas usuarias de servicios a sentirse más a gusto con la presencia de parejas sexuales o en lugares tales como consultorios médicos, piscinas o gimnasios. En algunos casos, la cirugía puede reducir el riesgo de daños en caso de arresto o de allanamiento por la policía u otras autoridades.

Los estudios de seguimiento han demostrado un efecto beneficioso innegable de la cirugía de reasignación de sexo en los resultados postoperatorios tales como el bienestar subjetivo, estética y función sexual (De Cuypere et al, 2005;. Gijs y Brewaeys, 2007; Klein y Gorzalka, 2009; Pfäfflin y Junge, 1998). Información adicional sobre los resultados de los tratamientos quirúrgicos se resumen en el Apéndice D.

Cuestiones éticas relativas a la cirugía de reasignación de sexo

En la práctica quirúrgica habitual, se eliminan los tejidos patológicos para restaurar las funciones alteradas, o se hacen alteraciones a las características del cuerpo para mejorar la autoimagen de la persona usuaria de servicios. Algunas personas, incluso algunos/as profesionales de la salud, objetan a la cirugía como tratamiento para la disforia de género por razones éticas, ya que piensan que las condiciones mencionadas no se aplican.

Es importante que los y las profesionales de la salud que atienden a personas con disforia de género se sientan cómodos/as con la alteración de estructuras anatómicas que consideran "normales". Para entender cómo la cirugía puede aliviar el malestar psicológico y la angustia de las personas con disforia de género, los y las profesionales necesitan escuchar a estas personas usuarias de servicios, discutir sus síntomas, dilemas e historias de vida. La resistencia en contra de la realización de cirugías con base ética de "ante todo, no hacer daño" debe ser respetada, discutida, y unida a la oportunidad de aprender de las propias personas acerca de la angustia y sufrimiento emocional que la disforia de género les causa y el potencial de daño causado por la negación del acceso a los tratamientos adecuados.

Las intervenciones quirúrgicas en genitales y en mama/pecho para el alivio de la disforia de género no deben ser consideradas un mero conjunto de procedimientos electivos. Los procedimientos típicos electivos implican solamente un contrato privado de consentimiento mutuo entre la persona usuaria de servicios y la o el cirujano. Las cirugías genitales y de mama/pecho como tratamientos médicos necesarios para la disforia de género han de llevarse a cabo sólo después de la evaluación de la persona usuaria de servicios por profesionales de salud mental, como se indica en la sección VII de las *NDA*. Estas cirugías pueden realizarse una vez que exista documentación escrita de que esta evaluación se ha llevado a cabo y de que la persona ha cumplido con los criterios para un

tratamiento quirúrgico específico. Siguiendo este procedimiento, los y las profesionales de salud mental, cirujanos y personas usuarias de servicios comparten la responsabilidad por la decisión de hacer cambios irreversibles en el cuerpo.

No es ético negar disponibilidad o la elegibilidad para las cirugías de reasignación de sexo únicamente sobre la base de la seropositividad en pruebas para detectar infecciones de transmisión sanguínea como el VIH o la hepatitis C o B.

Relación de los/las cirujanos/as con profesionales de la salud mental, con médicos que prescriben hormonas (si corresponde) y con las personas usuarias de los servicios (consentimiento informado)

El papel de una o un cirujano en el tratamiento de la disforia de género no es la de un mero técnico. Más bien, las y los cirujanos con sentido de responsabilidad deben tener un buen conocimiento de la historia de cada persona usuaria de servicios y las razones que llevaron a su derivación para cirugía. Para ello, las y los cirujanos deben hablar largamente con las personas usuarias de sus servicios y tener estrecha relaciones de trabajo con las y los profesionales de la salud que han estado activamente involucrados en su atención clínica.

La consulta se realiza fácilmente cuando una o un cirujano ejerce su trabajo como parte de un equipo de salud interdisciplinario. A falta de ello, el o la cirujano debe estar seguro de que el o la profesional de salud mental referente y, si es el caso, el médico que prescribe las hormonas, son competentes en la evaluación y tratamiento de la disforia de género, ya que la o el cirujano se basa en gran medida en la competencia de dichos profesionales.

Una vez que la o el cirujano está convencido de que los criterios para cirugías específicas se cumplen (como se describe más adelante), debe considerarse el tratamiento quirúrgico, por lo que hay que programar una consulta quirúrgica preoperatoria. Durante esta consulta, el procedimiento y el tiempo postoperatorio deben ser ampliamente discutidos con la persona usuaria de servicios. Las y los cirujanos son responsables de discutir todo lo siguiente con las personas usuarias de servicios que buscan tratamientos quirúrgicos para la disforia de género:

- Las diferentes técnicas quirúrgicas disponibles (con referencia a los colegas que ofrecen opciones alternativas);

- Las ventajas y desventajas de cada técnica;

- Las limitaciones de un procedimiento para lograr resultados "ideales"; las y los cirujanos deben proporcionar una gama completa de fotografías de personas usuarias de sus servicios antes y después, incluyendo tanto los resultados exitosos como los no exitosos;

- Los riesgos inherentes y las posibles complicaciones de las diferentes técnicas; las y los cirujanos deben informar a las personas usuarias de servicios de las probabilidades de complicaciones propias de cada procedimiento.

Estas discusiones son el núcleo del proceso de consentimiento informado, que es, a la vez, una exigencia ética y legal para cualquier procedimiento quirúrgico. Es importante garantizar que las personas usuarias de servicios tengan una expectativa realista de los resultados para lograr un alivio de su disforia de género.

Toda esta información debe ser proporcionada a las personas usuarias de servicios por escrito, en un idioma que hablen con fluidez, y utilizando ilustraciones gráficas. Las personas usuarias de servicios deben recibir información con anterioridad (posiblemente a través de Internet) y tiempo suficiente para revisarla cuidadosamente. Los elementos del consentimiento informado siempre deben ser discutidos cara a cara antes de la intervención quirúrgica. Entonces pueden responderse a las preguntas y el consentimiento informado escrito puede solicitarse ar la persona usuaria de servicios. Debido a que estas cirugías son irreversibles, se debe tener cuidado para asegurar que las personas usuarias de servicios tengan tiempo suficiente para absorber la información completa antes de que se le pida su consentimiento informado. Se sugiere un mínimo de 24 horas.

Las y los cirujanos deben proporcionar asistencia posterior inmediata con otros médicos y médicas queatiendan a la persona usuaria de servicios en el futuro. Las personas usuarias de servicios deben trabajar con su médico para desarrollar un plan adecuado para cuidados posteriores a la cirugía.

Aspectos generales sobre los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de personas con disforia de género

Para la usuaria de servicios HaM, los procedimientos quirúrgicos pueden incluir los siguientes:

1. Cirugía de mamas/pecho: mamoplastía de aumento (implantes/liporrelleno);

2. Cirugía genital: penectomía, orquiectomía, vaginoplastía, clitoroplastía, vulvoplastía;

3. Intervenciones quirúrgicas no genitales y no mamarias: cirugía de feminización facial, liposucción, liporrelleno, cirugía de voz, reducción del cartílago de la tiroides, aumento de glúteos (implantes/liporrelleno), reconstrucción del cabello, y varios procedimientos estéticos.

Para el usuario de servicios MaH, los procedimientos quirúrgicos pueden incluir los siguientes:

1. Cirugía de mamas/pecho: mastectomía subcutánea, creación de un pecho masculino;

2. Cirugía genital: histerectomía/ovariectomía, reconstrucción de la parte fija de la uretra, que se puede combinar con un metoidioplastía o con una faloplastía (empleando un colgajo vascularizado pediculado o libre), vaginectomía, escrotoplastia, e implantación de prótesis testicular o para erección;

3. Intervenciones quirúrgicas no genitales y no mamarias: Cirugía de voz (poco común), liposucción, liporrelleno, implantes pectorales, y varios procedimientos estéticos.

Cirugía Reconstructiva versus Estética

La cuestión de si la cirugía de reasignación de sexo debe ser considerada "estética" o "reconstructiva" es pertinente no sólo desde un punto de vista filosófico, sino también desde el punto de vista financiero. La cirugía estética o cosmética es, en su mayoría, considerada como no médicamente necesaria y, por lo tanto, generalmente se paga en su totalidad por la persona usuaria de servicios. Por el contrario, los procedimientos de reconstrucción son considerados médicamente necesarios – con incuestionables resultados terapéuticos – y, por lo tanto, pueden ser cubiertos parcial o totalmente por los sistemas de salud nacionales o compañías de seguros.

Desafortunadamente, en el campo de la cirugía plástica y reconstructiva (tanto en general como específicamente para cirugías relacionadas con el género), no hay una distinción clara entre lo que es puramente reconstructivo y lo que es puramente cosmético. La mayoría de los procedimientos de cirugía plástica en realidad son una mezcla de componentes reconstructivos y estéticos.

Aunque la mayoría de los y las profesionales coinciden en que la cirugía genital y la mastectomía no pueden ser consideradas puramente cosméticas, las opiniones difieren en cuanto a qué grado otros procedimientos quirúrgicos (por ejemplo, aumento de senos, cirugía de feminización facial) pueden considerarse puramente reconstructiva. A pesar de que puede ser mucho más fácil ver una faloplastía o una vaginoplastía como una intervención para poner fin al sufrimiento de toda la vida, para ciertas personas usuarias de servicios una intervención como una rinoplastia de reducción

puede tener un efecto radical y permanente en su calidad de vida, y por lo tanto, es mucho más médicamente necesario que para alguien sin disforia de género.

Criterios para Cirugías

En cuanto a la totalidad de las *NDA*, los criterios para la iniciación de los tratamientos quirúrgicos para la disforia de género han sido desarrollados para promover el cuidado óptimo de la persona usuaria de servicios. Mientras que las *NDA* permiten un enfoque individualizado para satisfacer mejor las necesidades de atención médica de la persona usuaria de servicios, un criterio para todas las cirugías de mamas/pecho y genitales es la documentación de la disforia de género persistente por parte de un o una profesional de salud mental calificado. Para algunas cirugías, los criterios adicionales incluyen la preparación y el tratamiento que consiste en la terapia hormonal de feminización/masculinización y un año viviendo continuamente en un rol de género congruente con la identidad de género de la persona.

Estos criterios se describen a continuación. Con base en la evidencia disponible y el consenso de expertos clínicos, se hacen diferentes recomendaciones para diferentes cirugías.

Las *NDA* no especifican un orden en el que las diferentes cirugías deben realizarse. El número y la secuencia de los procedimientos quirúrgicos pueden variar de persona a persona, de acuerdo a sus necesidades clínicas.

Criterios para la cirugía de mama/pecho (una referencia)

Criterios para la mastectomía y creación de un pecho masculino en usuarios de servicios MaH:

1. Disforia de género persistente y bien documentada;

2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento;

3. Mayoría de edad en un país determinado (si es menor, seguir las *NDA* para niños, niñas y adolescentes);

4. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, éstos deben estar bien controlados.

La terapia hormonal no es un pre-requisito.

Criterios para el aumento de senos (implantes/liporelleno) en usuarias de servicios HaM:

1. Disforia de género persistente y bien documentada;

2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento;

3. Mayoría de edad en un país determinado (si es menor, seguir las *NDA* para niños, niñas y adolescentes);

4. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar bien controlados.

Aunque no es un criterio específico, se recomienda que las usuarias de servicios se sometan a terapia hormonal feminizante (mínimo 12 meses) antes de la cirugía de aumento de senos. El objetivo es maximizar el crecimiento de los senos con el fin de obtener mejor resultados quirúrgicos (estéticos).

Criterios para la cirugía genital (dos referencias)

Los criterios para la cirugía genital son específicos para el tipo de cirugía que se solicita.

Criterios para la histerectomía y ovariectomía en usuarios de servicios MaH y de la orquiectomía en usuarias de servicios HaM:

1. Disforia de género persistente y bien documentada;

2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento;

3. Mayoría de edad en el país en el que se realizan las intervenciones;

4. Si están presentes problemas de salud física o mental importantes, estos deben estar bien controlados.

5. 12 meses continuos de terapia hormonal adecuada a los objetivos de género de la persona usuaria de servicios (a menos que la misma tenga una contraindicación médica o no pueda o quiera tomar hormonas).

El objetivo de la terapia hormonal antes de la gonadectomía es, principalmente, introducir un período reversible de supresión de estrógeno o testosterona antes que la persona usuaria de servicios se someta a una intervención quirúrgica irreversible.

Estos criterios no se aplican a las personas usuarias de servicios realizando dichos procedimientos debido a indicaciones médicas distintas a la disforia de género.

Criterios para metoidioplastía o faloplastía en usuarios de servicios MaH y vaginoplastía en usuarias de servicios HaM:

1. Disforia de género persistente y bien documentada;

2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento;

3. Mayoría de edad en un país determinado;

4. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar bien controlados.

5. 12 meses continuos de terapia hormonal adecuada a los objetivos de género de la persona usuaria de servicios (a menos que la misma tenga una contraindicación médica o no pueda o quiera tomar hormonas).

6. 12 meses continuos viviendo continuamente en un rol de género congruente con la identidad de género de la persona.

Aunque no es un criterio explícito, se recomienda que estas personas usuarias de servicios también hagan visitas regulares a un o una profesional de salud mental o de otro médico.

Justificación para recomendar la vivencia de la experiencia del rol de género congruente con el rol de género por al menos 12 meses antes de la intervención quirúrgica:

El criterio señalado anteriormente para algunos tipos de cirugías genitales – es decir, el que las personas usuarias de servicios vivan 12 meses continuos en un rol de género que es congruente con su identidad de género – se basa en el consenso clínico experto de que esta experiencia ofrece amplias oportunidades para que dichas personas experimenten y se ajusten socialmente en su rol de género deseado antes de someterse a una cirugía irreversible. Como se ha señalado en la sección VII, los aspectos sociales de la transformación del rol de género suelen ser un desafío – a menudo más que los aspectos físicos. El cambio de rol de género puede tener profundas

consecuencias personales y sociales, y la decisión de hacerlo debe incluir estar consciente de cuáles serán los probables problemas familiares, interpersonales, educativos, profesionales, económicos y legales, para que las personas puedan desempeñarse con éxito en su rol de género. El apoyo de un profesional de salud mental calificado y de los compañeros y compañeras puede ser muy valioso para garantizar una adaptación exitosa de rol de género (Bockting, 2008).

La duración de 12 meses permite una gama de diferentes experiencias de vida y acontecimientos que pueden producirse durante todo el año (por ejemplo, eventos familiares, fiestas, vacaciones, trabajo específico de temporada o experiencias en la escuela). Durante este tiempo, las personas deben presentarse constantemente, día a día y en todos los ámbitos de la vida, en su rol de género deseado. Esta experiencia incluye decirlo a parejas, familiares, amigos/as y miembros/as de la comunidad (por ejemplo, en la escuela, trabajo, otros entornos).

Los y las profesionales de la salud deben documentar claramente en el expediente clínico la experiencia de una persona usuaria de servicios en su rol de género, incluyendo la fecha de inicio del tiempo de vida completo para aquellas personas que se están preparando para la cirugía genital. En algunas situaciones, si necesario, los y las profesionales de la salud pueden solicitar que se compruebe que este criterio se ha cumplido: pueden comunicarse con personas que se hayan relacionados con la persona usuaria de servicios en un rol de género congruente con su identidad, o solicitar documentación de cambio de nombre legal y/o de la mención "género", si procede.

Cirugía para personas con diagnósticos psiquiátricos

Cuando ciertas personas usuarias de servicios con disforia de género son diagnosticadas con trastornos psiquiátricos graves y deterioro de la percepción de la realidad (por ejemplo, episodios psicóticos, trastorno bipolar, trastorno de identidad disociativo, trastorno limítrofe de personalidad), se deben hacer esfuerzos para mejorar estas condiciones con medicamentos psicotrópicos y/o psicoterapia antes de considerar la cirugía. La reevaluación por un o una profesional de salud mental calificado para evaluar y manejar los estados psicóticos debe ser llevada a cabo antes de la cirugía, describiendo el estado mental de la persona usuaria de servicios y su preparación para la cirugía. Es preferible que este profesional de la salud mental esté familiarizado con la persona usuaria de servicios. No debe realizarse la cirugía mientras la persona usuaria de servicios esté activamente psicótico (De Cuypere y Vercruysse, 2009).

Competencia de los y las cirujanos que realizan cirugía de mamas/pecho o genital

Las y los médicos que realizan tratamientos quirúrgicos para la disforia de género deben ser urólogos, ginecólogos, cirujanos plásticos, o cirujanos generales, y oficialmente certificados como tal por una asociación nacional y/o regional. Las y los cirujanos deben tener competencia especializada en técnicas de reconstrucción genital, como se indica en la formación supervisada documentada con un cirujano con más experiencia. Incluso los cirujanos y cirujanas con experiencia deben estar dispuestos a que sus habilidades quirúrgicas sean revisadas por sus pares. Una auditoría oficial de los resultados quirúrgicos y la publicación de estos resultados serían muy tranquilizadoras para las personas usuarias de servicios y los profesionales de salud que los y las derivan. Las y los cirujanos deben asistir regularmente a reuniones profesionales donde se presenten las nuevas técnicas. La Internet es a menudo utilizado eficazmente por las personas usuarias de servicios para compartir información sobre su experiencia con cirujanos y sus equipos.

Idealmente, las y los cirujanos deberían conocer más de una técnica quirúrgica para la reconstrucción genital para que, en consulta con personas usuarias de servicios, puedan elegir la técnica ideal para cada persona. Alternativamente, si una o un cirujano es experto en una sola técnica y este procedimiento no es el más adecuado o deseado por una persona usuaria de servicios, el cirujano debe informar a la misma acerca de otros procedimientos y ofrecer derivarlo/a a otro cirujano adecuadamente cualificado.

Técnicas de cirugías de mamas/pecho y complicaciones

Aunque el aspecto de las mamas/pecho es una importante característica sexual secundaria, la presencia o tamaño de los pechos no están involucrados a las definiciones legales de sexo y género, y no son necesarios para la reproducción. El rendimiento de las operaciones de mamas/pecho para el tratamiento de la disforia de género debe ser considerado con el mismo cuidado que al empezar la terapia hormonal, ya que ambos producen cambios relativamente irreversibles al cuerpo.

Para la usuaria de servicios HaM, un aumento del pecho (a veces llamado “reconstrucción del pecho”) no es diferente del procedimiento en una usuaria de servicios biológicamente mujer. Por lo general, se realiza a través del implante de prótesis mamarias y, de vez en cuando, con la técnica de liporelleno. Las infecciones y la fibrosis capsular son complicaciones raras de la mamoplastía de aumento en usuarias de servicios HaM (Kanhai, Hage, Karim, y Mulder, 1999).

Para el usuario de servicios MaH, una mastectomía o procedimiento "contorno de pecho masculino" está disponible. Para muchos usuarios de servicios MaH, esta es la única cirugía realizada. Cuando la cantidad de tejido mamario removido requiere eliminación de la piel, resultará en una cicatriz y el usuario de servicios debe ser informado de ello. Las complicaciones de la mastectomía subcutánea pueden incluir necrosis del pezón, irregularidades del contorno, y cicatrización antiestética (Monstrey et al., 2008).

Técnicas de cirugías genitales y complicaciones

Los procedimientos quirúrgicos genitales para la usuaria de servicios HaM pueden incluir orquidectomía, penectomía, vaginoplastía, clitoroplastía y labioplastía. Las técnicas incluyen la inversión de la piel del pene, trasplante rectosigmoidal pediculado e injertos libres de piel para forrar la neovagina. La sensación sexual es un objetivo importante en la vaginoplastía, junto con la creación de una vagina funcional y estéticamente aceptable.

Las complicaciones quirúrgicas de cirugía genital HaM pueden incluir necrosis total o parcial de la vagina y los labios, fístulas de la vejiga o del intestino a la vagina, estenosis de la uretra, y vaginas que son demasiado cortas o demasiado pequeñas para el coito. Mientras que las técnicas quirúrgicas para la creación de una nueva vagina son funcional y estéticamente excelentes, se ha informado anorgasmia luego del procedimiento, y una segunda etapa de reducción de labios vaginales pueden ser necesarios para estética (Klein y Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Los procedimientos quirúrgicos genitales para el usuario de servicios MaH pueden incluir histerectomía, ooforectomía, salpingo-ooforectomía, vaginectomía, metoidioplastía, escrotoplastía, uretroplastía, colocación de prótesis testiculares y faloplastía. Para usuarios de servicios sin cirugías abdominales anteriores, se recomienda la técnica laparoscópica para la histerectomía y salpingo-ooforectomía para evitar una cicatriz en el abdomen bajo. El acceso por vía vaginal puede ser difícil ya que la mayoría de los usuarios de servicios son nulíparos y muchas veces no han experimentado cópula penetrativa. Actuales técnicas quirúrgicas para la faloplastía son variadas. La elección de la técnica puede estar limitada por consideraciones anatómicas o quirúrgicas, y por consideraciones financieras del usuario de servicios. Si los objetivos de la faloplastía son la creación de neofalo de buena apariencia, micción de pie, sensación sexual, y/o la habilidad coital, los usuarios de servicios deben ser informados claramente que hay varias etapas separadas de la cirugía y frecuentes dificultades técnicas, que pueden requerir operaciones adicionales. Incluso la metoidioplastía, que en teoría es un procedimiento de una sola etapa para la construcción de un microfalo, requiere a menudo más de una operación. No siempre se puede garantizar el objetivo de la micción de pie con esta técnica (Monstrey et al., 2009).

Las complicaciones de la faloplastía en MaH pueden incluir estenosis y fístulas del tracto urinario frecuentes, y de vez en cuando necrosis del neofalo. La metoidioplastía resulta en un micropene sin capacidad de orinar de pie. La faloplastía, utilizando un pediculado o un colgajo vascularizado libre, es un procedimiento largo, de varias etapas, con una morbilidad significativa que incluye frecuentes complicaciones urinarias e inevitables cicatrices en la parte donante del cuerpo. Por esta razón, muchos usuarios de servicios MaH nunca se someten a una cirugía genital aparte de la histerectomía y salpingo-ooforectomía (Hage y De Graaf, 1993).

Incluso las personas usuarias de servicios que presentan graves complicaciones quirúrgicas, rara vez se arrepienten de haberse sometido a cirugía. La importancia de la cirugía puede ser apreciada por la constante descubierta de que la calidad de los resultados quirúrgicos es uno de los mejores predictores del resultado global de la reasignación de sexo (Lawrence, 2006).

Otras Cirugías

Otras cirugías para ayudar en la feminización cuerpo incluyen condroplastía de reducción del cartílago tiroides (reducción de la manzana de Adán), cirugía de modificación de voz, lipoplastía asistida por succión (modelado del contorno) de la cintura, rinoplastia (corrección de nariz), reducción del hueso facial, estiramiento facial, y blefaroplastia (rejuvenecimiento del párpado). Otras cirugías para ayudar en la masculinización del cuerpo incluyen la liposucción, liporrelleno, e implantes pectorales. La cirugía de voz para obtener una voz más grave es rara, pero puede ser recomendable en algunos casos, como cuando la terapia hormonal ha sido ineficaz.

A pesar de que estas cirugías no requieren derivación de profesionales de salud mental, estos pueden desempeñar un papel importante en ayudar a las personas usuarias de servicios a tomar una decisión plenamente informada sobre el proceso y las implicaciones de tales procedimientos en el contexto de la transición social.

Aunque la mayoría de estos procedimientos suelen ser etiquetados como “puramente estéticos”, estas mismas operaciones en un individuo con disforia de género severa puede ser consideradas médicamente necesarias, dependiendo de la situación clínica única de la condición y la situación de la vida de una persona usuaria de servicios en particular. Esta ambigüedad refleja la realidad de las situaciones clínicas, y permite decisiones individuales en cuanto a la necesidad y conveniencia de estos procedimientos.

XII
CUIDADOS POSTOPERATORIOS Y SEGUIMIENTO

Los cuidados postoperatorios a largo plazo y seguimiento después de los tratamientos quirúrgicos para la disforia de género se asocian con buenos resultados quirúrgicos y psicosociales (Monstrey et al., 2009). El seguimiento es importante para la posterior salud física y mental de la persona usuaria de servicios y para el conocimiento del cirujano o cirujana acerca de los beneficios y limitaciones de la cirugía. Las y los cirujanos que operan a personas usuarias de servicios procedentes de largas distancias deberían incluir seguimiento personal en su plan de atención y tratar de asegurar cuidados locales económicos a largo plazo en la región geográfica de las personas usuarias de sus servicios.

Las personas usuarias de servicios postoperatorias a veces pueden excluirse del seguimiento por parte de proveedores especializados, entre ellos el médico que prescribe las hormonas (para personas usuarias de servicios que reciben hormonas), al no reconocer que estos proveedores suelen ser mejores en prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades que son exclusivas en personas usuarias de servicios tratados hormonal y quirúrgicamente. La necesidad de seguimiento se extiende igualmente a los profesionales de salud mental, que pueden haber pasado un periodo más largo de tiempo con la persona usuaria de servicios que cualquier otro profesional y, por lo tanto, están en una excelente posición para ayudar en las dificultades postoperatorias de ajuste. Los profesionales de salud deben enfatizar la importancia del cuidado de seguimiento postoperatorio con personas usuarias de sus servicios y ofrecer continuidad de la atención.

Las personas usuarias de servicios postoperatorias deben ser sometidas a exámenes médicos regularmente de acuerdo a las pautas recomendadas para su edad. Esto se discute más en la sección siguiente.

XIII

ATENCIÓN PREVENTIVA Y PRIMARIA PERMANENTE

Las personas trans y con variabilidad de género necesitan atención médica durante toda su vida. Para evitar los efectos secundarios negativos de realizarse una gonadectomía a una edad relativamente temprana y/o de recibir altas dosis de terapia hormonal a largo plazo, por ejemplo, las personas usuarias de servicios necesitan atención médica completa por parte de proveedores con experiencia en la atención primaria y salud trans. Si un proveedor no es capaz de proporcionar todos los servicios, la comunicación constante entre proveedores es esencial.

La atención primaria y las cuestiones de mantenimiento de la salud deben ser abordados antes, durante y después de cualquier cambio en el rol de género e intervenciones médicas para aliviar la disforia de género. Aunque los proveedores de hormonas y cirujanos juegan un papel importante en la atención preventiva, todos las personas trans y con variabilidad de género deben asociarse con un proveedor de atención primaria para las necesidades generales de salud (Feldman, 2007).

Cuidados generales de salud preventiva

Las directrices de detección desarrolladas para la población general son adecuadas para sistemas de órganos con poca probabilidad de ser afectados por la terapia hormonal de feminización/masculinización. Sin embargo, en áreas tales como factores de riesgo cardiovascular, osteoporosis y algunos tipos de cáncer (de mama, cervical, de ovario, de útero y de próstata), estas directrices generales pueden sobrestimar o subestimar el costo-efectividad de la detección de problemas en personas en terapia hormonal.

Muchos documentos de referencia proporcionan protocolos detallados para la atención primaria de las personas usuarias de servicios que se someten a la terapia hormonal de feminización/masculinización, incluyendo la terapia que se ofrece después de las cirugías de reasignación de sexo (Centro de Excelencia para la Salud Trans, UCSF, 2011; Feldman y Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, y Spade, 2005). Las y los médicos deben consultar sus directrices nacionales basadas en la evidencia y hablar de exámenes de detección con personas usuarias de sus servicios en vista de los efectos de la terapia hormonal sobre el riesgo basal.

Detección de cáncer

La detección del cáncer de los sistemas de órganos que se asocian con el sexo pueden presentar determinados problemas médicos y psicosociales para las y los personas trans y con variabilidad de género, y sus proveedores de atención de salud. A falta de grandes estudios prospectivos, los proveedores probablemente no tendrán suficientes pruebas para determinar el tipo apropiado de detección de cáncer y su frecuencia en esta población. El exceso de detección se traduce en mayores costos de atención médica, altas tasas de falsos positivos y a menudo una exposición innecesaria a la radiación y/o a intervenciones de diagnóstico tales como biopsias. La escasez de detección resulta en retraso en el diagnóstico de cánceres potencialmente curables. Las personas usuarias de servicios pueden encontrar los exámenes de detección de cáncer tanto una afirmación de género (como mamografías en usuarias de servicios HaM) como un dolor físico y emocional (por ejemplo, frotis de Papanicolaou ofrecen continuidad en la atención para los usuarios de servicios MaH).

Cuidado Urogenital

La atención ginecológica puede ser necesaria para personas trans y con variabilidad de género de ambos sexos. Para los usuarios de servicios MaH, esa atención es necesaria sobre todo para las personas que no han tenido cirugía genital. Para las usuarias de servicios HaM, tal cuidado es necesario después de la cirugía genital. Mientras que muchos cirujanos aconsejan a las personas usuarias de servicios sobre el cuidado urogenital postoperatorio, los médicos de atención primaria y ginecólogos también deben estar familiarizados con las preocupaciones genitales específicas de esta población.

Todas las usuarias de servicios HaM deben recibir asesoramiento respecto a la higiene genital, la sexualidad y la prevención de infecciones de transmisión sexual; las que se han realizado cirugía genital también deben ser aconsejadas sobre la necesidad de dilatación vaginal o coito con penetración regulares con el fin de mantener la profundidad y la anchura vaginal (van Trotsenburg, 2009). Debido a la anatomía de la pelvis en personas con sexo biológico masculino, el eje y las dimensiones de la neovagina difieren sustancialmente de las de una vagina en personas con sexo biológico femenino . Esta diferencia anatómica puede afectar la relación sexual si no es comprendida por las usuarias de servicios HaM y sus parejas (van Trotsenburg, 2009).

Las infecciones del tracto urinario son frecuentes en las usuarias de servicios HaM que han tenido cirugía debido a los requerimientos de reconstrucción de la uretra más corta. Además, estas usuarias de servicios pueden sufrir de trastornos funcionales del tracto urinario inferior; tales trastornos pueden ser causados por daño de la inervación autónoma del fondo de la vejiga durante

la disección que se realiza entre el recto y la vejiga, y por un cambio de la posición de la vejiga misma. La vejiga puede volverse disfuncional (por ejemplo, vejiga hiperactiva o incontinencia urinaria) después de la cirugía de reasignación de sexo (Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hiltebrand, y Birkhauser, 2007).

La mayoría de los usuarios de servicios MaH no se someten a una vaginectomía (colpectomía). Para los usuarios de servicios que toman hormonas masculinizantes, a pesar de la conversión considerable de testosterona a estrógenos, se pueden observar regularmente cambios atróficos de la mucosa vaginal y pueden conducir a prurito o ardor. El examen puede ser tanto físico como emocionalmente doloroso y la falta de un trato serio y respetuoso puede agravar la situación. Los ginecólogos que tratan las quejas genitales de los usuarios de servicios MaH deben ser conscientes de la sensibilidad que los usuarios de servicios con una identidad de género masculina y expresión de género masculino pueden tener en torno a tener genitales típicamente asociados al sexo femenino.

XIV

APLICABILIDAD DE LAS *NORMAS DE ATENCIÓN* A PERSONAS QUE VIVEN EN ENTORNOS INSTITUCIONALES

Las *NDA* en su totalidad se aplican a todas las personas trans y con variabilidad de género, independientemente de su situación de vivienda. Las personas no deben ser discriminados en su acceso a la atención sanitaria adecuada en función del lugar donde viven, incluidos los entornos institucionales, como prisiones o centros de atención médica a largo o mediano plazo (Brown, 2009). La atención de salud para personas trans y con variabilidad de género que viven en un entorno institucional debe ser similar a la que estaría disponible para ellas si vivieran en un ambiente no-institucional dentro de la misma comunidad.

Todos los elementos de evaluación y tratamiento como se describe en las *NDA* pueden ser proporcionados a las personas que viven en instituciones (Brown, 2009). El acceso a estos tratamientos médicamente necesarios que no debe ser negado sobre la base de institucionalización o arreglos de alojamiento. Si no existen conocimientos especializados de los profesionales de la salud en el empleo directo o indirecto de la institución para evaluar y/o tratar a las personas con

disforia de género, es conveniente obtener consulta externa de profesionales que conocen esta área especializada de atención en salud.

Las personas con disforia de género en las instituciones también pueden tener condiciones coexistentes de salud mental (Cole et al., 1997). Estas condiciones deben ser evaluadas y tratadas apropiadamente.

Las personas que ingresan una institución y que ya están en un régimen apropiado de terapia hormonal deben continuar con las mismas terapias, o similares, y controlar de acuerdo con las *NDA*. Un abordaje de supresión intempestiva de los productos hormonales no es considerado una atención adecuada en la mayoría de las situaciones (Kosilek v Massachusetts Department of Corrections/Maloney, CA N º 92-12.820-MLW, 2002). Las personas con disforia de género consideradas preparadas para la terapia hormonal (siguiendo las *NDA*) deben iniciarse en este tipo de tratamiento. Las consecuencias de la retirada brusca de las hormonas o la falta de iniciación de la terapia hormonal cuando sea médicamente necesario incluye una alta probabilidad de resultados negativos, tales como el auto-tratamiento quirúrgico por auto-castración, la depresión, la disforia, y/o tendencias suicidas (Brown, 2010).

Adaptaciones razonables en el entorno institucional pueden hacerse en la prestación de servicios de acuerdo con las *NDA*, cuando dichas adaptaciones no pongan en peligro la prestación de la atención médica necesaria a las personas con disforia de género. Un ejemplo de una adaptación razonable es el uso de hormonas inyectables, si no están médicamente contraindicadas, en un ambiente donde la desviación de preparados orales es muy frecuente (Brown, 2009). La negación de los cambios necesarios en el rol de género o el acceso a los tratamientos, incluyendo la cirugía de reasignación de sexo, sobre la base de la residencia en una institución, no son razonables en el marco de las *NDA* (Brown, 2010).

Las facilidades de alojamiento y ducha/baño para personas trans y con variabilidad de género que viven en instituciones deben tener en cuenta su identidad y rol de género, estado físico, dignidad y seguridad personal. La disposición en una unidad de alojamiento de un solo sexo, sobre la única base de la apariencia de los genitales externos, puede no ser apropiada y puede colocar al individuo/a en riesgo de victimización (Brown, 2009).

Las instituciones donde las personas trans y con variabilidad de género residen y reciben atención de salud deben velar por un clima respetuoso y positivo con el fin garantizar que los y/o las residentes no estén bajo ataque por parte del personal o de otros/as residentes.

XV

APLICABILIDAD DE LAS *NORMAS DE ATENCIÓN* A PERSONAS CON VARIACIONES BIOLÓGICAS DEL SEXO

Terminología

El término *trastorno del desarrollo sexual (VBS)* (TDS) se ha utilizado tradicionalmente para referirse a una condición somática de desarrollo atípico del tracto reproductivo (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, y LWPES1/ESPE2 Grupo de Consenso, 2006). (TDS) incluía la condición antes llamada *intersexualidad*. Aunque la terminología ha cambiado a VBS durante una conferencia de consenso internacional en 2005 (Hughes et al., 2006), el desacuerdo sobre el uso de la lengua permanece. Algunas personas se oponen fuertemente a etiquetas de "trastorno", prefiriendo, en su lugar, ver estas afecciones congénitas como una cuestión de diversidad (Diamond, 2009) y seguir utilizando términos como *intersexo* o *intersexualidad*. En las *NDA*, WPATH se utiliza el término *Variaciones Biológicas del Sexo (VBS)* para describir las variaciones de las manifestaciones biológicas empleadas para la definición del "sexo" de una persona que desafían el empleo del modelo binario convencional. Con esto, se busca emplear un concepto objetivo y libre de valores, con el propósito de garantizar que los y las profesionales de la salud reconozcan este término médico y lo utilicen para acceder a literatura relevante a medida en que este campo avanza. La WPATH permanece abierta a nueva terminología que iluminará la experiencia de las y los miembros de esta población diversa y conducirá a mejoras en el acceso y entrega de la atención médica.

Razones para su inclusión en las *NDA*

Anteriormente, las personas con VBS que también cumplieran con los criterios de comportamiento del DSM-IV-TR para el Trastorno de Identidad de Género (Asociación de Psiquiatría Norteamericana, APA, 2000) fueron excluidos de esa categoría diagnóstica general. En cambio, fueron categorizados como "Trastorno de Identidad de Género - No especificado". También fueron excluidos de las *Normas de Atención* de la WPATH.

La propuesta actual para el DSM-5 (www.dsm5.org) consiste en sustituir el término *trastorno de identidad de género por disforia de género*. Por otra parte, los cambios propuestos en el DSM consideran que las personas con disforia de género con *VBS* tienen un subtipo de disforia de género. Esta categorización propuesta - que explícitamente diferencia entre los individuos con disforia de género con y sin *VBS* - se justifica: en personas con *VBS*, la disforia de género difiere en su presentación fenomenológica, epidemiología, trayectorias de vida, y etiología (Meyer-Bahlburg, 2009).

Las personas adultas que tienen *VBS* y disforia de género han llamado la atención de los profesionales de la salud. En consecuencia, una breve discusión de su cuidado se incluye en esta versión de las *NDA*.

Consideraciones relativas al historial de salud

Los y las profesionales de salud que atienden a personas tanto con VBS como con disforia de género deben ser conscientes de que el contexto médico en el que estas han crecido suele ser muy diferente de la de las personas sin VBS.

Algunas personas son reconocidas por tener VBS a través de la observación de genitales atípicos al nacer. (Cada vez más esta observación se realiza durante el período prenatal por medio de técnicas de imagen como la ecografía.) Estos niños y niñas luego se someten a extensos procedimientos diagnósticos médicos. Después de la consulta entre los y las profesionales de la salud y la familia - en el que se consideran el diagnóstico específico, hallazgos físicos y hormonales, y la retroalimentación de los estudios de resultados a largo plazo (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, y Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, Thyen y, 2007; Mazur, 2005; Bahlburg Meyer, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, y Gearhart, 2004) - al recién nacido se le asigna un sexo, ya sea hombre o mujer.

Otras personas con VBS llaman la atención de las y los profesionales de la salud alrededor de la edad de la pubertad a través de la observación del desarrollo atípico de los caracteres sexuales secundarios. Esta observación también conduce a una evaluación médica específica.

El tipo de VBS y la severidad de la condición tiene implicaciones importantes para las decisiones sobre la asignación del sexo inicial de una persona usuaria de servicios, la cirugía genital posterior, y otro tipo de atención médica y psicosocial (Meyer-Bahlburg, 2009). Por ejemplo, el grado de exposición prenatal a andrógenos en individuos con VBS se ha correlacionado con el grado de masculinización de comportamiento relacionado con el género (es decir, rol y expresión de género), sin embargo, la correlación es sólo moderada, y la variabilidad de comportamiento considerable sigue siendo desconocida por la exposición prenatal a los andrógenos (Jurgensen et al., 2007;

Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, y New, 2006). En particular, no se ha demostrado una correlación similar de exposición hormonal prenatal con la identidad de género (por ejemplo, Meyer-Bahlburg et al., 2004). Esto queda subrayado por el hecho de que personas con la misma identidad de género (núcleo) pueden variar ampliamente en el grado de masculinización de su comportamiento relacionado con el género.

Evaluación y tratamiento de la disforia de género en personas con variaciones biológicas del sexo

Muy raras son las veces en las que individuos con *VBS* se identifican como con disforia de género antes de que se haya hecho un diagnóstico de *VBS*. A pesar de ello, el diagnóstico de *VBS* suele ser evidente con una adecuada historia y examen físico básico - ambos parte de una evaluación médica anterior a la terapia hormonal o a las intervenciones quirúrgicas para la disforia de género. Los y las profesionales de salud mental deberían solicitar a las personas usuarias de sus servicios que se presenten con disforia de género un examen físico, especialmente si no están viendo un proveedor de atención primaria o de salud.

La mayoría de las personas con *VBS* que nacen con ambigüedad genital no presentan disforia de género (por ejemplo, Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004). Sin embargo, algunas personas con *VBS* desarrollarán disforia de género crónica e incluso se someterán a un cambio en su sexo asignado al nacer y/o su rol de género (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). Si hay indicios fuertes y persistentes que la disforia de género está presente, es esencial realizar una evaluación completa por parte de los médicos expertos en la evaluación y el tratamiento de la disforia de género, independientemente de la edad de la persona usuaria de servicios. Las recomendaciones detalladas se han publicado para la realización de este tipo de evaluación y para la toma de decisiones de tratamiento para hacer frente a la disforia de género en el contexto de *VBS* (Meyer-Bahlburg, en prensa). Sólo después de una evaluación exhaustiva deben tomarse pasos en la dirección de cambiar el sexo asignado al nacer o el rol de género de una persona usuaria de servicios.

Los médicos que atienden a estas personas usuarias de servicios con opciones de tratamiento para aliviar la disforia de género pueden beneficiarse de los conocimientos adquiridos a partir de brindar atención a las personas usuarias de servicios sin *VBS* (Cohen-Kettenis, 2010). Sin embargo, algunos criterios para el tratamiento (por ejemplo, la edad, la duración de la experiencia de vivir en el rol de género deseado) no se aplican habitualmente a personas con *VBS*, sino que los criterios se interpretan a la luz de la situación específica de la persona usuaria de servicios (Meyer-Bahlburg, en prensa). En el contexto de *VBS*, cambios en el sexo asignado al nacer y el rol de género pueden haber sido realizados a cualquier edad entre el principio de la edad escolar primaria y la edad

adulta media. Incluso la cirugía genital puede llevarse a cabo en estas personas mucho antes que en individuos con disforia de género sin *VBS* si la cirugía está bien justificada por el diagnóstico, por el pronóstico de identidad de género basado en evidencia de dicho síndrome y la gravedad del mismo, y por los deseos de la persona.

Una de las razones de estas diferencias de tratamiento es que la realización de cirugía genital en individuos con *VBS* es bastante común en la infancia y la adolescencia. La infertilidad puede ya estar presente debido a alguna falla gonadal temprana o a una gonadectomía realizada por riesgo de malignidad. Aun así, es aconsejable que las personas usuarias de servicios con *VBS* se sometan a una plena transición social a otro rol de género sólo si hay una historia de larga historia de comportamiento atípico de género, y si la disforia de género y/o el deseo de cambiar de rol de género ha sido fuerte y persistente durante un período considerable de tiempo. Seis meses es el período de tiempo de la expresión completa de síntomas necesaria para la aplicación del diagnóstico de disforia de género propuesto para el DSM-5 (Meyer-Bahlburg, en prensa).

Recursos adicionales

Los historiales médicos relacionados con el género de las personas con *VBS* suelen ser complejos. Sus expedientes pueden incluir una enorme gama de variaciones innatas genéticas, endocrinas y somáticas, así como diversos tratamientos médicos hormonales, cirugías, y otros. Por esta razón, muchas cuestiones adicionales necesitan ser considerados en la atención psicológica y médica de estas personas usuarias de servicios, independientemente de la presencia de disforia de género. La consideración de estos temas está más allá de lo que se puede cubrir en las *NDA*. El lector o lectora interesada puede consultar las publicaciones existentes (por ejemplo, Cohen-Kettenis y Pfäfflin de 2003, Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). A algunas familias y personas usuarias de servicios les resulta útil consultar o colaborar con grupos comunitarios de apoyo.

Hay una literatura médica muy importante en el tratamiento médico de personas con *VBS*. Gran parte de esta literatura ha sido elaborada por especialistas de alto nivel en endocrinología pediátrica y urología, con la participación de profesionales especializados de salud mental, especialmente en el área de género. Recientes conferencias internacionales de consenso se han ocupado de guías basadas en evidencia médica (incluidas las cuestiones de género y cirugía genital) para VBS en general (Hughes et al., 2006) y específicamente para la hiperplasia suprarrenal congénita (Sociedad LWPES/Grupo de Trabajo ESPE CAH et al., 2002; Speiser et al., 2010). Otros han abordado las necesidades de investigación para *VBS* en general (Meyer-Bahlburg y Blizzard, 2004) y para los síndromes seleccionados tales como 46, XXY (Simpson et al., 2003).

Referencias

Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 183–189. doi:10.1037/0022–006X.54.2.183

ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5), 139–140.

Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.

American Academy of Family Physicians. (2005). *Definition of family medicine*. Retrieved from http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html

American Medical Association. (2008). *Resolution 122 (A-08)*. Retrieved from http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Retrieved from www.asha.org

Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist, 64*, 372–453. doi:10.1037/a0015932

Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology, 164*(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10–1038

Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction, 22*(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474

Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600–0447.1993.tb03364.x

Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology, 38*(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365–2265.1993.tb01013.x

Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine, 1*(1), 45–51.

Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.

Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York: Zone Books.

Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report, 28*(1), 3–7.

Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies, 17*(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001

Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.

Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). *International Journal of Transgenderism, 9*(3/4).

Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism, 9*(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03_03

Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.

Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.

Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.

Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology, 22*(5), 361–380. doi:10.1016/S0306–4530(97)00033–4

Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.

Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care* section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073

Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 12*(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970

Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf

Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf

Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). CASLPA *clinical certification program*. Retrieved from http://www.caslpa.ca/

Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice, 21*(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005

Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology, 6*(Suppl 6), S3–8.

Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 18*(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005

Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Retrieved from http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00–00

Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.

Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism, 3*(1), 2–17.

Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(4), 391–391. doi:10.1097/00004583–200104000–00006

Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5α-reductase-2 deficiency and 17β-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 399–410. doi:10.1007/s10508–005–4339–4

Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.

Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 24*(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005

Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychothérapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie, 10*, 153–166.

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 499–513. doi:10.1007/s10508–009–9562-y

Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior, 40*(4), 843–847. doi:0.1007/s10508–011–9758–9

Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135

Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior, 26*(1), 13–26.

Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(1), 1–7. doi: 10.1080/15532730902799912

Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 69–73. doi: 10.1080/15532730903008008

Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 141–145. doi: 10.1080/15532730903383740

Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism, 11*(4), 215–219. doi: 10.1080/15532730903439450

Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior, 21*(3), 313–321.

Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law, 7*, 37–60.

Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice, 14*(4), 549–556. doi:10.1016/S0892–1997(00)80010–7

Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaberi, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism, 9*(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06

Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia: Saunders.

Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism, 9*(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03_08

de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica Et Logopaedica, 52*(5), 220–227.

De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 34*(6), 679–690. doi:10.1007/s10508–005–7926–5

De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry, 22*(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002

De Cuypere, G., & Vercruysse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH *standards of care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781

Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology,* 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231

Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics,* 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145

de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics, 21*(1), 41–60. doi:10.1016/S0149–2918(00)88267–3

Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice.* New York, NY: W.W. Norton.

Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior,* 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5

De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's *standards of care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism, 6*(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97–03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm

Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy,* 8(1/2), 41–67.

de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism, 9*(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* Advance online publication. doi:10.1111/j.1469–7610.2011.02426.x

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(8), 930–936. doi:10.1007/s10803–010–0935–9

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743–6109.2010.01943.x

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS ONE,* 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885

Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior, 38*(2), 172–172. doi:10.1007/s10508–008–9438–6

Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983

Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 84*(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469

Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology, 44*(1), 34–45. doi:10.1037/0012–1649.44.1.34

Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the *standards of care*. *International Journal of Transgenderism, 12*(4), 198–2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235

Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 152*(5), 638–640.

Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery, 31*(1), 39–45.

Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy, 7*(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03_01

Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). *Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome*. Paper presented at 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.

Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.

Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and genderqueers. *Health Sociology Review, 17*(3), 235–253.

Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.

Feldman, J. (2005, April). *Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel*. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.

Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.

Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism, 9*(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03_02

Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the *standards of care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757

Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). *Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group*. Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp

Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). *Protocol for hormone therapy.* Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181

Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine, 120*(5), 386–391.

Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 9*(4), 381–387.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy, 24*(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878

Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492

Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057

Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology, 57*(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018

Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology, 8*(3), 201–208.

Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.

Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research, 18*, 178–224.

Gold, M., & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.

Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior, 38*(3), 378–392. doi:10.1007/s10508–007–9307–8

Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics, 64*(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751

Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.

Green, R. (1987). *The* "sissy boy syndrome" *and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.

Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research, 1*(1), 163–174.

Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis, 45*, 217–219.

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 18*(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies, 2*(1), 71–92.

Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.

Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery, 14*(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910

Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery, 105*(3), 1222–1227.

Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013

Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery, 1*(2), 335–344.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94*(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345

Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy, 36*(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560

Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology, 47*(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008

Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry, 124*(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181

Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood, 91*(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319

Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician, 62*(5), 1079–1095.

Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.

Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male, 7*(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557

Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior, 39*(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508–009–9551–1

Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 87*(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002–020611

Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior, 51*(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001

Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope, 115*(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33

Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammaplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery, 43*(5), 476–483.

Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics, June*, 21–49.

Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine, 6*(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743–6109.2009.01370.x

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12*(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the *DSM* diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12*(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215

Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).

Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., & Rübben, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology, 88*(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464–410X.2001.02323.x

Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility, 92*(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126

Kuhn, A., Hiltebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 131*(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019

Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600–0447.1998.tb09986.x

Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 32*(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364

Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 35*(6), 717–727. doi:10.1007/s10508–006–9104–9

Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.

Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's *standards of care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032

Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology, 59*(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365–2265.2003.01821.x

MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine, 350*(4), 367–378.

Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process, 50*(4), 453–470 doi: 10.1111/j.1545–5300.2011.01371.x

Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 411–421. doi:10.1007/s10508–005–4341-x

McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology, 120*(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174

McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice, 22*(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010

Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583–200208000–00021

Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health, 93*(2), 262–265.

Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry, 36*(9), 1010–1015.

Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's *standards of care* requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065

Meyer, W. J. III. Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior, 15*(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology, 511*, 199–223. doi:10.1007/978–1-4615–0621–8_12

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 423–438. doi:10.1007/s10508–005–4342–9

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence, 56*(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism, 11*(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 461–476. doi:10.1007/s10508–009–9532–4

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 20*(4), 639–649. doi: 10.1016/;. ch.2011.07.002.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist, 14*(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior, 33*(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior, 35*(6), 667–684. doi:10.1007/s10508–006–9068–9

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology, 171*(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7

Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology, 4*(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29

Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery, 124*(2), 510–518.

Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery, 121*(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2

Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 88*(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002–021967

More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? *Journal of Gender Studies, 7*(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725

Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders, 21*(3), 229–238. doi:10.1016/0021–9924(88)90031–7

Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 92*(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007–0746

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology, 72*(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x

Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.

Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.

Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice, 18*(1), 153–167.

Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research, 15*(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136–006–0002–3

Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update, 10*(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035

North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause, 17*(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research, 47*(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258

Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders, 18*(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237

Olyslager, F., & Conway, L. (2007). *On the calculation of the prevalence of transsexualism*. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007–09–06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf

Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 4*(4), 185–194. doi:1090–7173/00/1200–0185$18.00/1

Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry, 13*(2), 172–181.

Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 15*(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409

Payer, A. F., Meyer, W. J. III. & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia, 11*(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439–0272.1979.tb02232.x

Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology, 47*(2), 309–340. doi:10.1086/498947

Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 5*(4), 69–85.

Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm

Physicians' desk reference. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.

Physicians' desk reference. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.

Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender noncomformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4TH ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.

Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior, 18*(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291

Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada, 1*, 1–7.

Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism, 3*(3). Retrieved from http://www.WPATH.org

Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism, 6*(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97–03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm.

Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality, 54*(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124

Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism, 12*(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220

Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution.* Retrieved June 8, 2011, from http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf

Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior, 28*(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354

Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy, 24*(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358

Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(5), 619–621. doi:10.1097/00004583–200205000–00020

Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 288*(3), 321–333.

Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. http://www.rcslt.org/

Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6TH ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.

Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education, 3*(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04

Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine, 5*(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0

Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine, 35*(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776

Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice, 24*(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194

Speech Pathology Australia. http://www.speechpathologyaustralia.org.au/

Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 95*(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009–2631

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303

Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior, 40*(4), 649–650. doi:10.1007/s10508–011–9752–2

Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 16*(5), 289–296. doi:10.1016/S1083–3188(03)00155–4

Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis, 45*, 220–226.

Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttransexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London: Routledge.

Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice, 9*(1), 12–21.

Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. *International Journal of Transgenderism, 5*(4).

Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.

Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis, 73*(4), 289–295. doi:10.1159/000081585

Tom Waddell Health Center. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender.* Retrieved from http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf

Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 78*(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600–0447.1988.tb06373.x

Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction, 16*(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145

Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal, 26*(2), 135–154. doi:10.1007/s10560–008–0158–5

van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology, 47*(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365–2265.1997.2601068.x

van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior, 25*(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841

van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism, 11*(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484

Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research, 11*, 1–25.

Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 43*(S203), 255–257.

Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry, 119*(549), 195–196.

Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9

Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848

Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report, February/March,* 14–16.

Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior, 25*(4), 409–425.

Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews, 20*(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726

Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's *standards of care*: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism, 11*(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938

Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health, 21*(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537

Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology, 171*(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7

World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care—now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Retrieved from http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf

WPATH Board of Directors. (2010). *De-psychopathologisation statement released May 26, 2010.* Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17

Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.

Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 84*(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642

Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). *Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men.* Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.

Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research, 10*(1), 1–69.

Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13*(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006

Zucker, K. J. (2006). "I'm half-boy, half-girl": Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 477–498. doi:10.1007/s10508–009–9540–4

Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy, 38*(2), 151–189.

Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the *standards of care* of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 11*(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 398–411.

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*(2), 90–97.

APÉNDICE A
GLOSARIO

La terminología en el ámbito de la atención de la salud para personas trans y con variabilidad de género está evolucionando rápidamente. Se están introduciendo nuevos términos y las definiciones de los términos existentes están cambiando. Por lo tanto, a menudo se presentan malos entendidos, debates o desacuerdos sobre el lenguaje en este campo profesional. A continuación, algunos términos que pueden ser desconocidos o que tienen significados específicos en las *NDA* se definen sólo para el propósito de este documento. Otros podrán adoptar estas definiciones, sin embargo WPATH reconoce que estos términos pueden ser definidos de manera diferente en diferentes culturas, comunidades y contextos.

La WPATH también reconoce que muchos de los términos utilizados en relación a esta población no son ideales. Por ejemplo, los términos *transexual* y *travesti* – y, algunos incluirían, el más reciente *transgénero* – a veces, se han aplicado a las personas de tal modo que las convierte en objetos. Sin embargo, estos términos han sido más o menos adoptados por muchas personas que están haciendo su mejor esfuerzo para buscar un lenguaje común en la materia. Al continuar utilizando estos términos, WPATH sólo pretende asegurar que los conceptos y procesos sean comprensibles, con el fin de facilitar una atención a la salud de calidad a personas trans o con variabilidad de género. WPATH permanece abierta a nuevas terminologías que puedan iluminar la experiencia de las y los miembros de esta población diversa y que conduzcan a mejoras en el acceso a la atención médica.

Cirugía de reasignación de sexo (cirugía de afirmación del género): Cirugía que busca modificar las características sexuales primarias y secundarias para afirmar la identidad de género de la personas. La cirugía de reasignación de sexo puede ser un paso muy importante del tratamiento médico necesario para aliviar la disforia de género.

Disforia de género: Incomodidad o malestar causado por la discordancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el rol de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias). (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, y Bockting, 2010b).

Expresiones de género: Manera en que una persona comunica su identidad de género a través de su apariencia física (incluidos el atuendo, los estilos de cabello y el uso de cosméticos), los gestos, modos de hablar y patrones de comportamiento en la interacción con los demás.

Genderqueer: Puede ser utilizado por personas cuya identidad de género y/o rol no se ajusta a un entendimiento binario de género como algo limitado a las categorías de hombre o mujer, masculino o femenino (Bockting, 2008).

Hombre a Mujer (HaM): Adjetivo utilizado para describir a las personas asignadas al nacer como hombres y que están cambiando o han cambiado su cuerpo y/o rol de género hacia lo femenino.

Hormonas bioidénticas: Hormonas que son estructuralmente idénticas a las que se encuentran en el cuerpo humano (Comité de Práctica Ginecológica ACOG, 2005). Las hormonas usadas en la terapia hormonal bioidéntica (THB) provienen de plantas y son similares en su estructura a las hormonas humanas endógenas, pero deben ser procesadas comercialmente para convertirse en bioidénticas.

Hormonas naturales: Hormonas que se derivan de fuentes naturales tales como plantas o animales. Las hormonas naturales pueden o no ser bioidénticas.

Mujer a Hombre (MaH): Adjetivo utilizado para describir a las personas asignadas al nacer como mujeres y que están cambiando o han cambiado su cuerpo y/o rol de género hacia lo masculino.

No conformidad de género / Variabilidad de género: Medida en que la expresión de una persona de género difiere de las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con ella o su sexo asignado al nacer o su identidad de género.

Identidad de género: Percepción intrínseca de una persona de ser hombre, mujer, o alguna alternativa de género o combinación de géneros (transgénero, queer, eunuco). La identidad de género de una persona puede o no corresponder con su sexo asignado al nacer (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

Rol de género: Conjunto de normas sociales y de comportamiento, y expectativas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente del rol de género tradicionalmente asociado con su sexo asignado al nacimiento o su identidad de género, así como trascender por completo del sistema de roles de género culturalmente establecido.

Sexo: El sexo es asignado al nacer como masculino o femenino, usualmente basándose en la apariencia de los genitales externos. Cuando los genitales externos son ambiguos, otros componentes del sexo (genitales internos, sexo cromosómico y hormonal) son considerados con el fin de asignar el sexo (Grumbach, Hughes, y Conte, 2003; MacLaughlin y Donahoe, 2004; Dinero y Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Para la mayoría de las personas, la identidad y expresión de género son consistentes con su sexo asignado al nacer; para las personas trans y con variabilidad de género no conforme, la identidad o expresión de género difiere de su sexo asignado al nacer.

Terapia hormonal con formulaciones bioequivalentes: Utilización de hormonas que son preparadas, mezcladas, empaquetadas o etiquetadas como medicamento por un farmacéutico y hechas para una persona usuaria de servicios de acuerdo a especificaciones médicas. No es posible la aprobación por instituciones gubernamentales que controlan los medicamentos para cada compuesto realizado para un consumidor individual.

Transexual: Adjetivo (aplicado a menudo por la profesión médica) para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizarse o masculinizarse. Estas intervenciones, por lo general, son acompañadas de un cambio permanente en el rol de género.

Transfobia internalizada: Malestar con los propios sentimientos o identidad trans, como resultado de la internalización de las expectativas normativas de género de la sociedad.

Transgénero: Adjetivo utilizado para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer (Bockting, 1999). El término a veces se contrasta con "transexual". En este caso, "transgénero" se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron. Varios grupos de mujeres transgéneros en diferentes países de habla española han comenzado a exigir ser reconocidas como transgéneras, un neologismo que significa el carácter femenino de su identidad. Esta es una afirmación importante, dado que la lengua hispana incorpora el género de una manera muy contundente.

Transición: Período durante el cual los individuos cambian del rol de género asociado con el sexo asignado al nacer a un rol de género diferente. Para muchas personas, esto implica vivir socialmente en 'otro' papel de género; para otras esto significa la búsqueda del rol y de la expresión de género que les resulte más cómoda. La transición puede o no incluir feminización o masculinización del cuerpo (y modificación de caracteres sexuales) a través de hormonas y otros procedimientos médicos. La naturaleza y duración de la transición es variable e individualizada.

Trastorno de identidad de género (TIG): Diagnóstico formal establecido por el Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales, 4 ª Edición, Text Rev (DSM IV-TR) (Asociación de Psiquiatría Norteamericana, APA, 2000). El trastorno de identidad de género se caracteriza por una fuerte y persistente identificación de género y un malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación en el rol de género atribuido a ese sexo, provocando un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales o de otro tipo de funcionamiento.

Travesti: Término usado para referirse a personas que usan prendas de ropa y que adoptan otras formas de expresiones de género culturalmente asociados con el otro sexo. En algunos países de Latinoamérica, es utilizado para referirse a las personas asignadas como hombres al nacer que no escatiman esfuerzos para feminizar su cuerpo y su apariencia, y prefieren utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear cambiar sus caracteres sexuales primarios natales a través de una cirugía genital (Kulick, 1998).

Variaciones biológicas del sexo (VBS): En ciertos contextos se les denomina también "Estados o Condiciones de Intersexo". Condiciones en las que el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal

o anatómico no se ajusta al modelo binario convencional del sexo. Algunas personas objetan intensamente la etiqueta "trastorno" y consideran estas condiciones como una cuestión de diversidad (Diamond, 2009), prefiriendo denominarlas con los términos intersexo o intersexualidad. (Coleman et al., 2011, p. 95)

APÉNDICE B
PANORAMA DE LOS RIESGOS MÉDICOS DE LA TERAPIA HORMONAL

Los riesgos que se describen a continuación se basan en dos revisiones bibliográficas amplias, basadas en evidencia de la terapia hormonal de masculinización/feminización (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al., 2009), junto con un gran estudio de cohortes (Asscheman et al., 2011). Estas revisiones pueden servir como referencias detalladas para proveedores, junto con otros materiales clínicos publicados ampliamente reconocidos (por ejemplo, Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007).

Riesgos de la terapia hormonal feminizante (HaM)

Riesgo probablemente aumentado:

Enfermedad tromboembólica venosa

- El uso de estrógeno aumenta el riesgo de eventos tromboembólicos venosos (ETV), especialmente en personas que tienen más de 40 años de edad, fumadores, muy sedentarios, obesos, y que tienen trastornos trombofílicos subyacentes.
- Este riesgo se incrementa con el uso adicional de progestágenos de tercera generación.
- Este riesgo se reduce con el uso de parches transdérmicos (versus oral) como vía de administración de estradiol, recomendado para personas con mayor riesgo de ETV.

Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular

- El uso de estrógeno aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares en personas mayores de 50 años con factores de riesgo cardiovascular subyacente. El uso de progestina adicional puede aumentar este riesgo.

Lípidos

- El uso de estrógeno oral puede aumentar significativamente los triglicéridos en las personas, lo que aumenta el riesgo de pancreatitis y eventos cardiovasculares.
- Diferentes vías de administración tienen diferentes efectos metabólicos sobre los niveles de colesterol HDL, colesterol LDL y la lipoproteína (a).
- En general, la evidencia clínica sugiere que personas HaM con trastornos lipídicos pre-existentes pueden benefician de la utilización de estrógenos transdérmicos en vez de oral.

Hígado / vesícula biliar

- El uso de estrógeno y acetato de ciproterona puede estar asociado a elevaciones transitorias de las enzimas hepáticas y, raramente, hepatotoxicidad clínica.
- El uso de estrógeno aumenta el riesgo de colelitiasis (piedras en la vesícula) y una posterior colecistectomía.

Riesgo posiblemente aumentado:

Diabetes mellitus tipo 2

- La terapia hormonal feminizante, particularmente estrógenos, pueden aumentar el riesgo de diabetes tipo 2, especialmente en personas con una historia familiar de diabetes u otros factores de riesgo para esta enfermedad.

Hipertensión

- El uso de estrógeno puede aumentar la presión arterial, pero el efecto sobre la incidencia de la hipertensión es desconocido.

- La espironolactona reduce la presión arterial y se recomienda para personas en situación de riesgo o hipertensos/as que deseen feminización.

Prolactinoma

- El uso de estrógeno aumenta el riesgo de hiperprolactinemia en personas HaM en el primer año de tratamiento, y luego este riesgo tiene baja probabilidad.
- Altas dosis de uso de estrógenos puede favorecer la aparición clínica de la prolactinoma preexistente pero clínicamente no evidente.

Riesgo sin aumento o no concluyente:

Los ítems en esta categoría son aquellos que pueden representar un riesgo, pero para los cuales la evidencia es tan mínima que no hay ninguna conclusión clara se puede llegar.

Cáncer de mama

- Las personas HaM que han tomado hormonas feminizantes pueden padecer de cáncer de mama, pero se desconoce si su grado de riesgo se compara con la de las personas nacidas con genitales femeninos.
- Mayor duración de la exposición hormonal de feminización (es decir, el número de años que tomando preparados de estrógeno), antecedentes familiares de cáncer de mama, la obesidad (IMC > 35), y el uso de progestinas pueden influir en el nivel de riesgo.

Otros efectos secundarios de la terapia feminizante:

Los siguientes efectos pueden ser considerados menores o incluso deseados, dependiendo de la persona, pero están claramente asociados a la terapia hormonal feminizante.

Fertilidad y función sexual

- La terapia hormonal de feminización puede perjudicar la fertilidad.
- La terapia hormonal de feminización puede disminuir la libido.

- La terapia hormonal de feminización reduce las erecciones nocturnas, con un impacto variable sobre las erecciones estimuladas sexualmente.

Los riesgos de medicamentos anti-andrógenos:

Los regímenes hormonales feminizantes a menudo incluyen una variedad de agentes que afectan la producción o acción de la testosterona. Estos incluyen agonistas de GnRH, progestágenos (incluyendo acetato de ciproterona), la espironolactona e inhibidores de la 5-alfa reductasa. Una discusión exhaustiva de los riesgos específicos de estos agentes está más allá del alcance de las *NDA*. Sin embargo, tanto la espironolactona como el acetato de ciproterona son ampliamente utilizados y merecen algún comentario.

El acetato de ciproterona es un compuesto progestacional con propiedades antiandrogénicas (Gooren, 2005; Levy et al., 2003). Aunque ampliamente utilizado en Europa, no está aprobado para su uso en los Estados Unidos debido a las preocupaciones sobre la hepatotoxicidad (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, y Hidalgo, 2004). La espironolactona es comúnmente usada como un anti-andrógeno para la terapia hormonal feminizante, especialmente en las regiones donde el uso de la ciproterona no está aprobado (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). El uso de la espironolactona tiene una larga historia en el tratamiento de la hipertensión y la insuficiencia cardíaca congestiva. Sus efectos secundarios más comunes incluyen hiperpotasemia, mareos y síntomas gastrointestinales (*Physicians' Desk Reference*, 2007).

Riesgos de la terapia hormonal masculinizante (MaH)

Riesgo probablemente aumentado:

Policitemia

- La terapia hormonal masculinizante involucrando testosterona u otros esteroides androgénicos incrementa el riesgo de policitemia (hematocrito > 50%), especialmente en personas con factores de riesgo.

- La administración transdérmica y la adaptación de la dosis puede reducir este riesgo.

Aumento de peso/grasa visceral

- La terapia de hormona masculinizante puede resultar en un modesto aumento de peso, con un aumento de la grasa visceral.

Riesgo posiblemente aumentado:

Lípidos

- La terapia de testosterona disminuye el HDL, pero afecta de forma variable LDL y los triglicéridos.
- Los niveles séricos suprafisiológicos (más allá del rango normal de sexo masculino) de testosterona, a menudo encontrados por dosis intramuscular prolongada, pueden empeorar los perfiles de lípidos, mientras que la administración transdérmica parece ser más neutral.
- Personas con síndrome de ovario poliquístico o dislipidemia subyacente pueden estar en mayor riesgo de empeoramiento de la dislipidemia con la terapia de testosterona.

Hígado

- Pueden ocurrir elevaciones transitorias de las enzimas del hígado con la terapia de testosterona.
- Se han observado disfunción hepática y tumores malignos con metiltestosterona oral. Sin embargo, la metiltestosterona ya no está disponible en la mayoría de los países y no debe ser utilizada.

Psiquiátrico

La terapia masculinizante involucrando testosterona u otros esteroides androgénicos puede aumentar el riesgo de síntomas hipomaníacos, maníacos o psicóticos en personas con trastornos psiquiátricos subyacentes que incluyen tales síntomas. Este evento adverso parece estar asociado con dosis más altas o concentraciones suprafisiológicas de testosterona en la sangre.

Riesgo sin aumento o no concluyente:

Los ítems en esta categoría son aquellos que pueden representar un riesgo, pero para los cuales la evidencia es tan mínima que no hay ninguna conclusión clara se puede llegar.

Osteoporosis

- La terapia con testosterona mantiene o incrementa la densidad mineral ósea en las personas MaH antes de la ooforectomía, al menos en los tres primeros años de tratamiento.
- Hay un aumento del riesgo de pérdida de la densidad ósea después de ovariectomía, especialmente si la terapia con testosterona se interrumpe o es insuficiente. Esto incluye a las personas que utilizan únicamente la testosterona oral.

Cardiovascular

- La terapia de hormona masculinizante en dosis fisiológicas normales no parece aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares en personas sanas.
- La terapia de hormona masculinizante puede aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular en personas con factores de riesgo subyacentes.

Hipertensión

- La terapia de hormona masculinizante en dosis fisiológicas normales puede aumentar la presión arterial, pero no parece aumentar el riesgo de hipertensión.
- Las personas con factores de riesgo para la hipertensión, tales como aumento de peso, antecedentes familiares, o síndrome de poliquistosis ovárica, pueden estar en mayor riesgo.

Diabetes mellitus tipo 2

- La terapia de testosterona no parece aumentar el riesgo de diabetes tipo 2 entre las personas MaH a menos que otros factores de riesgo estén presentes.
- La terapia de testosterona puede aumentar aún más el riesgo de diabetes tipo 2 en personas con factores de riesgo, tales como aumento de peso significativo, la historia familiar y síndrome de ovario poliquístico. No existen datos que sugieran o indiquen un aumento en el riesgo en aquellos con factores de riesgo de dislipidemia.

Cáncer de mama

- La terapia de testosterona en personas MaH no aumenta el riesgo de cáncer de mama.

Cáncer cervical

- La terapia de testosterona en personas MaH no aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino, aunque puede aumentar el riesgo de frotis de Papanicolaou mínimamente anormales debido a cambios atróficos.

Cáncer de ovario

- Análogo a las personas nacidas con genitales femeninos con niveles elevados de andrógenos, la terapia de testosterona en personas MaH puede aumentar el riesgo de cáncer de ovario, aunque la evidencia es limitada.

Cáncer endometrial (uterino)

- La terapia de testosterona en personas MaH puede aumentar el riesgo de cáncer de endometrio, aunque la evidencia es limitada.

Otros efectos secundarios de la terapia masculinizante:

Los siguientes efectos pueden ser considerados menores o incluso deseados, dependiendo de la persona, pero están claramente asociados a la terapia hormonal masculinizantes.

Fertilidad y función sexual

- La terapia de testosterona en personas MaH reduce la fertilidad, aunque el grado y la reversibilidad son desconocidos.
- La terapia de testosterona puede inducir cambios anatómicos permanentes en el embrión o feto en desarrollo.
- La terapia de testosterona induce la ampliación del clítoris y aumenta la libido.

Acné, alopecia androgénica

El acné y grados variables de pérdida de cabello de patrón masculino (alopecia androgénica) son efectos secundarios comunes de la terapia hormonal masculinizante.

APÉNDICE C
RESUMEN DE CRITERIOS PARA LA TERAPIA HORMONAL Y CIRUGÍAS

Al igual que en todas las versiones anteriores de las *NDA*, los criterios propuestos en este documento para la terapia hormonal y tratamientos quirúrgicos para las personas trans son guías clínicas. Pueden ser ajustarlos según sea necesario por profesionales en la práctica privada o por programas de salud locales, estatales o nacionales. Las alternativas clínicas a las *NDA* pueden resultar de situaciones anatómicas, sociales o psicológicas específicas de la persona; de los métodos y enfoques empleados para abordar una situación común por profesionales de la salud experimentados; del ajuste a un protocolo de investigación; de la limitación de recursos en varias partes del mundo; o de la necesidad de estrategias específicas de reducción de daño. Estas alternativas deben ser reconocidas como tales, explicadas a la persona, y documentadas a través del consentimiento informado para garantizar una atención de calidad y la protección legal de la persona. Esta documentación también es valiosa para la acumulación de nuevos datos, los cuales pueden ser examinados retrospectivamente para permitir la evolución de la atención en salud – y de las *NDA*.

Criterios para la terapia hormonal de feminización/ masculinización (una referencia o documentación gráfica de la evaluación psicosocial)

1. Disforia de género persistente y bien documentada;

2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento;

3. Mayoría de edad en un país determinado (si es menor, siga las *NDA* para niñas, niños y adolescentes);

4. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar bien controlados.

Criterios para la cirugía de mama/pecho (una referencia)

Mastectomía y la creación de un pecho masculino en los usuarios de servicios MaH:

1. Disforia de género persistente y bien documentada;
2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento;
3. Mayoría de edad en un país determinado (si es menor, siga las *NDA* para niñas, niños y adolescentes);
4. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar bien controlados.

La terapia hormonal no es un pre-requisito.

Aumento de senos (implantes/liporelleno) en usuarias de servicios HaM:

1. Disforia de género persistente y bien documentada;
2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento;
3. Mayoría de edad en un país determinado (si es menor, siga las *NDA* para niñas, niños y adolescentes);
4. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar bien controlados.

Aunque no es un criterio específico, se recomienda que las personas usuarias de servicios HaM que se sometan a la terapia hormonal feminizante antes de la cirugía de aumento de pecho (mínimo 12 meses). El objetivo es maximizar el crecimiento del pecho con el fin de obtener mejores resultados quirúrgicos (estética).

Criterios para la cirugía genital (dos referencias)

Histerectomía y ooforectomía en usuarios de servicios MaH y orquiectomía en usuarias de servicio HaM:

1. Disforia de género persistente y bien documentada;
2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento;
3. Mayoría de edad en un país determinado;
4. Si están presentes problemas importantes de salud física o mental, deben estar bien controlados.
5. 12 meses continuos de terapia hormonal adecuada a los objetivos de género de la persona usuaria de servicios (a menos que la misma tenga una contraindicación médica o no pueda o quiera tomar hormonas).

El objetivo de la terapia hormonal antes de la gonadectomía es, principalmente, introducir un período reversible de supresión de estrógeno o testosterona antes que la persona usuaria de serviciosse someta a una intervención quirúrgica.

Estos criterios no se aplican a las personas usuarias de servicios realizando dichos procedimientos debido a indicaciones médicas distintas a la disforia de género.

Metoidioplastía o faloplastía en usuarios de servicios MaH y vaginoplastía en usuarias de servicios HaM:

1. Disforia de género persistente y bien documentada;
2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento;
3. Mayoría de edad en un país determinado;
4. Si están presentes problemas importantes de salud física o mental, deben estar bien controlados.
5. 12 meses continuos de terapia hormonal adecuada a los objetivos de género de la persona usuaria de servicios (a menos que la misma tenga una contraindicación médica o no pueda o quiera tomar hormonas).

6. 12 meses continuos viviendo continuamente en un rol de género congruente con la identidad de género de la persona.

Aunque no es un criterio explícito, se recomienda que estas personas usuarias de servicios también hagan visitas regulares a un o una profesional de salud mental o de otro médico.

El criterio señalado anteriormente para algunos tipos de cirugías genitales – es decir, que las personas usuarias de servicios que participan en 12 meses continuos de vivir en un rol de género que es congruente con su identidad de género – se basa en el consenso clínico experto que esta experiencia ofrece amplias oportunidades para que las personas usuarias de servicios experimentan socialmente y ajustar en su rol de género deseado, antes de someterse a una cirugía irreversible.

APÉNDICE D
PRUEBAS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE ENFOQUES TERAPÉUTICOS

Uno de los soportes reales para cualquier nueva terapia es un análisis de los resultados. Debido a la naturaleza controversial de la cirugía de reasignación de sexo, este tipo de análisis ha sido muy importante. Casi todos los resultados de estudios en este campo han sido retrospectivos.

Uno de los primeros estudios realizados con el fin de examinar los resultados de los tratamientos post-psicosociales de personas trans usuarias de servicios se llevó a cabo en 1979 en la Universidad de Medicina y Hospital Johns Hopkins (EE.UU.) (JK Meyer y Reter, 1979). Este estudio se centró en la estabilidad ocupacional, educativa, marital y domiciliar de las personas usuarias de servicios. Los resultados revelaron varios cambios significativos con el tratamiento. Estos cambios no fueron vistos como positivos; sino que pusieron de manifiesto que muchas personas que habían entrado en el programa de tratamiento no estaban en mejor o estaban en peor situación de muchas maneras después de la participación en el programa. Estos hallazgos resultaron en el cierre del programa de tratamiento en el hospital/escuela de medicina (Abramowitz, 1986).

Posteriormente, un número significativo de profesionales de la salud pidió un estándar de elegibilidad para la cirugía de reasignación de sexo. Esto condujo a la formulación de las *Normas de Atención* de la Asociación Internacional Harry Benjamin de Disforia de Género (ahora WPATH) originales en 1979.

En 1981, Pauly publicó resultados de un gran estudio retrospectivo de personas que se habían sometido a la cirugía de reasignación de sexo. Los y las participantes en este estudio tenían resultados mucho mejores: Entre los 83 usuarios de servicios MaH, el 80,7% tuvo un resultado satisfactorio (es decir, el autoinforme del usuario de servicio de "ajuste mejora social y emocional"), y el 6,0%

insatisfactorio. Entre las 283 usuarias de servicios HaM, el 71,4% tuvo un resultado satisfactorio, y el 8,1% insatisfactorio. Este estudio incluyó personas usuarias de servicios que recibieron atención antes de la publicación y el uso de las *Normas de Atención*.

Desde que las *Normas de Atención* han estado en vigor, se ha producido un aumento constante de la satisfacción de la persona usuaria de servicios, y la disminución de la insatisfacción con los resultados de la cirugía de reasignación de sexo. Los estudios realizados a partir de 1996 se centraron en personas usuarias de servicios que recibieron atención de acuerdo con las *Normas de Atención*. Los resultados de Rehman y sus colegas (1999) y Krege y colegas (2001) son típicos de este cuerpo de trabajo; ninguna de las personas usuarias de servicios en estos estudios se arrepintió de haber tenido una cirugía, y la mayoría reportó estar satisfecho/a con los resultados estéticos y funcionales de la cirugía. Incluso las personas usuarias de servicios que presentaron graves complicaciones quirúrgicas rara vez se arrepintieron de haber sido sometidos a cirugía. La calidad de los resultados quirúrgicos es uno de los mejores predictores del resultado global de reasignación de sexo (Lawrence, 2003). La gran mayoría de los estudios de seguimiento ha demostrado un efecto beneficioso innegable de la cirugía de reasignación de sexo en los resultados postoperatorios tales como el bienestar subjetivo, estética y función sexual (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, y Ralph, 2010; Klein y Gorzalka, 2009), aunque la magnitud específica de beneficio es incierta a partir de la evidencia disponible en la actualidad. Un estudio (Emory, Cole, Avery, Meyer, y III Meyer, 2003) incluso mostró una mejoría en el ingreso de la persona usuaria de servicios.

Un informe preocupante (Newfield et al., 2006) documentó puntuaciones más bajas en la calidad de vida (medida con el SF-36) para los usuarios de servicios MaH que para la población general. Una debilidad de este estudio es que reclutó a sus 384 participantes por correo electrónico general en lugar de un enfoque sistemático, y el grado y tipo de tratamiento no se registró. Los participantes del estudio que tomaban testosterona por lo general habían empezado a hacerlo hacía menos de 5 años. La calidad de vida reportada fue mayor para los usuarios de servicios que se habían sometido a cirugía de pecho que para los que no ($p < 001$). Un análisis similar no fue hecho para la cirugía genital. En otro trabajo, Kuhn y colegas (2009) utilizan el Cuestionario de Salud King para evaluar la calidad de vida de 55 usuarios de servicios trans 15 años después de la cirugía. Las puntuaciones se compararon con las de 20 usuarias de servicios femeninas sanas de control que habían sido sometidas a cirugía abdominal/pélvica en el pasado. Las puntuaciones de calidad de vida para los usuarios de servicios trans fueron las mismas o mejores que las de las usuarias de servicios de control para algunas de las subescalas (emociones, sueño, incontinencia, gravedad de los síntomas, y limitación de roles), pero peor en otros dominios (salud general, limitación física, y limitación personal).

Es difícil determinar la eficacia de las hormonas sólo en el alivio de disforia de género. La mayoría de los estudios que evalúan la eficacia de la terapia hormonal de masculinización/feminización en la disforia de género han sido llevados a cabo con personas usuarias de servicios que han sido sometidas también cirugía de reasignación sexual. Efectos favorables de terapias que incluyeron hormonas y cirugía fueron reportados en una revisión exhaustiva de más de 2000 personas usuarias de servicios en

79 estudios observacionales (en su mayoría) realizados entre 1961 y 1991 (Eldh, Berg, y Gustafsson, 1997; Gijs y Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfäfflin y Junge, 1998). A las personas usuarias de servicios operadas después de 1986 les fue mejor que aquellas antes de 1986, lo que refleja una mejoría significativa en las complicaciones quirúrgicas (Eldh et al., 1997). La mayoría de las personas usuarias de servicios han comunicado mejores resultados psicosociales, que van entre el 87% para las usuarias de servicios HaM y 97% para los usuarios de servicios MaH (Green y Fleming, 1990). Mejoras similares se encontraron en un estudio realizado en Suecia en el que "casi todas las personas usuarias de servicios se mostraron satisfechas con la reasignación de sexo luego de 5 años, y el 86% fueron evaluadas por los médicos en el seguimiento como estables o mejores en el funcionamiento global" (Johansson, Sundbom, Höjerback, y Bodlund, 2010). Las debilidades de los estudios anteriores son su diseño retrospectivo y el uso de diferentes criterios para evaluar los resultados.

Un estudio prospectivo realizado en los Países Bajos evaluó consecutivamente 325 sujetos adultos y adolescentes en busca de reasignación de sexo (Smith, Van Goozen, Kuiper, y Cohen-Kettenis, 2005). Las personas usuarias de servicios que se sometieron a terapia de reasignación de sexo (tanto intervención hormonal y quirúrgico) mostraron mejoras en el promedio de sus puntajes de disforia de género, medidos por la Escala de Disforia de Género Utrecht. Las puntuaciones de insatisfacción corporal y función psicológica también han mejorado en la mayoría de categorías. Menos del 2% de las personas usuarias de servicios expresaron su pesar después de la terapia. Este es el mayor estudio prospectivo para corroborar los resultados de estudios retrospectivos que indica que una combinación de la terapia hormonal y la cirugía mejora la disforia de género y otras áreas del funcionamiento psicosocial. Hay necesidad de más investigaciones sobre los efectos de la terapia hormonal sin cirugía y sin el objetivo de máxima feminización/masculinización físico.

En general, los estudios han reportado una mejora constante en los resultados a medida que el campo se vuelve más avanzado. Las investigaciones se han centrado principalmente en los resultados de la cirugía de reasignación de sexo. En la práctica actual, existe una gama de identidad, rol y adaptaciones físicas que podrían beneficiarse de seguimiento adicional o investigaciones de resultados (Instituto de Medicina, 2011).

APÉNDICE E

DESARROLLO DEL PROCESO DE LAS *NORMAS DE ATENCIÓN, VERSIÓN 7*

El proceso de elaboración de *Normas de Atención, Versión 7* se inició cuando un primer "grupo de trabajo" *NDA* se estableció en 2006. Las y los miembros fueron invitados a examinar las secciones específicas de las *NDA*, Versión 6. Para cada sección, se les pidió revisar la literatura relevante, identificar donde la investigación era escasa y necesaria, y recomendar posibles revisiones a las *NDA*

garantizadas por nuevas evidencias. Los documentos solicitados fueron presentados por las y los siguientes autores: Aaron Devor, Bockting Walter, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Decuypere Griet, DeSutter Petra, Feldman Jamie Fraser Lin, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Meyer Walter, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Schechter Loren, Mick van Trotsenburg, Winter Sam y Ken Zucker. Algunos de estos autores y autoras optaron por agregar coautores para ayudarles en su tarea.

Los primeros borradores de estos documentos debían finalizarse el 1 de junio de 2007. La mayoría fue terminada en septiembre de 2007, con el resto completado a finales de 2007. Estos manuscritos fueron presentados a la Revista Internacional de Transgenerismo (*IJT*, por su sigla en inglés). Cada uno pasó por un proceso de revisión entre pares de la *IJT*. Los trabajos finales se publicaron en el Volumen 11 (1-4) en 2009, haciéndolos disponibles para la discusión y el debate.

Después que estos artículos fueron publicados, un Comité de Revisión de las *NDA* fue establecido por la Directiva de la WPATH en 2010. El Comité de Revisión fue encargado por primera vez del debate y la discusión de los antecedentes de documentos de la *IJT* a través de un sitio web de Google. Un subgrupo del Comité de Revisión fue nombrado por la Directiva para servir como el Grupo de Redacción. Este grupo se encargó de preparar el primer borrador de las *NDA*, *Versión 7* y continuar trabajando en las revisiones para su consideración por el Comité de Revisión general. La Directiva también estableció un Grupo Asesor Internacional de personas trans y con variabilidad de para dar su opinión sobre la revisión.

Una escritora técnica fue contratada para (1) analizar todas las recomendaciones para la revisión – tanto las recomendaciones originales mencionadas en los artículos *IJT* como las recomendaciones adicionales que surgieron de la discusión en línea – y (2) crear una encuesta para solicitar información adicional sobre estas posibles revisiones. A partir de los resultados de la encuesta, el Grupo de Redacción fue capaz de discernir dónde estos expertos estaban en términos de áreas de acuerdo y áreas que necesitan más discusión y debate. La escritora técnica después (3) creó una primera versión muy aproximada de las *NDA, Versión 7* para que el Grupo de Redacción considerara y construyera.

El Grupo de Redacción se reunió el 4 y el 5 de marzo de 2011 en una reunión de expertos cara a cara. Se revisaron todos los cambios recomendados, se debatieron y llegaron a un consenso sobre varios aspectos controversiales. Se tomaron decisiones basadas en los mejores conocimientos científicos disponibles a mejor ciencia disponible y el consenso de expertos. Estas decisiones fueron incorporadas en el proyecto, y las secciones adicionales fueron escritas por el Grupo de Redacción, con la ayuda de la escritora técnica.

El proyecto que surgió de la reunión consultiva se distribuyó luego entre el Grupo de Redacción, y finalizó con la ayuda de la escritora técnica. Una vez que este proyecto inicial se concluyó, se distribuyó entre el Comité de Revisión general de las *NDA* y el Grupo Asesor Internacional. El debate se abrió en el sitio web de Google y una conferencia telefónica se llevó a cabo para resolver problemas. Los comentarios de estos grupos fueron examinados por el Grupo de Redacción, quien luego hizo una

nueva revisión. Dos proyectos adicionales fueron creados y publicados en el sitio web de Google para su análisis por el Comité de Revisión general de las *NDA* y el Grupo Asesor Internacional. Al término de estos tres etapas de análisis y revisión, el documento final fue presentado a la Directiva de la WPATH para su aprobación. La Directiva aprobó esta versión el 14 de septiembre de 2011.

Financiamiento

El proceso de revisión de las *Normas de Atención* ha sido posible gracias a una generosa donación de la Fundación Tawani y a un regalo de un donante anónimo. Estos fondos apoyaron lo siguiente:

1. Costos de una escritora técnica profesional;

2. Proceso de solicitar la opinión internacional sobre los cambios propuestos por parte de profesionales de la identidad de género y la comunidad trans;

3. Reunión de trabajo del Grupo Redactor;

4. Proceso de recopilar información adicional y llegar a un consenso final entre expertos de las comunidades trans y profesionales, el Comité de Revisión de las *Normas de Atención, Versión 7*, y la Junta Directiva de la WPATH;

5. Costos de impresión y distribución de las *Normas de Atención, Versión 7*, y la publicación de una copia gratuita descargable en el sitio web de la WPATH;

6. Sesión plenaria para lanzar las *Normas de Atención, Versión 7*, en el Simposio Bienal de la WPATH el 2011, en Atlanta, Georgia, Estados Unidos.

Integrantes del Comité de Revisión de las *Normas de Atención**

Eli Coleman, PhD (Estados Unidos)* - Presidente del Comité
Richard Adler, PhD (Estados Unidos)
Walter Bockting, PhD (Estados Unidos)*
Marsha Botzer, MA (Estados Unidos)*
George Brown, MD (Estados Unidos)
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Países Bajos)*
Griet DeCuypere, MD (Bélgica)*
Aaron Devor, PhD (Canadá)
Randall Ehrbar, PsyD (Estados Unidos)
Randi Ettner, PhD (Estados Unidos)
Evan Eyler, MD (Estados Unidos)
Jamie Feldman, MD, PhD (Estados Unidos)*
Lin Fraser, EdD (Estados Unidos)*
Rob Garofalo, MD, MPH (Estados Unidos)
Jamison Green, PhD, MFA (Estados Unidos)*
Dan Karasic, MD (Estados Unidos)
Gail Knudson, MD (Canadá)*
Arlene Istar Lev, LCSW-R (Estados Unidos)
Gal Mayer, MD (Estados Unidos)
Walter Meyer, MD (Estados Unidos)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (Estados Unidos)
Stan Monstrey, MD, PhD (Bélgica)*
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (Estados Unidos)
Friedmann Pfäfflin, MD, PhD (Alemania)
Katherine Rachlin, PhD (Estados Unidos)
Bean Robinson, PhD (Estados Unidos)
Loren Schechter, MD (Estados Unidos)
Vin Tangpricha, MD, PhD (Estados Unidos)
Mick van Trotsenburg, MD (Países Bajos)
Anne Vitale, PhD (Estados Unidos)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (Reino Unido)
Kevan Wylie, MB, MD (Reino Unido)
Ken Zucker, PhD (Canadá)

International Advisory Group Selection Committee

Walter Bockting, PhD (Estados Unidos)
Marsha Botzer, MA (Estados Unidos)
Aaron Devor, PhD (Canadá)
Randall Ehrbar, PsyD (Estados Unidos)
Evan Eyler, MD (Estados Unidos)
Jamison Green, PhD, MFA (Estados Unidos)
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (Estados Unidos)

International Advisory Group

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)
Craig Andrews, FtM Australia (Australia)

* Miembro del Grupo Redactor. Todos/as los/as miembros del Comité de Revisión de las *Normas de Atención, Versión 7*, donaron su tiempo para trabajar en esta revisión.

Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (Reino Unido)
Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Filipinas)
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Noruega)
Rupert Raj, Sherbourne Health Center (Canadá)
Masae Torai, FtM Japan (Japón)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (Estados Unidos)

Escritora Técnica

Anne Marie Weber-Main, PhD (Estados Unidos)

Asistencia Editorial

Heidi Fall (Estados Unidos)

Traducción

Versión en español patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud
La traducción final se concluyó en enero de 2014.

Traductor

Lukas Berredo (Brasil / Chile)

Revisión técnica

Rafael Mazín, MD (México / Estados Unidos)
Esther Corona (México)