

# **La Asociación Internacional Harry Benjamin de Disforia de Género\***

## **Las Normas de Cuidado Para Trastornos de Identidad de Género**

**Versión Sexta  
Febrero de 2001**

**Traducción al Español por Sonia John (E.U.A.) y Andrés Ignacio Rivera (Chile)  
Traducción Patrocinada por Lynn Conway**

Socios del comité: Walter Meyer III M.D. (Presidente), Walter O. Bockting Ph.D., Peggy Cohen-Kettenis Ph.D., Eli Coleman Ph.D., Domenico DiCeglie M.D., Holly Devor Ph.D., Louis Gooren M.D., Ph.D., J. Joris Hage M.D., Sheila Kirk M.D., Bram Kuiper Ph.D., Donald Laub M.D., Anne Lawrence M.D., Yvon Menard M.D., Stan Monstrey M.D., Jude Patton PA-C, Leah Schaefer Ed.D., Alice Webb D.H.S., Connie Christine Wheeler Ph.D.

Ésta es la sexta versión de Las Normas de Cuidado desde el documento original de 1979. Se publicaron versiones anteriores en 1980, 1981, 1990 y 1998.

\*Esta organización ya se llama **La Asociación Profesional Mundial Para Salud Transgénera\*\*** ( <http://www.wpath.org/> )

\*\*El término **transgénero** se usa aquí para referirse a la gama amplia de condiciones de variación de identidad de género, es decir a todas las personas que no se identifican plenamente con el papel de género que les fue asignado.

### **Contenido:**

- I. Conceptos Preliminares (p. 2)**
- II. Aspectos Epidemiológicos (p. 3)**
- III. Nomenclatura Diagnóstica (p.4)**
- IV. El Profesional de Salud Mental (p. 6)**
- V. Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes (p. 8)**
- VI. Psicoterapia con Adultos (p. 11)**
- VII. Requisitos Para Tratamiento Hormonal de Adultos (p. 13)**
- VIII. Resultados de Tratamiento Hormonal de Adultos (p. 14)**
- IX. La Experiencia de la Vida Real (p. 17)**
- X. Cirugía (p. 18)**
- XI. Cirugía del Pecho (p. 19)**
- XII. Cirugía Genital (p. 20)**
- XIII. Seguimiento Postoperatorio (p. 22)**

## I. Conceptos Preliminares

**El Propósito de las Normas de Cuidado.** El propósito principal de las Normas de Cuidado (NDC) es articular el consenso profesional de esta asociación internacional sobre la gerencia psiquiátrica, psicológica, médica y quirúrgica de trastornos de identidad de género. Los profesionales pueden utilizar este documento para entender los parámetros dentro de los cuales pueden brindarles ayuda a personas con estas condiciones. Las personas con trastornos de identidad de género, sus familias, y las instituciones sociales pueden utilizar las NDC para entender las teorías actuales de los profesionales. Todos los lectores deben darse cuenta de los límites de conocimiento en este campo, y de la esperanza de que se pueda resolver en el futuro algunas de las dudas clínicas por medio de investigación científica.

**La Meta Global de Tratamiento.** La meta general de psicoterapia y de tratamiento endocrinológico o quirúrgico de las personas con trastornos de identidad de género es un equilibrio perdurable y una comodidad personal con el género real del propio ser, para maximizar el bienestar psicológico y la realización total.

**Las NDC Son Pautas Clínicas.** El propósito de las NDC es proporcionar pautas flexibles para el tratamiento de las personas con trastornos de identidad de género. Cuando se especifican requisitos calificativos, quieren decir los mínimos. Profesionales especialistas y programas organizados pueden modificarlos. Puede que surjan desviaciones clínicas de las pautas debido a la situación particular anatómica, social o psicológica de un paciente; la experticia o conocimientos que un profesional experimentado va adquiriendo para manejar una situación típica; o un protocolo investigativo. Se debe reconocer estas desviaciones como tales, hay que explicárselas al paciente, y se tiene que documentar, tanto para protegerse legalmente, como para poder obtener un seguimiento de los resultados a corto y largo plazo para que se desarrolle el campo de estudio.

**El Umbral Clínico.** Se atraviesa un umbral clínico cuando preocupaciones, incertidumbres y preguntas sobre la identidad de género perduran durante el desarrollo de una persona, se vuelven tan intensas que parecen el aspecto más importante de la vida, o impiden que se establezca una identidad de género sin conflictos. Entonces se refiere informalmente a las luchas de la persona como un problema de identidad de género, disforia de género, una preocupación de género, una angustia de género, un conflicto de género o transexualidad. Se reconoce la existencia de tales luchas, que se manifiestan de muchas diferentes maneras, desde la edad preescolar hasta la vejez. Estas luchas reflejan los diversos grados de descontento con la identidad sexual, las características corporales que demarcan sexo y género, papeles de género, identidad de género y las percepciones de los demás. Cuando personas insatisfechas se conforman con los criterios específicos de una de las nomenclaturas oficiales—La Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales--Cuarta Versión (MDE-IV), se las denominan formalmente que sufren de un trastorno de identidad de género (TIG). Algunas personas con TIG atraviesan otro umbral—tienen un deseo persistente de transformar quirúrgicamente sus cuerpos.

**Existen Dos Poblaciones Principales de Pacientes con TIG—Varones Biológicos y Mujeres Biológicas.** El sexo del paciente siempre es una consideración importante en el manejo de TIG. Los profesionales tienen que considerar separadamente los dilemas biológicos, sociales, psicológicos y económicos de cada sexo. Sin embargo, todos los pacientes deben seguir las NDC.

## II. Aspectos Epidemiológicos

**Prevalencia.** Cuando los trastornos de identidad de género surgieron por primera vez a la conciencia de los profesionales, las perspectivas clínicas se centraban principalmente en identificar los candidatos para la cirugía de reasignación de sexo. Al crecer el campo, los profesionales reconocieron que algunas personas con verdaderos trastornos de identidad de género no querían ni eran candidatos para la cirugía. Los cálculos originales de la prevalencia de transexualidad entre adultos eran de 1 en 37.000 varones y 1 en 107.000 mujeres. El estudio más reciente, de Holanda, de la parte transexual de la gama de trastornos de identidad de género, indica una razón de 1 de 11.900 varones y 1 de 30.400 mujeres. Existe evidencia, aun no sustentada por investigación científica, que sugiere la probabilidad de una prevalencia aún más alta: 1) se diagnostica a veces problemas de género anteriormente desconocidos cuando se trata a pacientes con angustia, depresión, trastorno afectivo bipolar, trastornos de conducta, abuso de drogas, trastornos disociativos de identidad, trastornos límite de la personalidad, trastornos sexuales misceláneos y condiciones intersexuales; 2) es posible que algunos varones travestís, transformistas, personas transgéneras, y varones y mujeres homosexuales, que no se presentan para tratamiento, tengan una forma de trastorno de identidad de género; 3) la intensidad del trastorno de identidad de género de algunas personas varía por encima y debajo del umbral clínico; 4) la variación de género entre personas con cuerpos femeninos suele ser comparativamente invisible a la sociedad, y especialmente a los profesionales y científicos.

**La Historia Natural de Trastornos de Identidad de Género.** Idealmente, se podría aplicar datos confiables sobre la etiología de las luchas de identidad de género a la hora de decidir entre opciones de tratamiento. No existen tales datos, salvo que se puede demostrar que la mayoría de niños y niñas con trastornos de identidad de género, sin psicoterapia, dejan su deseo de cambiar de sexo y género. Después del diagnóstico de TIG, el enfoque del psicoterapeuta por lo general incluye tres elementos o etapas (a veces llamado la terapia tripartita): una experiencia de vida real en el papel deseado, hormonas del género deseado, y cirugía para cambiar los genitales y otras características sexuales. Cinco observaciones, no tan bien establecidas científicamente, impiden que los profesionales prescriban la terapia tripartita sólo a base de un diagnóstico: 1) algunas personas cuidadosamente diagnosticadas cambian espontáneamente sus deseos; 2) otras logran acomodarse a sus identidades de género más fácilmente sin intervenciones médicas; 3) otras, durante psicoterapia, dejan su deseo de someterse a la terapia tripartita; 4) algunas clínicas de identidad de género han experimentado una razón inexplicablemente alta de desertores; y 5) el porcentaje de personas que no se benefician de la terapia tripartita varía significativamente de estudio a estudio. Muchas personas con TIG buscarán todos los elementos de la terapia tripartita. Típicamente, la terapia tripartita sigue la secuencia hormonas == > experiencia de la vida real == > cirugía, o a veces: experiencia de la vida real == > hormonas == > cirugía. En el caso de algunas mujeres biológicas, se pueda preferir la secuencia hormonas == > cirugía del pecho == > experiencia de la vida real. Sin embargo, un diagnóstico de TIG conduce a la consideración de varias opciones de tratamiento; la terapia tripartita no es la única. Los profesionales se han dado cuenta cada vez más de que todas las personas con trastornos de identidad de género no necesitan, ni quieren todos los elementos de la terapia tripartita.

**Diferencias Culturales de la Variación de Identidad de Género Alrededor del Mundo.** Aunque estudios epidemiológicos comprobaran que existe razón similar fundamental de trastornos de identidad de género por todas partes del mundo, es probable que diferencias culturales de un país a otro modifiquen la expresión conductual de estas condiciones. Además, el acceso a tratamiento, el costo de tratamiento, las terapias disponibles y las actitudes sociales hacia las personas de género diferente y los profesionales que proveen tratamiento, varían ampliamente de lugar a lugar. Aunque en la mayoría de países cruzar las fronteras de género resulta en desaprobación moral en vez de compasión, hay ejemplos notables de algunas culturas que no estigmatizan conductas de género

cruzado (por ejemplo por líderes espirituales).

### III. Nomenclatura Diagnóstica

**Los Cinco Elementos de Trabajo Clínico.** El trabajo profesional a pacientes con trastornos de identidad de género contempla los siguientes pasos: evaluación diagnóstica, psicoterapia, experiencia de la vida real, terapia hormonal y terapia quirúrgica. Esta sección proporciona los antecedentes de evaluación diagnóstica.

**El Desarrollo de Una Nomenclatura.** El término *transexual* emergió al uso profesional y público durante los años 50 para denominar a una persona que aspiraba vivir, o de hecho vivía el papel anatómicamente opuesto de género, sin o con el uso de hormonas o la realización de cirugía. Durante los años 60 y 70 los profesionales solían emplear el término *transexual verdadero*. Se pensaba que el transexual verdadero era una persona que seguía una trayectoria característica de desarrollo atípico de identidad de género que predecía una resultante vida mejor después de una secuencia de tratamiento que culminaría en la cirugía genital. Se pensaba que los transexuales verdaderos tenían: 1) identificaciones de género cruzado que expresaban consistentemente por su conducta durante la niñez, la adolescencia y la adultez; 2) ninguna o poca excitación sexual conectada con travestirse; y 3) ningún deseo heterosexual, respecto a su sexo anatómico. Se reconocían transexuales verdaderos de ambos sexos. Se distinguía varones transexuales verdaderos de varones que llegaban al deseo de cambiar de sexo y género vía una trayectoria conductual básicamente masculina. Se dispó la aceptación del concepto del transexual verdadero al darse cuenta que rara vez se encontraban tales pacientes, y que algunos de los primeros transexuales verdaderos habían falsificado sus historias para que se adecuaban a las teorías más antiguas del trastorno. El concepto de mujeres transexuales verdaderas nunca provocó incertidumbres diagnósticas, principalmente porque eran relativamente consistentes las historias de estas pacientes y porque conductas de variación de género por parte de ellas, como travestismo por mujeres, no eran percibidas por los profesionales. Se adoptó más tarde el término *síndrome de disforia de género*, para indicar la presencia de un problema de género en ambos sexos, hasta que la psiquiatría estableció una nomenclatura oficial.

Se introdujo el diagnóstico de Transexualidad en el MDE-III de 1980 para referirse a individuos que demostraron por lo menos dos años de deseo continuo de transformar el sexo de sus cuerpos y su estado de género social. Se diagnosticó a otros individuos con disforia de género con Trastorno de Identidad de Género de Adolescencia o de Adultez, Tipo No Transexual; o, con Trastorno Misceláneo de Identidad de Género (TMIG) si la condición no se encuadró en otra categoría diagnóstica. Los medios de comunicación generalmente no hicieron caso de estos términos diagnósticos y usaron el término *transexual* para referirse a cualquier persona que quería cambiar su sexo y género.

**El MDE-IV.** En 1994 el comité del MDE-IV reemplazó el diagnóstico de Transexualidad por el de Trastorno de Identidad de Género. Dependiendo de la edad, se debía diagnosticar a ellos con una identificación fuerte y consistente al género opuesto y con una incomodidad persistente con su sexo o un sentido de desapropio en el papel de ese sexo, con Trastorno de Identidad de Género de Niñez (302.6), Adolescencia o Adultez (302.85). Se debía diagnosticar a las personas que no se encuadraron dentro de estos criterios con Trastorno Misceláneo de Identidad de Género (TMIG, 302.6). Esta última categoría clasificó a una variedad de personas, incluyendo las que sólo querían castración o penectomía sin el deseo de tener senos, las que querían terapia hormonal y mastectomía sin someterse a cirugía genital, las con una condición intersexual congénita, las con travestismo transitorio que les provocaba estrés, y las con incertidumbre considerable sobre dejar su estado de género. Se debía

subclasificar a los pacientes con TIG y TMIG según su orientación sexual: atracción a varones; atracción a mujeres; atracción a ambos; o atracción a ninguno. El propósito de esta subclasificación era ayudar a determinar, en el transcurso del tiempo, si personas de una orientación sexual u otra lograran resultados mejores por utilizar enfoques de psicoterapia específicos; **no** tenía el motivo de guiar las decisiones de tratamiento.

Entre la publicación del MDE-III y del MDE-IV, comenzó a usarse de varios modos el término *transgénero*. Algunos lo usaron para referirse, de modo libre de juicio (es decir, sin dar a entender cualquier patología), a quienes tenían identidades de género inusuales. Algunas personas usaron el término informalmente para referirse a cualquier persona con cualquier clase de problema de identidad de género. Transgénero no es un diagnóstico formal, pero les convenía a muchos profesionales y al público usarlo informalmente en vez de TMIG, que es un diagnóstico formal.

**La CIE-10.** La CIE-10 ya incluye cinco diagnósticos de los trastornos de identidad de género (F64):

**Transexualidad (F64.0)** tiene tres criterios:

1. El deseo de vivir y ser aceptado como el sexo opuesto, generalmente acompañado por el deseo de hacer el cuerpo lo más similar posible al del sexo preferido por medio de cirugía y tratamientos hormonales;
2. La identidad transexual ha estado presente persistentemente durante por lo menos dos años;
3. El trastorno no es un síntoma de otro trastorno mental ni de una anomalía cromosómica.

**Travestismo de Papeles Duales (F64.1)** tiene tres criterios:

1. El individuo viste la ropa del sexo opuesto para pertenecer temporalmente al sexo opuesto;
2. El travestismo no implica ningún motivo sexual;
3. El individuo no tiene el deseo de cambiar permanentemente al sexo opuesto.

**Trastorno de Identidad de Género de Niñez (64.2)** tiene criterios diferentes para niños y niñas.

Para las niñas:

1. La niña muestra angustia intensa y persistente por serla y proclama el deseo de ser niño (no simplemente para aprovecharse de las ventajas culturales que percibe de ser niño) o insiste en que es un niño;
2. Tiene que estar presente una de las siguientes características:
  - a. El rechazo marcado y persistente al uso de ropa típicamente femenina y una insistencia en usar la ropa estéereotípicamente masculina.
  - b. El repudio a las estructuras anatómicas femeninas, evidenciado por al menos uno de los siguientes:
    1. El anhelo que tiene, o que crecerá, un pene;
    2. El rechazo de orinar en la posición sentada;
    3. El rechazo a tener senos y menstruar.
3. La niña no debe haber entrado en la pubertad;
4. El trastorno debe haber estado presente durante por lo menos seis meses.

Para los niños:

1. El niño muestra angustia intensa y persistente por serlo y tiene el deseo de ser niña, o más raramente, insiste en que es una niña;
2. Tiene que estar presente una de las siguientes características:
  - a. Dedicación a actividades típicamente femeninas, lo que se muestra o por la preferencia por vestirse de ropa femenina o por simular esa ropa, o por un deseo intenso de participar en los juegos y pasatiempos de las niñas y el rechazo de juguetes, juegos y

- actividades típicamente masculinos.
- b. El repudio persistente de estructuras anatómicas masculinas, evidenciado por al menos una de las convicciones repetidas que siguen:
    1. Que crecerá a ser una mujer (no simplemente hacer ese papel);
    2. Que su pene y testículos le disgustan y desaparecerán;
    3. Que sería mejor no tener un pene o testículos.
  3. El niño no debe haber entrado en la pubertad;
  4. El trastorno debe haber estado presente durante por lo menos seis meses.

**Otros Trastornos de Identidad de Género (F64.8)** no tienen criterios definidos.

**Trastorno Misceláneo de Identidad de Género** no tiene criterios definidos.

Se puede usar cualquiera de los dos diagnósticos de arriba para las personas con una condición intersexual.

El propósito del MDE-IV y la CIE-10 es guiar el tratamiento e investigación. Distintos grupos de profesionales crearon estas nomenclaturas por procesos de consenso en épocas distintas. Se espera que en el futuro se eliminen los desacuerdos entre los sistemas. En este momento, los diagnósticos específicos se basan más en raciocinio clínico que en investigación científica.

**Los Trastornos de Identidad de Género--¿Son Trastornos Mentales?** Para definirse como un trastorno mental, un patrón conductual tiene que resultar en una significativa desventaja maladaptativa a la persona, o provocarle sufrimiento mental. El MDE-IV y la CIE-10 han definido cientos de trastornos mentales que varían en términos de principio, duración, patogénesis, incapacidad funcional y factibilidad de tratamiento. La calificación de trastornos de identidad de género como trastornos mentales no implica ningún permiso de estigmatizar a los pacientes ni de quitarles sus derechos civiles. El uso de un diagnóstico formal muchas veces es importante para proporcionar alivio, para recibir cobertura de seguro de enfermedad y para guiar investigaciones para poder ofrecer en el futuro tratamientos más eficaces.

## **IV. El Profesional de Salud Mental**

**Las Diez Tareas del Profesional de Salud Mental.** Se espera que los profesionales de salud mental (los PSM) que tratan a personas con trastornos de identidad de género emprendan regularmente muchas de estas responsabilidades:

1. Diagnosticar con exactitud el trastorno de identidad de género del paciente;
2. Diagnosticar con exactitud cualquier condición psiquiátrica comórbida y realizar tratamiento apropiado;
3. Aconsejar al paciente respecto a la gama de tratamientos disponibles y sus consecuencias;
4. Proveer psicoterapia;
5. Evaluar la elegibilidad e idoneidad del paciente para terapia hormonal y quirúrgica;
6. Hacer recomendaciones formales a colegas (médicos, cirujanos, etc.);
7. Describir, en un certificado de recomendación, la historia relevante del paciente;
8. Ser integrante de un conjunto de profesionales que se interesan por los trastornos de identidad de género;
9. Educar a familiares, patronos e instituciones sobre trastornos de identidad de género;
10. Hacerse accesible a los pacientes para tratamiento de seguimiento.

**El Especialista en Adultos.** La formación del profesional de salud mental que se especializa en los trastornos de identidad de género de adultos se fundamenta en una competencia básica y general de diagnóstico y tratamiento clínico de trastornos emocionales. Se puede adquirir la instrucción clínico por cualquier plan de estudios que formalmente otorga credenciales—por ejemplo, psicología, psiquiatría, asistencia social, consejería o enfermería. Las credenciales mínimas recomendadas para competencia especializada en los trastornos de identidad de género son las siguientes:

1. El grado de maestría, o el equivalente, en un campo clínico de ciencia conductual; Este grado, u otro más avanzado, tiene que haber sido otorgado por una institución aprobada por un reconocido consejo de acreditación educativa nacional o regional. El profesional de salud mental debe poseer credenciales documentadas de experticia de una institución acreditada y de un consejo de licenciamiento.
2. Instrucción especializada y competencia en la evaluación de los trastornos sexuales del MDE-IV/CIE-10 (no simplemente los trastornos de identidad de género).
3. Instrucción y competencia documentada, bajo especialización, en psicoterapia.
4. Formación continuada en el tratamiento de trastornos de identidad de género, lo que puede incluir asistir a congresos, talleres o seminarios profesionales, y participar en estudios investigativos relacionados a asuntos de identidad de género.

**El Especialista en Niños.** El profesional que evalúa o le provee terapia a un niño o adolescente joven que tenga TIG debe tener formación en la psicopatología de desarrollo de la niñez y la adolescencia. El profesional debe tener competencia en el diagnóstico y tratamiento de los problemas ordinarios de niños y adolescentes. Estos requisitos se adicionan a los del especialista en adultos.

**Las Diferencias Entre Elegibilidad e Idoneidad.** Las NDC proporcionan recomendaciones para los requisitos de elegibilidad para hormonas y cirugía. Sin cumplir primero con estos requisitos, ni el paciente ni el psicoterapeuta debe pedir hormonas o cirugía. Un ejemplo de un requisito de elegibilidad es: la persona tiene que vivir de tiempo completo en el papel del género preferido durante doce meses antes de cirugía genital. Para cumplir con este criterio, el profesional tiene que documentar que ha ocurrido este período de experiencia de vida real. Es más complicado cumplir con los criterios de idoneidad, que se refieren a la probabilidad de que el paciente esté listo para comenzar una etapa determinada de tratamiento, porque esto depende del juicio del profesional y del paciente. Un paciente puede demostrar su idoneidad por reafirmar más su identidad de género en evolución, o por mejorar su estado de salud mental en el papel del género nuevo o confirmado.

**La Relación Entre el Profesional de Salud Mental y el Médico y Cirujano.** Los profesionales de salud mental que recomiendan terapia hormonal y quirúrgica comparten la responsabilidad legal y ética con el médico que emprende el tratamiento. El tratamiento hormonal a veces puede aliviar angustia y depresión en algunas personas, sin la necesidad de usar otros medicamentos psicotrópicos. Sin embargo, otras personas necesitan medicamentos psicotrópicos antes de, o simultáneamente al uso de hormonas o someterse a cirugía. Se espera que el profesional haga esta evaluación y asegure que los medicamentos psicotrópicos apropiados sean ofrecidos al paciente. La presencia de condiciones psiquiátricas comórbidas no imposibilita el tratamiento hormonal o quirúrgico, pero algunos diagnósticos resultan en dilemas de tratamiento difíciles y pueden demorar o excluir el uso de cualquier de esos tratamientos.

**El Certificado del Profesional de Salud Mental que Recomienda la Terapia Hormonal o Quirúrgica Debe Definir Concisamente:**

1. La identidad y antecedentes del paciente;

2. Los diagnósticos (iniciales y en evolución) de género y sexuales, y otros diagnósticos psiquiátricos;
3. La duración de la relación profesional y el tipo de psicoterapia o evaluación a que se sometió el paciente;
4. Los criterios de elegibilidad con que cumplió el paciente, y la opinión especializada del profesional de salud mental que justifica la terapia hormonal o quirúrgica;
5. El grado en que el paciente ya ha cumplido con las Normas de Cuidado, y la probabilidad que continuará cumpliendo con ellas en el futuro;
6. Si el autor del certificado forma parte de un conjunto de terapia de género;
7. Que se pueda realizar una llamada telefónica al profesional para verificar que realmente escribió el certificado.

Saber de la experticia profesional que describe el certificado, les permite a los médicos que recetan hormonas y al cirujano un grado importante de confiabilidad, basado en la competencia y el conocimiento respecto a los trastornos de identidad de género.

**Se Requiere Un Certificado y Diagnóstico para Iniciar la Terapia Hormonal, o para Cirugía del Pecho.** Un certificado de un profesional de salud mental, que incluye los siete puntos arriba, escrito al médico responsable del tratamiento médico del paciente, basta para el comienzo de terapia hormonal o para remisión para cirugía del pecho (por ejemplo, mastectomía, reconstrucción del pecho, o mamoplastia de aumento).

**Se Requiere, En General, Dos Certificados para la Cirugía Genital.** La cirugía genital para varones biológicos puede incluir orquidectomía, penectomía, clitoroplastia, labioplastia o vaginoplastia; para mujeres biológicas puede incluir histerectomía, salpingo ooforectomía, metoidioplastia, escrotoplastia, uretroplastia, implantación de prótesis testiculares, o faloplastia.

Lo ideal es que los profesionales de salud mental se esmeren en su trabajo y periódicamente reporten estos procedimientos como parte de un conjunto de profesionales de salud mental y médicos no psiquiátricos. Un solo certificado, enviado al cirujano que practicará la cirugía genital es suficiente, por lo general, siendo este certificado firmado por dos profesionales de salud mental.

Sin embargo, es más común que los profesionales de salud mental trabajen solos, sin colaborar con colegas experimentados en trastornos de identidad de género, y emitan los certificados de recomendación. Ya que puede que no tengan profesionales independientes la ventaja de consultar frecuentemente a colegas profesionales en casos de identidad de género, se requiere dos certificados de recomendación antes de aprobar la cirugía genital. Si una persona con el grado de maestría escribe el primer certificado, un psiquiatra o psicólogo clínico (con el grado de doctorado), que debe poder evaluar correctamente cualquier condición psiquiátrica comórbida, debe escribir el segundo. Si el psicoterapeuta del paciente escribe el primer certificado, un profesional que sólo ha hecho un papel evaluativo para el paciente debe escribir el segundo. Sin embargo, se espera que los dos certificados se dirijan a los mismos temas. Uno de los certificados, por lo menos, debe consistir en un informe detallado. El segundo profesional, que habrá leído el primer certificado, puede elegir escribir un resumen de acuerdo más corto.

## V. Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes

**La Fenomenología.** Los trastornos de identidad de género de niños y adolescentes son diferentes de los que vimos en los adultos, ya que ocurren dentro de un proceso (físico, psicológico y sexual) de



desarrollo rápido y dramático. Los trastornos de identidad de género de niños y adolescentes son condiciones complejas. El joven puede experimentar su sexo fenotípico como inconsistente con su propio sentido de identidad de género. Se experimenta muchas veces una angustia intensa, especialmente durante la adolescencia, y surgen frecuentemente asociadas dificultades conductuales y emocionales. Hay una fluidez y variabilidad más grande en los resultados, especialmente entre los niños prepubertad. Muy pocos jóvenes que varían de las normas de género se vuelven transexuales, aunque muchos finalmente desarrollan una orientación homosexual.

Las características comunes de los conflictos de identidad de género en niños y adultos incluyen un deseo proclamado de ser del sexo opuesto; una preferencia para los juegos y juguetes normalmente asociados al sexo al cual se identifica el niño; la evitación de la ropa, la conducta y los juegos normalmente asociados al género asignado al niño; una preferencia por compañeros de juego o amigos del sexo y género del cual se identifica el niño; y una antipatía por las características y funciones sexuales y corporales. Se diagnostica los trastornos de identidad de género más frecuentemente entre los niños que entre las niñas.

Fenómenológicamente, hay una diferencia cualitativa entre la manera en que los niños y adolescentes presentan sus dilemas de género, y la presentación de ilusiones u otros síntomas psicóticos. En condiciones psicóticas, se pueden ocurrir creencias ilusas sobre cuerpo y género, pero se puede distinguirlos del fenómeno de un trastorno de identidad de género. Trastornos de identidad de género durante la niñez no equivalen a los de la adultez, y aquellos no se progresan inevitablemente a los últimos. Cuanto más joven el niño, tanto más incierto y tal vez más maleable el resultado final.

**Intervenciones Psicológicas y Sociales.** El trabajo del profesional de salud mental especialista en niños es proporcionar evaluación y tratamiento y debe desarrollar la siguiente pauta:

1. El profesional debe reconocer y aceptar el problema de identidad de género. La aceptación y remoción del secreto puede dar alivio considerable.
2. La evaluación debe investigar la naturaleza y características de la identidad de género del niño o adolescente. Se debe llevar a cabo una evaluación completa psicodiagnóstica y psiquiátrica. Una evaluación completa debe incluir una evaluación familiar, ya que otros problemas conductuales y emocionales son comunes, y muchas veces existen problemas sin resolver en el ambiente del niño.
3. La terapia debe enfocarse en mejorar cualquier problema comórbida de la vida del niño, y en reducir la angustia que experimenta el niño a base de su problema de identidad de género y otras dificultades. El niño y la familia deben recibir apoyo en tomar las decisiones difíciles respecto al grado que se le permite al niño de asumir un papel de género consistente a su identidad de género. Esto incluye las decisiones de informarles o no a los demás sobre la situación del niño, cómo los demás de la vida del niño deben responder, y como otro ejemplo, si el niño debe asistir a la escuela usando un nombre y ropa opuestos a su sexo asignado. También se debe apoyar al niño y su familia en soportar la incertidumbre y angustia relacionadas a la expresión de género del niño y la mejor manera de manejarla. Pueden ser muy útiles reuniones profesionales colaborativas, para descubrir soluciones apropiadas a estos problemas.

**Intervenciones Físicas.** Antes de considerar cualquier intervención física, se debe llevar a cabo una investigación extensiva de asuntos psicológicos, familiares y sociales. Se debe considerar las intervenciones físicas dentro del contexto del desarrollo adolescente. El desarrollo adolescente de la identidad de género puede evolucionar de maneras inesperadas. Un cambio hacia la conformidad de género puede ocurrir principalmente para agradar a la familia, así que posiblemente no perdure o no refleje un cambio permanente de identidad de género. Las creencias de identidad de adolescentes a

veces se vuelven tenazmente mantenidas, lo que puede dar una impresión falsa de irreversibilidad; puede aparecer más fluidez en una etapa más tardía. Por estas razones, se debe retrasar intervenciones físicas irreversibles durante tanto tiempo que sea clínicamente apropiado. Puede ser fuerte la presión por intervenciones físicas debido al nivel de angustia del adolescente, y se debe considerar en tales situaciones la remisión a un servicio especialista y multidisciplinario de niños y adolescentes, donde existan tales servicios.

Las intervenciones físicas son de tres categorías o etapas:

1. Intervenciones completamente reversibles. Éstas consisten del uso de agonistas LHRH o medroxyprogesterona para suprimir la producción de estrógeno o testosterona, lo que demora los cambios físicos de la pubertad.
2. Intervenciones parcialmente reversibles. Éstas incluyen intervenciones hormonales que masculinizan o feminizan el cuerpo, como la administración de testosterona a mujeres biológicas y estrógeno a varones biológicos. Para revertir los cambios resultantes, puede ser necesario intervención quirúrgica.
3. Intervenciones irreversibles. Éstas son intervenciones quirúrgicas.

Se recomienda un proceso de etapas para conservar disponibles las opciones durante las dos primeras etapas. El avance de una etapa a otra no debe ocurrir hasta que el joven y su familia tengan el tiempo necesario para adaptarse completamente a los efectos de las intervenciones anteriores.

**Intervenciones Completamente Reversibles.** Los adolescentes pueden ser elegibles para hormonas que demoran la pubertad tan pronto que comiencen los cambios de pubertad. Para que tomen el adolescente y su familia una decisión informada sobre una demora de pubertad, se recomienda que el adolescente experimente el inicio de pubertad de su sexo biológico, al menos hasta la Etapa Tanner Dos\*. Si por razones clínicas se piensa que se debe intervenir más temprano por el bien del paciente, esto debe ser manejado con consejos endocrinológicos, y con más de una opinión psiquiátrica.

Dos metas justifican esta intervención: a) para ganar tiempo para analizar más la identidad de género y otros aspectos de desarrollo por medio de psicoterapia; y b) para hacer más fácil que el adolescente, si continúa a buscar un cambio de sexo y género, pase mejor en el papel del sexo y género opuesto. Para proveerle al adolescente hormonas que retrasan la pubertad, hay que cumplir con los criterios siguientes:

1. Durante la niñez, el adolescente ha mostrado un modelo intenso de identidad de sexo y género cruzado, y una aversión a la conducta esperada debido al papel de su género asignado;
2. La incomodidad de su sexo y género ha aumentado significativamente al comenzar la pubertad;
3. La familia consiente y participa en la terapia.

Se debe tratar a los varones biológicos con agonistas LHRH (que paran la secreción de la hormona luteinizante, HL, y como resultado también de testosterona) o con progestinas o antiandrógenos (que obstruyen la secreción de testosterona o neutralizan su efecto). Se debe tratar a las mujeres biológicas con agonistas LHRH o con progestinas suficientes (lo que para la producción de estrógeno y progesterona) para detener la menstruación.

\*Se refiere a la Escala Tanner del Desarrollo Físico Pubertal; se puede encontrar más información al respecto en libros de consulta pediátricos o por medio del Internet.

**Intervenciones Parcialmente Reversibles.** Los adolescentes pueden ser elegibles para comenzar la terapia hormonal de masculinización o feminización cuando tienen 16 años, preferiblemente con el consentimiento de los padres. En muchos países las personas que tienen 16 años son adultos legales y pueden tomar decisiones médicas sin el consentimiento de los padres.

Se requiere tratamiento profesional de salud mental para establecer la elegibilidad para el tratamiento tripartito durante la adolescencia. Para facilitar la experiencia de la vida real o la terapia hormonal, el profesional de salud mental debe trabajar con el paciente y su familia por un mínimo de seis meses. Aunque el número de consultas durante este período de seis meses depende del juicio del clínico, la intención es que se evalúe el tratamiento hormonal y la experiencia de vida real atentamente y repetidamente durante el transcurso del tiempo. Para los pacientes que ya comenzaron la experiencia de vida real antes de entrar en psicoterapia, el profesional debe trabajar cerca de ellos y sus familias, considerando atentamente y repetidamente lo que acontece en el transcurso del tiempo.

**Intervenciones Irreversibles.** No se debe ejecutar ninguna intervención quirúrgica antes de la adultez, o antes de una experiencia de la vida real de por lo menos dos años en el papel de género del sexo con el que se identifica el adolescente. Se debe interpretar el umbral de 18 años como un criterio de elegibilidad y no como una indicación, en sí mismo, que justifica una intervención activa.

## VI. Psicoterapia con Adultos

**Una Observación Básica.** Muchos adultos con trastornos de identidad de género descubren maneras de vivir cómodamente y eficazmente sin someterse a todos los elementos del tratamiento tripartito. Aunque algunas personas logran esto sin ayuda, la psicoterapia puede servirles mucho en los procesos de descubrimiento y maduración que facilitan la comodidad personal.

**La Psicoterapia no es un Requisito Imprescindible para la Terapia Tripartita.** No todos los pacientes adultos de género necesitan psicoterapia para proceder con la terapia hormonal, la experiencia de la vida real, o la cirugía. Programas diferentes varían respecto al grado que perciben la necesidad de psicoterapia. Cuando la evaluación inicial del profesional de salud mental resulta en una recomendación de psicoterapia, el clínico debe especificar las etapas del tratamiento y estimar su frecuencia y duración. No hay un número mínimo de consultas psicoterapéuticas antes de la terapia hormonal, la experiencia de la vida real o la cirugía, a base de tres razones: 1) los pacientes varían ampliamente en sus habilidades de alcanzar etapas similares dentro de un tiempo determinado; 2) hay una tendencia a interpretar un número mínimo de consultas como un obstáculo de vencer, lo que reduce la oportunidad genuina de crecimiento personal; 3) el profesional de salud mental puede prestarle mucho apoyo al paciente durante todas las etapas de una transición de género. Programas diferentes pueden establecer criterios de elegibilidad que incluyen algún número mínimo de consultas o meses de psicoterapia.

No es necesario que el profesional de salud mental que lleva a cabo la evaluación inicial sea el psicoterapeuta. Si los integrantes de un conjunto de género no practican psicoterapia, se debe informar al psicoterapeuta que una carta que describe la terapia que recibió el paciente puede ser pedida, así el paciente pueda proceder con la próxima etapa del tratamiento.

**Las Metas de Psicoterapia.** La psicoterapia muchas veces le proporciona al paciente educación sobre una gama de opciones que anteriormente no hubiera considerado seriamente. También acentúa la necesidad de establecer metas de vida realistas para empleo y relaciones, y trata de

definir y aliviar los conflictos del paciente que hayan socavado una vida estable.

**La Relación Terapéutica.** El primer paso hacia el trabajo exitoso del profesional de salud mental es establecer una relación confiable y fidedigna con el paciente. Esto por lo general se consigue al investigar, competentemente y sin prejuicio, los asuntos de género del paciente, durante la evaluación inicial diagnóstica. Puede ser mejor que se trate más tarde de otros asuntos, después que el paciente cree que el clínico entiende y se interesa por sus inquietudes de género.

Idealmente, el clínico trata del todo de la complejidad del paciente. Las metas de la terapia son ayudar que la persona viva más cómodamente dentro de su identidad de género y trate eficazmente de otros asuntos no relacionados a género. El clínico muchas veces trata de facilitar la capacidad del paciente de trabajar y de establecer y mantener relaciones de apoyo. Aunque se logren estas metas iniciales, los profesionales de salud mental deben discutir la probabilidad que ninguna terapia educativa, psicoterapéutica, médica o quirúrgica puede apagar de manera permanente todos los vestigios de la asignación original de sexo del paciente y su experiencia de género anterior.

**Los Procedimientos Psicoterapéuticos.** La psicoterapia consiste en una serie de comunicaciones interactivas entre un psicoterapeuta que comprende cómo sufren las personas y cómo se puede aliviar esto, y un paciente que experimenta angustia. Típicamente, la psicoterapia consiste en consultas de cincuenta minutos que ocurren regularmente. Las consultas terapéuticas inician un proceso de desarrollo, permitiendo la apreciación de la historia del paciente, la comprensión de los dilemas actuales, y la identificación de ideas no realistas y de conductas maladaptativas. La psicoterapia no intenta curar el trastorno de identidad de género; por lo general, la meta es que se logre una vida estable al largo plazo, con oportunidades realistas de éxito en relaciones, educación, empleo, y expresión de identidad de género. La angustia de género muchas veces intensifica los dilemas interpersonales, laborales y educacionales.

El psicoterapeuta debe tener claro que es el paciente quien tiene el derecho de escoger entre muchas opciones. El paciente puede ensayar enfoques alternativos a lo largo del tiempo. Idealmente, la psicoterapia es un esfuerzo colaborativo. El psicoterapeuta tiene que estar seguro que el paciente entienda los conceptos de elegibilidad e idoneidad, porque los dos tienen que cooperar en definir los problemas del paciente y en evaluar el progreso que hacen en solucionarlos. La colaboración puede prevenir un punto muerto entre un psicoterapeuta que parezca negar un permiso sin justificación, y un paciente que parezca demasiado desconfiado para compartir fácilmente sus pensamientos, sentimientos, relaciones y sucesos.

Los pacientes pueden beneficiarse de psicoterapia durante cada etapa de la evolución de género. Ésta incluye el período postquirúrgico, cuando los obstáculos anatómicos a comodidad de género han sido superados, pero la persona todavía puede continuar experimentando una falta de comodidad real y habilidad viviendo el nuevo papel de género.

**Opciones para Adaptación de Género.** Las actividades y procesos listados abajo, en varias combinaciones, les han ayudado a las personas a encontrar más comodidad personal. Estas adaptaciones pueden evolucionar espontáneamente o durante psicoterapia. Encontrar nuevas adaptaciones de género no significa que la persona en el futuro no elegirá buscar la terapia hormonal, la experiencia de la vida real, o la cirugía genital.

Actividades:

Varones Biológicos:

1. Travestismo: de modo moderado, con ropa interior; de modo unisex; o de modo femenino.

2. Cambios corporales: depilación por electrólisis o por cera; cirugía cosmética menor.
3. Mejoras de apariencia, vestuario o expresión vocal.

Mujeres Biológicas:

1. Travestismo: de modo moderado, con ropa interior; de modo unisex; o de modo masculino.
2. Cambios corporales: fajarse los senos; halterofilia; uso de vello facial teatral.
3. Rellenar la ropa interior o uso de una prótesis peneal.

Ambos Géneros:

1. Aprender sobre asuntos transgéneros a través de: grupos de autoapoyo y redes transgéneras, comunicarse con pares por medio del Internet, estudiar estas normas de cuidado y materias legas y profesionales sobre derechos civiles respecto a empleo, relaciones y travestismo público;
2. Dedicarse a las actividades de recreo del sexo preferido;
3. Períodos de vivir como el sexo preferido.

Procesos:

1. La aceptación de que las fantasías o conducta (orientación) homosexuales o bisexuales de la persona son distintas de la identidad de género y los deseos por otro papel de género;
2. La aceptación de que la necesidad de mantener un empleo, proveer a las necesidades educativas de niños, cumplir con un compromiso matrimonial, y evitar angustiar a un familiar, tiene prioridad mayor que el deseo personal de expresión constante de género cruzado;
3. Integrar la conciencia masculina y femenina en la vida cotidiana;
4. Identificar lo que conduce a anhelos más fuertes de género cruzado y eficazmente tratarlo; por ejemplo, desarrollar mejores habilidades autoprotectivas y vocacionales, y auto-asección para adelantarse en el empleo y para resolver luchas interpersonales y fortalecer relaciones claves.

## VII. Requisitos para Tratamiento Hormonal de Adultos

**Razones para Terapia Hormonal.** Tratamiento hormonal del sexo opuesto es un elemento importante en el proceso de transición anatómica y psicológica de género de adultos con trastornos de identidad de género apropiadamente seleccionados. Las hormonas muchas veces son médicamente necesarias para vivir exitosamente en el nuevo género, y mejoran la calidad de vida y limitan condiciones psiquiátricas comórbidas que muchas veces se asocian a la falta de tratamiento. Cuando los médicos les administran andrógenos a mujeres biológicas y estrógenos, progesterona y antiandrógenos a varones biológicos, los pacientes se sienten y se parecen más a su género preferido.

**Criterios de Elegibilidad.** No se debe emprender casualmente la administración de hormonas debido a los riesgos médicos y sociales. Se debe cumplir con tres criterios:

1. 18 años de edad;
2. Conocimiento demostrable por parte del paciente de lo que pueden y no pueden lograr las hormonas, y de los riesgos y beneficios sociales.
3. Uno u otro de:
  - a. Una experiencia de la vida real de al menos tres meses antes del suministro de hormonas;
  - b. Un período de psicoterapia de duración especificada por el profesional de salud mental después de la evaluación inicial (normalmente un mínimo de tres meses).

En situaciones determinadas, se puede admitir que se les suministre hormonas a pacientes que no han cumplido con el tercer criterio, por ejemplo para facilitar la administración controlada de hormonas de

calidad conocida, para impedir el uso descontrolado de hormonas de origen del mercado negro.

**Criterios de Idoneidad.** Hay tres criterios:

1. El paciente ha reafirmado más su identidad de género durante la experiencia de la vida real o durante psicoterapia;
2. El paciente se ha adelantado hacia superar otros problemas identificados, así para mejorar o mantener un estado estable de salud mental (esto implica el control satisfactorio de problemas como sociopatología, abuso de drogas, psicosis y tendencias al suicidio);
3. Se espera que el paciente use las hormonas de manera responsable.

### **¿Se Puede Suministrar Hormonas a Quienes no Quieren la Cirugía ni la Experiencia de la Vida Real?**

Sí, pero sólo después de diagnóstico y psicoterapia por un profesional calificado de salud mental que sigue los criterios mínimos arriba listados. La terapia hormonal puede proporcionarles mucha comodidad a los pacientes de género que no desean ni pueden vivir el papel opuesto de género o someterse a cirugía. En algunos pacientes, la terapia hormonal por sí misma puede dar alivio sintomático suficiente para obviar la necesidad de cambiar de papel de género o someterse a cirugía.

**La Terapia Hormonal y Cuidado Médico de las Personas Presas.** Las personas que reciben tratamiento para trastornos de identidad de género deben continuar recibéndolo, conforme a estas Normas de Cuidado, aun estando encarceladas. Por ejemplo, se debe permitir que ellos que reciben tratamiento psicoterapéutico y/o tratamiento hormonal que continúen este tratamiento médicamente necesario para impedir o limitar la inestabilidad emocional, la pérdida de características físicas que ya ocasionaron las hormonas, y el sentido de desesperación que puede resultar en depresión, angustia y tendencias al suicidio. Las personas encarceladas que sufren una retirada repentina de tratamiento hormonal corren riesgos mayores de síntomas psiquiátricos o conducta autodestructiva. Se tiene que proporcionales también control médico del tratamiento hormonal conforme a estas Normas. Decisiones sobre el alojamiento de presos transgéneros se tiene que tener presente su estado de transición de género y su seguridad personal.

## **VIII. Resultados del Tratamiento Hormonal de Adultos**

Puede que no se manifiesten los máximos efectos físicos de las hormonas hasta después de dos años de tratamiento continuo. La herencia influye la respuesta de los tejidos a las hormonas, y no se puede superar esto administrando dosis más altas. El grado de efectos que realmente se logra varía de paciente en paciente.

**Efectos Deseados de la Hormonas.** Los varones biológicos tratados con estrógenos pueden esperar efectivamente que el tratamiento resulte en algún crecimiento de los senos, alguna redistribución de grasa corporal hacia la forma más femenina, una disminución de la fuerza del cuerpo superior, un ablandamiento del piel, una disminución del vello corporal, una disminución o cesación de la calvicie, una disminución de fertilidad y del tamaño testicular, y erecciones menos frecuentes y firmes. Son reversibles la mayoría de estos cambios, aunque no se revertirá completamente el aumento de los senos al discontinuar el tratamiento.

Las mujeres biológicas tratadas con testosterona pueden esperar los cambios permanentes siguientes: que la voz se hace más grave, el crecimiento del clítoris, la atrofia moderada de los senos, el aumento de vello facial y corporal y la calvicie típica del varón. Los cambios reversibles incluyen un aumento

de la fuerza del cuerpo superior, un aumento de peso, un aumento de interés social y sexual y de excitación sexual, y la disminución de grasa de las caderas.

**El Potencial de Efectos Médicos Secundarios Negativos.** Es más probable que los pacientes con problemas médicos o tendencia a enfermedades cardiovasculares experimenten efectos serios o fatales del tratamiento con hormonas del sexo opuesto. Los riesgos y efectos secundarios de tratamiento hormonal pueden aumentarse a causa de tabaquismo, obesidad, vejez, cardiopatías, hipertensión, anormalidades de coagulación, malignidades y algunas anormalidades endocrinológicas. Por eso, puede que algunos pacientes no toleren el uso de hormonas del sexo opuesto. Por otro lado, las hormonas pueden dotar beneficios a la salud tanto como riesgos. El paciente y el médico deben considerar juntos el balance entre beneficios y riesgos.

Los efectos secundarios en varones biológicos tratados con estrógenos y progestinas pueden incluir una tendencia aumentada a coagulación (trombosis venosa con riesgo de embolismo pulmonar fatal), desarrollo de prolactinomas benignos de la hipófisis, infertilidad, aumento de peso, inestabilidad emocional, enfermedades del hígado, formación de cálculos biliares, somnolencia, hipertensión y diabetes mellitus.

Los efectos secundarios en las mujeres tratadas con testosterona pueden incluir infertilidad, acné, inestabilidad emocional, aumento de deseo sexual, cambio de perfil lípido hacia el padrón masculino (lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares), y la disposición a desarrollar tumores benignos y malignos del hígado y malfuncionamiento hepático.

**Las Responsabilidades del Médico que Receta Hormonas.** Las hormonas deben ser recetadas por un médico, y no deben ser administradas sin evaluación adecuada psicológica y médica antes y durante el tratamiento. Cualquier paciente que no entienda los requisitos de elegibilidad e idoneidad, y que no conozca las Normas de Cuidado, debe ser informado al respecto, y esto puede dar una indicación oportuna para recomendarlo a un profesional de salud mental que tiene experiencia con trastornos de identidad de género. No es necesario que el médico que receta tratamiento hormonal se hubiera especializado en endocrinología, pero debe hacerse conocedor de los aspectos relevantes médicos y psicológicos del tratamiento de las personas con trastornos de identidad de género.

Después de una anamnesis completa, un examen físico y un análisis de laboratorio, el médico debe considerar nuevamente los efectos probables y secundarios del tratamiento hormonal, inclusive el potencial de consecuencias serias que pueden causar la muerte. El paciente debe tener la capacidad de entender los riesgos y beneficios del tratamiento, recibir respuestas a sus preguntas, y consentir el control médico del tratamiento. La ficha clínica del paciente debe contener un documento firmado de consentimiento informado que verifica que tuvo lugar una discusión de los riesgos y beneficios de la terapia hormonal.

Los médicos tienen una latitud considerable respecto a las formulaciones hormonales que prescriben y los modos de administración que escogen para pacientes diferentes. Opciones eficaces de administración incluyen los modos orales, inyectables y transcutáneos. Se debe considerar el uso de parches transcutáneos de estrógeno en casos de varones con más de 40 años o de los con anormalidades de coagulación o una historia de trombosis venosa. Testosterona transcutánea les conviene a las mujeres que no quieren inyecciones. Ausente cualquier otra condición médica, quirúrgica o psiquiátrica, el monitoreo médico debe incluir: exámenes físicos seriales para evaluar los efectos primarios y secundarios del tratamiento, medición de signos vitales antes de y durante el tratamiento, medición de peso y análisis de laboratorio. Los pacientes de género, independiente de que ya hayan comenzado el uso de hormonas, deben ser evaluados

para tumores pélvicos igualmente como cualquier persona.

Para ellos que usan estrógenos, la evaluación mínima de laboratorio debe consistir en el nivel pretratamiento de testosterona libre, nivel de glucosa en ayunas, análisis de la función hepática, y un conteo sanguíneo completo que se debe repetir a intervalos de seis meses y un año, y anualmente después. Se debe medir el nivel de prolactina antes del tratamiento y medirlo nuevamente a uno, dos y tres años. Si no ocurre hiperprolactinemia durante este tiempo, no son necesarias más mediciones. Se debe examinar a los varones biológicos que se someten a tratamiento con estrógenos por cáncer de los senos, y se debe fomentar el autoexamen de los senos. A medida que envejecen, deben ser monitoreados para el cáncer prostático.

En el caso de ellos que reciben andrógenos, la evaluación mínima de laboratorio debe consistir en un análisis pretratamiento de función hepática y un conteo sanguíneo completo, repetidos seis meses y un año más tarde y anualmente después. Se debe considerar la palpación anual del hígado. Se debe monitorear a las mujeres que se han sometido a mastectomía y que tengan una historia familiar de cáncer de los senos por señales de esta enfermedad.

Los médicos pueden proporcionarles a sus pacientes un breve informe escrito que indica que la persona está bajo tratamiento médico que incluye terapia hormonal del sexo opuesto. Durante las etapas iniciales de tratamiento hormonal, se puede sugerir al paciente que lleve consigo este informe todo el tiempo, así puede ayudar a evitar dificultades con la policía u otras autoridades.

**Disminución de Dosis Hormonales después de Gonadectomía.** Se puede reducir por 1/3 a 1/2 las dosis de estrógeno en las pacientes que se han sometido a orquidectomía, sin retrasar la feminización. Se debe considerar la disminución de las dosis de testosterona después de la ooforectomía, para proteger contra los riesgos de osteoporosis. Por lo general, se requiere en todos los pacientes de género tratamiento hormonal de mantenimiento de por vida.

**El Abuso de Hormonas.** Algunas personas obtienen hormonas sin receta, de amigos, familiares, y farmacias de países extranjeros. El uso de hormonas sin control médico puede exponer a la persona a grandes riesgos médicos. Se reconoce que algunas personas que usan hormonas bajo control médico han consumido dosis adicionales sin que su médico se dé cuenta. Los profesionales de salud mental y los médicos que recetan hormonas deben hacer el esfuerzo de asegurar la conformación con las dosis recomendadas para limitar la comorbilidad. Es ético que los médicos discontinúen tratamiento de pacientes que no cumplan los regímenes de tratamiento prescritos.

**Otros Beneficios Potenciales de Hormonas.** El tratamiento hormonal, con tal que sea tolerado médicamente, debe preceder cualquier intervención quirúrgica. Satisfacción con los efectos del tratamiento hormonal reafirma la identidad de la persona como del sexo y género preferido y sostiene más la convicción de proceder. Si el paciente está descontento con los efectos hormonales, puede señalar incertidumbre respecto a proceder a intervenciones quirúrgicas. En varones biológicos, las hormonas mismas muchas veces causan crecimiento adecuado de los senos y excluyen la necesidad de cirugía de mamoplastia de aumento. Algunos pacientes que reciben tratamiento hormonal no desearán cirugía genital ni otras intervenciones quirúrgicas.

**El Uso de Antiandrógenos y Terapia Cíclica.** Se puede usar antiandrógenos como tratamiento adjunto en varones que usan estrógenos, aunque no siempre son necesarios para lograr feminización. En algunos pacientes, antiandrógenos pueden obstruir más profundamente la secreción de testosterona y permitir una dosis más pequeña de estrógeno, lo que puede prevenir efectos secundarios negativos a veces provocados por el estrógeno.



Feminización no requiere terapia cíclica. Ensayos a imitar el ciclo menstrual por prescribir terapia interrumpida de estrógeno o la sustitución de estrógeno por progesterona durante una porción del mes no son necesarios para lograr feminización.

**Consentimiento Informado.** Se debe suministrarles tratamiento hormonal sólo a quienes son legalmente capaces de dar consentimiento informado, incluyendo las personas declaradas menores emancipados por un tribunal, y personas privadas de libertad consideradas competentes para participar en sus decisiones médicas. Para adolescentes, el consentimiento informado tiene que incluir la aprobación del paciente menor y el consentimiento informado firmado por un padre o tutor legal.

**Opciones Reproductivas.** El consentimiento informado implica que el paciente entienda que la administración de hormonas limita la fertilidad y que la remoción de órganos sexuales impide la capacidad de reproducción. Se conoce casos de personas que recibieron terapia hormonal y cirugía de reasignación de sexo y que más tarde lamentaron la incapacidad de tener hijos genéticamente relacionados. El profesional de salud mental que recomienda la terapia hormonal y el médico que prescribe tal terapia deben discutir opciones reproductivas con el paciente antes del inicio de la terapia hormonal. Varones biológicos, especialmente ellos que ya no se han reproducido, deben ser informados sobre opciones de preservar semen y animados a considerar el uso de un banco de semen antes del inicio de la terapia hormonal. Mujeres biológicas actualmente no disponen de simples opciones para preservar gametos, aparte de preservación criogénica de embriones fertilizados. Sin embargo, ellas deben ser informadas sobre asuntos reproductivos, inclusive esta opción. A medida que surjan otras opciones, les deben ser presentadas también.

## IX. La Experiencia de la Vida Real

El acto de adoptar completamente un nuevo papel de género, o uno en desarrollo, durante la vida cotidiana se llama la experiencia de la vida real. Esta experiencia es esencial para la transición al papel de género que conforma a la identidad de género del paciente. Ya que el cambio de presentación de género de la persona tiene inmediatas consecuencias profundas, personalmente y socialmente, la decisión de emprenderlo debe ser precedida por una conciencia de las probables consecuencias familiares, laborales, interpersonales, educacionales, económicas y legales. Los profesionales tienen la responsabilidad de discutir estas consecuencias predecibles con sus pacientes. Un cambio de papel y presentación de género puede resultar en discriminación en el empleo, divorcio, problemas matrimoniales, y la limitación o la pérdida de derechos de visitar a hijos. Estos son reales problemas externos que deben ser enfrentados para que el paciente sea exitoso en la nueva presentación de género. Puede que sean estas consecuencias bien diferentes de lo que imaginaba el paciente antes de emprender la experiencia de la vida real. Sin embargo, no son negativos todos los cambios.

**Parámetros de la Experiencia de la Vida Real.** Al evaluar los resultados de la experiencia de la vida real en el género deseado, los clínicos repasan las acciones siguientes:

1. Mantener el empleo de tiempo completo o parcial;
2. Funcionar como estudiante;
3. Participar como voluntario en una actividad comunitaria;
4. Empezar alguna combinación de los artículos 1-3;
5. Adquirir legalmente un nombre apropiado al nuevo género;
6. Proporcionar testimonio que personas aparte del psicoterapeuta saben que el paciente funciona en el papel deseado de género.

**La Experiencia de la Vida Real versus la Prueba de la Vida Real.** Aunque los profesionales recomienden vivir en el género deseado, la decisión respecto a cuándo y cómo comenzar la experiencia de la vida real queda a la responsabilidad del paciente. Algunos comienzan la experiencia de la vida real y deciden que ese camino, tan frecuentemente soñado, no es tan satisfactorio. Los profesionales muchas veces interpretan la experiencia de la vida real como la confirmación, en la vida real, del diagnóstico. Si los pacientes salen bien en el género preferido, se confirman como “transexuales,” pero si decidieron no continuar, “no deben haber sido.” Este raciocinio confunde entre las variables que facilitan la adaptación exitosa, y la presencia de un trastorno de identidad de género. La experiencia de la vida real prueba la determinación de la persona, la capacidad de funcionar en el género preferido y la suficiencia del apoyo social, económico y psicológico; también les ayuda al paciente y al profesional de salud mental en sus decisiones sobre cómo proceder. El diagnóstico, aunque siempre puede ser reconsiderado, precede la recomendación de que los pacientes emprendan la experiencia de la vida real. Si el paciente tiene éxito en la experiencia de la vida real, tanto el profesional de salud mental como el paciente ganan confianza en seguir con su proceso.

**La Remoción del Vello Indeseado Facial y/o Corporal para el Paciente Hombre-a-Mujer.** No se disminuye el espesor de la barba como resultado del uso de hormonas del género opuesto. La remoción del vello facial por medio de electrólisis es un proceso largo y generalmente sin peligro que muchas veces les facilita a los varones biológicos la experiencia de la vida real. Efectos secundarios incluyen incomodidad durante e inmediatamente después del procedimiento, y menos frecuentemente, hipo- o hiperpigmentación, cicatrización y foliculitis. No es necesario permiso formal médico para la remoción de vello; se puede comenzar cuando le parece apropiada al paciente. Por lo general se recomienda la electrólisis antes de comenzar la experiencia de la vida real, porque es necesario que el vello crezca a una largura visible para removerlo. Muchos pacientes necesitarán dos años de tratamiento continuo de electrólisis para erradicar efectivamente el vello facial. La depilación a láser actualmente es una alternativa nueva a la electrólisis, pero la experiencia con ella es limitada.

## **X. Cirugía**

**La Reasignación de Sexo es Eficaz e Indicada Médicamente en Casos Severos de TIG.** En las personas diagnosticadas con transexualidad o TIG profundo, la cirugía de reasignación de sexo, junto a terapia hormonal y la experiencia de la vida real, ha resultado eficaz. Este régimen terapéutico, que debe ser prescrito por profesionales calificados, es médicamente indicado y necesario. La reasignación de sexo no es “experimental,” “investigativa,” “elegida,” “cosmética” ni opcional en ningún sentido significativo, al contrario es un tratamiento eficaz y apropiado para transexualidad o TIG profundo.

**Cómo Tratar las Cuestiones Éticas sobre la Cirugía de Reasignación de Sexo.** Muchas personas, inclusive algunos profesionales médicos, se oponen, por razones éticas, a la cirugía de reasignación de sexo para las personas con TIG. Normalmente en la práctica de cirugía, se remueve tejidos patológicos para restaurar funciones desordenadas, o se hace cambios a rasgos corporales para mejorar la autoimagen del paciente. Los que se oponen a la cirugía de reasignación de sexo en personas con trastornos de identidad de género creen que no se encuadra dentro de estas situaciones. Es importante que los profesionales que tratan a pacientes con trastornos de identidad de género se sientan cómodos sobre alterar estructuras anatómicamente normales. Para entender cómo la cirugía puede aliviar la angustia psicológica de personas diagnosticadas con trastornos de identidad de género, los profesionales tienen que escuchar a estos pacientes y discutir sus historias de vida y sus

dilemas. Se debe respetar y discutir la oposición a la práctica de cirugía a base de la ética de “sobre todo no haga daño,” pero también se debe aprender de los mismos pacientes sobre la angustia psicológica provocada por un trastorno profundo de identidad de género.

No es ético negar el suministro o la elegibilidad de cirugía de reasignación de sexo o terapia hormonal sólo a base de seropositivismo sanguíneo debido a infecciones como VIH, hepatitis B o C, etc.

**La Relación del Cirujano con el Médico que Prescribe Hormonas y el Profesional de Salud Mental.** El cirujano no es simplemente un técnico que se emplea para ejecutar un procedimiento. El paciente muchas veces siente una inmensa estimación positiva hacia el cirujano, lo que idealmente facilita cuidado de seguimiento al largo plazo. A causa de su responsabilidad al paciente, el cirujano tiene que entender el diagnóstico que ha conducido a la recomendación de cirugía genital. Los cirujanos deben tener la oportunidad de hablar largamente con sus pacientes para satisfacerse de la probabilidad de que el paciente se beneficie de la cirugía. Idealmente, el cirujano tendrá una relación profesional de cerca con los otros profesionales que han dirigido el cuidado médico y psicológico del paciente. Esto se puede lograr mejor por ser integrante de un equipo multidisciplinario de profesionales que especializan en trastornos de identidad de género. Sin embargo, no se encuentran tales equipos por todas partes. El cirujano tiene que quedar convencido, por lo menos, que los profesionales de salud mental y el médico que receta hormonas son profesionales de buena reputación y con experiencia especializada con trastornos de identidad de género. Esto se refleja muchas veces por la calidad de los certificados de recomendación. Ya que han sido presentados a veces certificados falsificados y ficticios, los cirujanos deben comunicarse con al menos uno de los profesionales de salud mental para verificar que los certificados son auténticos.

Antes de practicar cualquier procedimiento quirúrgico, el cirujano debe monitorear adecuadamente todas las condiciones médicas y debe evaluar los efectos del tratamiento hormonal en el hígado y otros órganos. El cirujano puede llevar esto a cabo sólo o en colaboración con colegas médicos. Ya que condiciones preexistentes pueden complicar cirugías genitales reconstructivas, los cirujanos también deben ser competentes en diagnóstico urológico. El expediente de historia clínica debe contener el formulario firmado de consentimiento informado respecto a la cirugía que se practicará.

## **XI. Cirugía del Pecho**

La mamoplastia de aumento y la mastectomía son cirugías comunes, fácilmente obtenidas por el gran público por una variedad de razones, entre ellas indicaciones cosméticas o de cáncer. Aunque la apariencia del pecho es una característica secundaria sexual de importancia obvia, la presencia de senos y el tamaño del busto no figuran en las definiciones legales de sexo y género, y no son importantes para la reproducción. Se debe considerar la práctica de cirugías del pecho con la misma precaución como en el caso del comienzo de terapia hormonal, porque ambos producen cambios corporales relativamente irreversibles.

Se diferencia el enfoque de las pacientes hombre-a-mujer de los mujer-a-hombre. En el caso de pacientes mujer-a-hombre, por lo general se practica primero la mastectomía para adecuarse en presentarse como un hombre; en algunos pacientes, esta es la única cirugía que se practica. En caso se pierda algún piel a causa de la cantidad de tejido del pecho que se remueve, resultará una cicatriz y el paciente debe ser informado de esto de antemano. Los pacientes mujer-a-hombre pueden someterse a cirugía al mismo tiempo que comienzan la terapia hormonal. En el caso de las pacientes

hombre-a-mujer, se puede practicar la mamoplastia de aumento si el médico que prescribe hormonas y el cirujano verifica que el aumento del pecho que resultó después de 18 meses de tratamiento hormonal no le proporciona a la paciente comodidad suficiente en el papel de género social.

## **XII. Cirugía Genital**

**Los Criterios de Elegibilidad.** Los criterios mínimos de elegibilidad para las variadas cirugías genitales se aplican igualmente a los varones y mujeres biológicos. Son los siguientes:

1. Mayor de edad en el país de residencia;
2. Generalmente, 12 meses de terapia hormonal continua para ellos sin una contraindicación médica (vea abajo, “¿Se Puede Practicar Cirugía sin antes Someterse a la Terapia Hormonal o La Experiencia de la Vida Real?”);
3. 12 meses continuos de experiencia exitosa de la vida real, por tiempo completo. Períodos de volver al género original pueden indicar dudas sobre proceder, y generalmente no se debe contarlos para cumplir con este criterio.
4. Si el profesional de salud mental lo requiere, realizar participación responsable y regular en un programa psicoterapéutico durante la experiencia de la vida real, de una frecuencia que determinan juntos el paciente y el profesional de salud mental. La psicoterapia en sí no es un criterio imprescindible de elegibilidad para cirugía.
5. Conocimiento demostrable acerca del costo, el tiempo necesario de hospitalización, las probables complicaciones médicas y las necesidades de rehabilitación postoperatoria que implican varias técnicas quirúrgicas.
6. Conocimiento de varios cirujanos competentes.

**Los Criterios de Idoneidad.** Los criterios de idoneidad incluyen:

1. Progreso demostrable hacia la reafirmación de la identidad de género del paciente;
2. Progreso demostrable en tratar de asuntos laborales, familiares e interpersonales, lo que resulta en un estado significativamente mejor de salud mental; esto implica un autocontrol satisfactorio de problemas como sociopatología, abuso de drogas, tendencias al suicidio, etc.

**¿Se Puede Practicar Cirugía Sin Hormonas y la Experiencia de la Vida Real?** Las personas no pueden someterse a la cirugía genital sin cumplir con los criterios de elegibilidad. La cirugía genital es un tratamiento para el diagnóstico de trastorno de identidad de género, y sólo se debe realizar después de una evaluación cuidadosa. Las NDC permiten un enfoque individual para cada paciente, pero esto no significa que se puede pasar por alto las pautas generales, que especifican evaluación diagnóstica, psicoterapia posible, hormonas y la experiencia de la vida real. Sin embargo, si una persona ha vivido de manera convincente el papel preferido de género durante mucho tiempo, y queda evaluada psicológicamente sana después de un período requerido de psicoterapia, no hay ninguna razón inherente que tiene que usar hormonas antes de la cirugía genital.

**Condiciones que Permiten la Práctica de Cirugía.** Tratamientos de cirugía genital para las personas diagnosticadas con un trastorno de identidad de género no son simplemente otro juego de procedimientos electivos. Típicamente, nada más que contratos particulares de consentimiento mutuo entre paciente y cirujano rigen los procedimientos electivos. Se debe llevar a cabo cirugías genitales en las personas diagnosticadas con TIG sólo después de una evaluación comprensiva por un profesional calificado de salud mental. Se puede practicar la cirugía genital después que el paciente muestre documentación que haya realizado una evaluación comprensiva y que haya cumplido con los criterios de elegibilidad e idoneidad. Por seguir este procedimiento, el profesional de salud mental, el cirujano y el paciente comparten la responsabilidad de la decisión de hacer cambios irreversibles al

cuerpo.

**Requisitos del Cirujano que Practica la Reconstrucción Genital.** El cirujano debe ser un urólogo, ginecólogo, cirujano plástico o cirujano de tratamiento general, y debe ser acreditado por un consejo nacionalmente conocido y de buena reputación. El cirujano debe tener habilidad especializada en técnicas reconstructivas genitales, comprobada por experiencia documentada bajo dirección de otro cirujano más experimentado. Inclusive los cirujanos más experimentados en este campo deben estar de acuerdo de someterse de buena gana a revisión de sus habilidades terapéuticas por sus pares. Los cirujanos deben asistir a congresos profesionales donde se presentan nuevas técnicas quirúrgicas.

Idealmente, el cirujano debe tener conocimiento de más de una técnica de reconstrucción genital para que, en conversación con el paciente, elijan la que más se adecue o le sea satisfactoria. Cuando un cirujano tenga destreza en una sola técnica, debe informar al paciente y recomendar a otros cirujanos; es el paciente quien debe elegir la técnica que le conviene más.

**Cirugía Genital para la Paciente Hombre-a-Mujer.** Los procedimientos quirúrgicos genitales pueden incluir orquidectomía, penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y labioplastia vaginal. Estos procedimientos requieren cirugía experta y cuidado postoperatorio. Las técnicas incluyen la inversión de la piel del pene, la implantación pediculada rectosigmoide, o injerto de piel libre para forrar la neovagina. La sensación sexual es un objetivo importante en la vaginoplastia, como es igualmente la construcción de una vagina funcional y una apariencia aceptable.

**Otras Cirugías para Pacientes Hombre-a-Mujer.** Para aumentar la feminización, se puede practicar otras cirugías que incluyen condroplastia de reducción traqueal, liposucción de la cintura, rinoplastia, reducción de los huesos faciales, estiramiento facial y blefaroplastia. Para estas cirugías no se necesitan certificados de autorización de profesionales de salud mental. Hay dudas sobre la eficacia y seguridad de cirugías para modificar la voz, y debemos esperar más investigación y seguimiento antes del uso más amplio de estos procedimientos. Para proteger las cuerdas vocales, los pacientes que los eligen no deben someterse a estos procedimientos hasta que hayan completado cualquier otra cirugía que requiera anestesia general por intubación.

**Cirugía Genital para el Paciente Mujer-a-Hombre.** Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir histerectomía, salpingo ooforectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia, uretroplastia, implantación de prótesis testiculares y faloplastia. Actualmente son varias las técnicas quirúrgicas de faloplastia. La elección de técnicas puede ser limitada por consideraciones anatómicas o quirúrgicas. Si el objetivo de faloplastia es un neofalo de buena apariencia, micción de pie, sensación sexual, y/o capacidad de coito, se debe informar claramente al paciente que son necesarias varias etapas separadas de la cirugía y que ocurren con frecuencia dificultades técnicas que pueden ocasionar cirugías adicionales. Inclusive la metoidioplastia, que en teoría es una cirugía de una sola etapa para la construcción de un microfalo, muchas veces requiere más de una cirugía. La abundancia de técnicas para la construcción de un pene indica que es necesario más desarrollo técnico.

**Otras Cirugías para el Paciente Mujer-a-Hombre.** Para aumentar la masculinización, se puede practicar otras cirugías que incluyen liposucción para reducir la grasa de las caderas, muslos y nalgas.

### **XIII. Seguimiento Postoperatorio**

Se recomienda seguimiento postoperatorio a largo plazo, porque es una de las variables más importantes que asegura un buen resultado psicosocial. El seguimiento es importante a la salud anatómica y médica del paciente y al conocimiento del cirujano sobre los beneficios y limitaciones de la cirugía. Se recomienda seguimiento a largo plazo con el cirujano para todos los pacientes, para asegurar el óptimo resultado quirúrgico. Los cirujanos que practican cirugía en pacientes que viajan de lugares muy distantes deben incluir seguimiento personal en sus planes de cuidado y tratar de asegurar que exista cuidado postoperatorio local a largo plazo, a un costo razonable, en la región donde vive el paciente. Pacientes postoperados a veces se retiran del seguimiento del médico que les prescribió las hormonas, sin reconocer que son estos médicos los que tienen la mejor capacidad de prevenir, diagnosticar y tratar posibles condiciones médicas—que son únicas a pacientes tratados hormonalmente y quirúrgicamente--al largo plazo. Pacientes postoperados deben someterse a un reconocimiento médico regular conforme a las pautas recomendadas a su grupo etario. La necesidad de seguimiento también incluye al profesional de salud mental, que habrá pasado más tiempo que cualquier otro profesional con el paciente, y que estará bien preparado para ayudarlo con cualquier dificultad de adaptación postoperatoria.