

ENFOQUE DEL PACIENTE TRANSGÉNERO O CON DISCORDANCIA DE GÉNERO EN LA CONSULTA GINECOLÓGICA

Hernando Restrepo ¹. Laura Hurtado Martínez ².

Resumen

Es importante para todos los profesionales de la salud conocer sobre este tema, como parte del respeto a los derechos sexuales y reproductivos de todos los seres humanos. Durante este capítulo se brindarán herramientas para el conocimiento del tema y el adecuado abordaje desde la consulta médica; recalcando la importancia de realizar un manejo humanizado y un adecuado direccionamiento a grupo experto.

Palabras clave: Personas Transgénero, hombre transexual, mujer transexual

1. GENERALIDADES

Sexo y género son términos que se usan con frecuencia de forma indiscriminada, siendo diferentes. El término “sexo” hace referencia a determinantes biológicos del individuo, que marcan la diferencia entre machos (varones) y hembras. Dentro de éste se incluyen subdivisiones como: sexo cromosómico, genotípico o anatómico, a diferencia del concepto de “género” que según la OMS, se concibe como: “conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres¹; es decir, son aquellas características socio-culturales que se le asignan a las personas de acuerdo al sexo

¹Médico UPB. Magister en Sexología Clínica CIPPSV. Docente de pre y postgrado Facultad de Medicina UPB. Miembro Sociedad Colombiana de Salud Sexual -ACSEX- y de la Academia Internacional de Sexología Médica -AISM-.

²Médica UPB Residente de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Pontificia Bolivariana.

con el que nacen. Por ser un concepto socio-cultural es dinámico y varía con el tiempo y de una cultura a otra; es decir, es relativo.

En este contexto, el término *transgénero*, hace referencia a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con el sexo asignado al nacer y persona *transexual* es utilizado para las personas transgénero que se han sometido a algún tipo de tratamiento quirúrgico de reafirmación del sexo sentido por la persona¹ o que tienen la intención de hacerlo. Se estima que la prevalencia de incongruencia de género de acuerdo con la asociación mundial para la salud transgénero, tiene un rango de 1: 11.900 a 1:45.000 para los individuos de hombre a mujer y en 1: 30.400 a 1: 200.000 para los individuos de mujer a hombre.¹⁹

Hablar de este tema conlleva una gran importancia tanto para médicos generales como para especialistas de diversas áreas ya que actualmente hay gran desconocimiento por parte del personal sanitario en el abordaje de estos pacientes, lo cual se ve reflejado por ejemplo, en encuesta realizada a profesionales de la salud en Chile durante 2020, en ésta, de 123 médicos encuestados, 84% nunca recibió algún tipo de formación al respecto en su educación universitaria, 96% se mostró interesado en recibir información del tema, 77% desconoce la existencia de normativas de trato a estas personas, 14% no usaría el nombre social en el trato con estos pacientes y 10% hospitalizaría a un paciente transgénero según su sexo biológico y no según su real identidad de género.²

En lugar del término transexualismo, el sistema de clasificación actual de la Asociación Americana de Psiquiatría usa el término “disforia de género” en su diagnóstico de personas que no están satisfechas con el género asignado.⁷ La versión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud usaba el término “transexualismo” al diagnosticar a adolescentes y adultos, sin embargo, para la CIE-11, se ha propuesto utilizar el término “discordancia de género.”⁸

En ese sentido, la discordancia o incongruencia de género es diversa y puede afectarse por múltiples variables como la etnia, el estrato socio económico, la religión, la

edad e incluso el sexo de nacimiento y crianza; todos estos determinantes podrán repercutir de forma positiva o negativa en el individuo; es decir, estos factores pueden convertirse en factores protectores en algunos casos, mientras en otros casos pueden ser factores que contribuyen a que se desarrollen situaciones de estigma y discriminación. En la determinación del impacto de estos factores tiene un rol importante qué postura asumen las familias a la hora de aceptar o rechazar las diversas manifestaciones de la identidad de género. Cada experiencia se ve limitada o potenciada por las oportunidades, condiciones y posibilidades que cada persona ha tenido o pueda tener para llevar a cabo su proceso. ^{3, 4}

Existen diferencias dependiendo del nivel socioeconómico, habitualmente las personas con mayores ingresos tienen mejores posibilidades para lograr una concordancia entre su identidad y su cuerpo, mientras que las personas con bajos ingresos tienen menor poder de elección y acceden a productos de baja calidad, que no sólo ponen en riesgo su salud, sino que además no logran generar la imagen deseada. Estas situaciones afectan de forma significativa la calidad de vida de las personas trans, las exponen a situaciones de violencia que afectan de diversos modos su salud y condicionan su morbimortalidad, a la vez que las colocan una y otra vez en el ciclo de la marginación y vulneración tanto de los derechos humanos como de los derechos sexuales y reproductivos.

Esto de cierta forma ha repercutido en la realidad que las personas transgénero tienen tasas más altas de ansiedad, depresión y tendencias suicidas, por lo que los médicos deben estar alerta a los signos y síntomas de estas afecciones ³.

La tabla 1 evidencia las posibles situaciones a las que pueden estar expuestas los pacientes transexuales.

Tabla 1. Situaciones a las que pueden estar expuestas los pacientes mujeres y hombres transexuales.

- Temprana expulsión del núcleo familiar
- Ocultamiento de esta situación en su núcleo familiar
- Exclusión del sistema educativo formal
- Marginación social y laboral
- Dificultad de acceso a la seguridad social y otros beneficios sociales

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos -DHSR-

Los Derechos sexuales y reproductivos, son un componente de los Derechos Humanos; hacen referencia a un conjunto de derechos en evolución relacionados con la sexualidad, que contribuyen a la libertad, igualdad y dignidad de todas las personas y que no pueden ser ignorados. Son los mismos derechos humanos, aplicados a la sexualidad. En noviembre de 2006, la federación internacional de planificación de la familia (IPPF) creó un Panel sobre Derechos Sexuales con el mandato de guiar y apoyar a la Federación en el desarrollo de una declaración de derechos sexuales. La declaración sigue vigente e incluye en los siguientes enunciados los derechos sexuales y reproductivos que tienen todas las personas. ⁵

Artículo 1: Derecho a la igualdad, a una protección legal igualitaria y a vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, la sexualidad o el género.

Artículo 2: El derecho de todas las personas a la participación, sin importar su sexo, sexualidad o género.

Artículo 3: Los derechos a la vida, libertad, seguridad de la persona e integridad corporal.

Artículo 4: Derecho a la privacidad.

Artículo 5: Derecho a la autonomía personal y al reconocimiento ante la ley.

Artículo 6: Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión; derecho a la asociación.

Artículo 7: Derecho a la salud y a los beneficios del avance científico.

Artículo 8: Derecho a la educación e información.

Artículo 9: Derecho a elegir si casarse o no y a formar y planificar una familia, así como a decidir si tener o no hijos y cómo y cuándo tenerlos.

Artículo 10: Derecho a la rendición de cuentas y reparación de daños.

Con la creación del documento *Derechos Sexuales: una declaración de IPPF*, se espera contribuir a crear un mundo en el cual estén garantizadas la libertad, la igualdad y la dignidad de todas las personas, especialmente en las áreas de sus vidas relacionadas con la sexualidad. Nosotros como proveedores de la salud pero sobre todo como ciudadanos debemos velar por el conocimiento de dichos derechos sexuales y reproductivos, por su difusión y su ejercicio en los diferentes aspectos de la vida. ⁵

2. ESPECTRO DE DEFINICIONES ¿QUÉ SIGNIFICA TRANSGÉNERO?

Es importante enfatizar en el concepto de la identidad de género. Ésta se refiere a la convicción profunda de una persona de ser hombre, mujer, ninguno o una combinación de ambos. Los términos "transgénero", "transexual", "trans", "género no binario", "género no congruente" y "género queer" se utilizan para describir a las personas cuya identidad de género no se alinea con el sexo registrado al nacer, que generalmente se basa en la anatomía visible en ese momento. Anteriormente, el término "transexual" indicaba que la persona había recibido tratamiento médico y quirúrgico para alinear su apariencia e identidad de género. Sin embargo, "transgénero" se ha convertido en el término preferido porque también incluye a aquellos que no han recibido tratamiento. "Cisgénero" se refiere a personas que no son transgénero, es decir, aquellas cuyo sexo

registrado al nacer se alinea con su identidad de género.

Los hombres transgénero tienen una identidad de género masculina pero fueron identificados como hembras (y mujeres) al nacer y las mujeres transgénero tienen una identidad de género femenina pero fueron identificadas como varones (y hombres) al nacer. Las personas de género no binario y genderqueer pueden identificarse con un género que no es ni masculino ni femenino o tiene características de ambos. La expresión de género se relaciona con cómo una persona transmite su identidad de género a otros a través de la ropa, el peinado, las acciones y los gestos.

En el ámbito clínico, la determinación de la identidad transgénero se basa completamente en la historia de vida de cada persona. En este sentido, el proveedor debe establecer que el paciente tiene una incongruencia de género persistente. Para los niños y adolescentes, un proveedor de salud mental pediátrico o adolescente calificado, debe participar en la evaluación; sin embargo, para efectos de este artículo, se evitará profundizar en este aspecto, ya que no es su objetivo el abordaje en niños ni adolescentes. En el caso de los adultos, la valoración la puede realizar cualquier proveedor que tenga conocimientos y entrenamiento suficientes del tema.⁶

3. ¿CUÁL ES EL ENFOQUE INICIAL PARA UN PACIENTE QUE PRESENTA DISCORDANCIA DE GÉNERO?

Presentación clínica

La mayoría de estos pacientes se presentan a los médicos en la adolescencia tardía o en la edad adulta. No se sabe si esto se debe a un retraso en el reconocimiento de la discordancia de género, la incapacidad para articular la identidad de género o la presión externa para no buscar ayuda profesional. A pesar de la presentación tardía, muchas personas informan haber tomado conciencia de su discordancia de género mucho antes de la pubertad.⁶

Las personas transgénero están presentes de múltiples formas. Algunos pueden tener confianza en su identidad de género y tener objetivos de tratamiento claros. Otros pueden ser menos capaces de articular su identidad de género y pueden beneficiarse de un mayor apoyo de los proveedores de salud mental. Finalmente, algunos tienen claro su identidad de género pero menos claro su deseo de una intervención médica para alinear su identidad y apariencia. Este último grupo puede beneficiarse de la orientación tanto de los proveedores de salud mental como de los proveedores que pueden ayudar a establecer expectativas sobre las intervenciones médicas.

Es necesario conocer los deseos que tiene la persona respecto a su deseo de cambio en la apariencia física según la identidad de género o en los deseos que tenga de fertilidad futura; la comunicación asertiva es fundamental para crear un vínculo en la relación médico – paciente y poder abordar los aspectos que requiere cada paciente según sus deseos particulares.⁹

Valoración inicial

Estos pacientes requieren un abordaje clínico inicial mediante la realización de una historia clínica completa donde se incluya edad, antecedentes familiares de neoplasias, enfermedad cardiovascular precoz y fenómenos trombóticos, intervenciones quirúrgicas, hábitos de vida. También se debe interrogar sobre el desarrollo puberal e historia sobre función gonadal.

Es de especial importancia identificar en el interrogatorio la posibilidad de que estos pacientes cursen con una hiperplasia suprarrenal congénita, tumor virilizante, resistencia androgénica, cromosomopatía, agenesia testicular o hipogonadismo de cualquier tipo que pueda explicar cambios en los genitales y los órganos dependientes de hormonas sexuales; estas patologías incluyen un abordaje diferente que requiere ayudas diagnósticas e intervenciones terapéuticas individualizadas según sea el

escenario.¹⁰

Al examen físico se debe realizar una exploración que incluya la revisión habitual, la revisión de los caracteres sexuales secundarios (estadios de Tanner), exploración mamaria, genital (incluyendo volumen testicular y longitud peneana), antropometría y cifras de presión arterial, la auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal, signos de insuficiencia venosa crónica.

El objetivo de las exploraciones complementarias es descartar la presencia de alteraciones hormonales o cromosómicas que puedan condicionar algún tipo de trastorno conductual, así como otros procesos asociados que contraindiquen o condicionen la terapia hormonal. Se recomienda la realización de pruebas bioquímicas generales, hemograma, perfil hepático, perfil lipídico completo, ácido úrico, antígeno específico de la próstata, cariotipo, estudio hormonal basal según sea el escenario, sólo para descartar diagnósticos diferenciales o co-morbididades descritos anteriormente.⁹

4. ABORDAJE DE TRATAMIENTO

Es deber de los profesionales de atención primaria direccionar estos pacientes a un grupo o profesional experto en el tema para brindar el adecuado tratamiento según sea su situación específica; el tratamiento en estos pacientes debe depender inicialmente de sus condiciones y comorbididades, pero también de cuáles son sus expectativas reales y su deseo de fertilidad futura, ya que estos serán marcadores en la toma de decisiones. El tratamiento debe ser:

1. No farmacológico, en el que se incluyan medidas de asesoría psicológica y educación general sobre el tema, se brinden herramientas y conocimiento para evitar situaciones desfavorables y se realice un descarte de otras posibles condiciones que estén asociadas.

2. Farmacológico con terapia hormonal u otros adicionales que se mencionarán a continuación.
3. Tratamiento quirúrgico para cambio o reasignación de sexo, que se definirá según los deseos del paciente. Dentro del tratamiento quirúrgico están todas las intervenciones para realizar el cambio en la apariencia física, que se definirán según el deseo del paciente y la asesoría por el grupo experto tratante ^{4,9,12}.

TERAPIA HORMONAL

Se debe primero identificar si el paciente cumple con los siguientes criterios para iniciar tratamiento con terapia hormonal.

1. Ser mayor de 18 años o en su defecto mayor de 16 años y tener el consentimiento del tutor.
2. Evaluación diagnóstica según criterios diagnósticos disponibles, ya sea DSM-5 o CIE-11.
3. Experiencia de la vida real documentada de al menos 3 meses o desarrollar un periodo de psicoterapia especificado por el profesional de salud mental del equipo después de la evaluación inicial (normalmente un mínimo de 3 meses).
4. Conocimiento por parte del paciente de las distintas opciones terapéuticas con sus respectivos beneficios y riesgos para la salud.
5. Compromiso del paciente a realizar el seguimiento psico-endocrinológico establecido.
6. Ausencia de contraindicación para la terapia hormonal (tabla 2).
7. Consentimiento informado firmado. Todos los pacientes deben ser informados y aconsejados acerca de las opciones de fertilidad y de los posibles efectos secundarios de la terapia, previo al inicio de la supresión hormonal en adolescentes

o previo al tratamiento con hormonas sexuales del sexo deseado tanto en adolescentes como en adultos.^{11, 15.}

Se recomienda la implementación de estilos de vida saludables previo al inicio de la terapia hormonal: supresión del tabaquismo, evitar sustancias de abuso, realizar actividad física regular, tener dieta saludable y evitar consumo excesivo de bebidas alcohólicas, entre otros factores.¹²

Tabla 2. Contraindicaciones para la terapia hormonal

Terapia hormonal con estrógenos	Terapia hormonal con andrógenos
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad tromboembólica• Cardiopatía isquémica• Accidente cerebrovascular• Hepatopatía activa (transaminasas más de 3 veces límite superior normalidad)• Insuficiencia renal• Hipertrigliceridemia grave• Obesidad mórbida• Diabetes mal controlada• Migraña grave• Historia familiar de cáncer de mama• Prolactinoma.	<ul style="list-style-type: none">• Hepatopatía activa• Insuficiencia renal• Cardiopatía isquémica• Hipertrigliceridemia grave• Obesidad mórbida• Diabetes mal controlada

Fuente: Elaboración propia de los autores

La intervención hormonal siempre debe ser indicada y monitoreada por un endocrinólogo con experiencia en el tema y seguida por un grupo multidisciplinario según sea la necesidad, sin dejar de lado el seguimiento por un especialista en salud mental. La elección del preparado hormonal, método de liberación y dosificación debe ajustarse al principio de mínimo riesgo para la salud y máxima eficacia. Tanto el paciente como el endocrinólogo deben firmar el consentimiento informado en el que quede reflejado no sólo los posibles efectos secundarios de la terapia sino el compromiso a cumplir los plazos terapéuticos y a asumir las indicaciones y recomendaciones de la terapia. ¹³

Los dos objetivos principales de la terapia hormonal son: 1. Reducir la concentración de hormonas endógenas y por tanto, las características sexuales secundarias del sexo biológico (genético) y 2. reemplazar éstas por aquellas propias del sexo de identificación, empleando en principio terapia hormonal similar a la de los pacientes con hipogonadismo. ^{14, 16.}

Tratamiento hormonal en mujeres transgénero

La combinación de compuestos que suprimen la producción endógena de andrógenos o su acción, junto con la administración de estrógenos es la terapia más eficaz. El objetivo es eliminar el crecimiento del vello púbico, inducir la formación de mamas y una distribución femenina de la grasa corporal. ¹⁷

La meta terapéutica es lograr concentraciones de estradiol que deberían mantenerse en los valores promedio de normalidad de una mujer premenopáusica (aproximadamente

200pg/mL) o en el límite superior de la fase folicular normal para cada laboratorio de referencia, junto unas concentraciones de testosterona libre en los límites superiores femeninos; sin embargo, se le recuerda a los lectores que en Colombia los valores con un cálculo más exacto de testosterona son los de testosterona total, esto por las formas de cálculo de laboratorio.⁹

Tratamiento hormonal en hombres transgénero

Los objetivos en los hombres transgénero son: 1. Detener la menstruación y 2. Inducir virilización, incluyendo el deseo de aparición de vello con patrón terminal, además de buscar la hipertrofia del órgano eréctil. El tratamiento hormonal también conlleva un aumento en la masa muscular, un descenso de la masa grasa y un incremento de la libido. El objetivo es mantener las concentraciones de testosterona entre 3-10 ng/ml (rango medio de la normalidad para varón biológico según laboratorio de referencia) y los de estradiol < 50 pg/ml (límite superior de la normalidad para hombre biológico según laboratorio de referencia).

A continuación se describirán las opciones de terapia hormonal disponibles, se debe recordar que su disponibilidad en el medio puede variar según factores externos. Se debe recordar que ésta debe ser individualizada según la necesidad, deseo del paciente y prescrita por un profesional experto en su uso.

Para transgénero femenino:

1. Estrógenos
 - 1.1. Oral
 - Estradiol: 2.0–6.0 mg/d
 - 1.2. Transdérmico

- Parche 0.025–0.2 mg/d

1.3. Parenteral:

- Valerato de estradiol: 5–30 mg IM cada 2 semanas, 2 a 10 mg IM cada semana

2. Antiandrógenos:

2.1. Espironolactona 100-300 mg/día

2.2. Acetato de ciproterona 25-50 mg/día

2.3. Agonistas de la GnRH 3.75 mg sc cada mes, 11.25 mg sc cada 3 meses

Transgénero masculino: Testosterona

1. Testosterona parenteral

1.1. Enantato de testosterona 100–200 mg sc IM cada 2 semanas

1.2. Testosterona undecanoato 1.000 mg cada 12 semanas

2. Testosterona transdérmica

2.1. Testosterona en gel 50–100 mg/d

2.2. Testosterona en parche transdérmico. 2.5–7.5 mg/d²⁰

Tratamiento quirúrgico

A la hora de hablar de manejo quirúrgico de pacientes con incongruencia de género, vale la pena considerar nuevamente o traer a colación las definiciones, recordando que estos pacientes se describen a si mismos como individuos que nacieron en un cuerpo

del género contrario, si la incongruencia es de hombre a mujer, sienten que se trata de “una mujer encerrada en un cuerpo masculino”, por el contrario, si lo es de mujer a hombre, percibe que se trata de “un hombre encerrado en el cuerpo de una mujer”. Muchos de los pacientes presentan cierto grado de incongruencia entre su sexo de nacimiento, su identidad sexual y el rol que desempeñan y esta situación es la que los lleva a buscar ayuda médica para manejo tanto hormonal como quirúrgico.

Existen cirugías de feminización facial que consisten en manejar las estructuras óseas frontales, implantación del pelo, la nariz, los tejidos blandos, las estructuras óseas maxilares, el mentón y el cartílago tiroideos, con el fin de ayudar al paciente a sentirse más comfortable con su cuerpo. La cirugía de masculinización facial consiste en manejo de los volúmenes óseos y de los tejidos blandos de la cara, dentro de los que sobresalen: frontoplastias, rinoplastias, agudización de los ángulos mandibulares, mentoplastia e injerto de cartílago tiroideos. Se describen cirugías de reafirmación de género de hombre a mujer con la realización de neovaginas y de mujer a hombre con la realización de faloplastias con colgajos libres.

En la transición de los pacientes con incongruencia de género, la voz es un rasgo importante para tener coherencia definitiva entre su aspecto y personalidad, existen múltiples procedimientos quirúrgicos para lograr el cambio de voz cuyo objetivo final será el cambio de frecuencia en ésta. Además existen cirugías de masculinización o feminización torácica que incluyen la realización de mamoplastias o mastectomías según sea el caso.

La decisión de realizar una intervención quirúrgica va a depender de los deseos individuales de cada paciente. Sus consideraciones individuales constituyen un espectro heterogéneo de necesidades, por lo cual no se pueden unificar y es deber del especialista brindar una asesoría en el que se incluya la existencia de estas modalidades quirúrgicas dentro del proceso de tratamiento para la discordancia de género. Este tipo de cirugías debe realizarse por un especialista experto en pacientes con incongruencia de género.¹⁹

5. EVENTOS ADVERSOS Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO HORMONAL

La terapia hormonal para pacientes transgénero presenta riesgos similares a los de los pacientes con hipogonadismo; el uso de dosis supra fisiológicas incrementa en parte el riesgo de presentar efectos adversos de la terapia.¹⁸ Es por esto que se requiere que siempre sea prescrita por un grupo experto, que se consideren las comorbilidades del paciente y sus antecedentes generales; ya que es más probable que los pacientes con comorbilidades y riesgo cardiovascular alto experimenten efectos adversos o complicaciones de la terapia, tanto la obesidad como el sobrepeso, el tabaquismo, la edad, las cardiopatías, la hipertensión, son condiciones que se deben considerar y balancear a la hora de toma de decisiones.

6. CONCLUSIONES

El término transgénero hace referencia a personas cuya identidad y/o expresión de género no corresponde con el sexo asignado al nacer, existe un gran espectro en la presentación tanto en hombres como en mujeres y es deber de los profesionales de la salud conocer y enfocar correctamente estos pacientes, respetando siempre sus DHSR. Se invita a los lectores a realizar un abordaje desde la consulta médica que incluya la

realización de una historia clínica completa con un examen físico adecuado y recordar que el tratamiento debe ser hormonal y no hormonal, según sea el escenario y los deseos del paciente y siempre guiado por un grupo experto en el tema.

Referencias bibliográficas

1. Tomado de internet. Disponible en: www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/who-europe-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11 Revisado en Noviembre/2020
2. Zapata Pizarro Antonio, Mueña Bugueño Cristina, Quiroz Nilo Susana, Alvarado Villarroel Juan, Leppes Jenkis Francisco, Villalón Friedrich Javier et al . Percepción de la atención de salud de personas transgénero en profesionales médicos y médicas del norte de Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2021 Feb [citado 2021 Dic 05] ; 86(1): 61-67. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000100061&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262021000100061>.
3. Brown GR, Jones KT. Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the Veterans Health Administration: a case- control study. LGBT Health. 2016;3:122-31. [PMID: 26674598]
4. Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud. Universidad de la República Uruguay. Uruguay, Diciembre 2015. 978-9974-0-1323-0
5. Reisner SL, Poteat T, Keat- ley J, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. Lancet. 2016; 388:412-36. [PMID: 27323919]
6. Safer JD, Tangpricha V. Care of the Transgender Patient. Ann Intern Med. 2019 Jul 2;171(1):ITC1-ITC16. doi: 10.7326/AITC201907020. PMID: 31261405
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing
8. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. Int Rev Psychiatry. 2012 Dec;24(6):568-77. doi: 10.3109/09540261.2012.741575. PMID: 23244612.
9. Moreno-Pérez, Ó., & Esteva De Antonio, I. (2012). *Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1). Endocrinología y Nutrición, 59(6), 367–382.*doi:10.1016/j.endonu.2012.02.0
10. Sánchez Planell L. Psychopathological disorders in intersexual states. En: Martínez-Mora J, editor. Textbook intersexual states. Disorders of sex differentiation. Barcelona: Ediciones Doyma; 1994. p. 369-78
11. W.C. Hembree, P. Cohen-Kettenis, H.A. Delemarre, L.J. Gooren, W.J. Meyer III, N.P. Spack, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine

- Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 94 (2009), pp. 3132-3154.
12. W.C. Hembree, P. Cohen-Kettenis, H.A. Delemarre, L.J. Gooren, W.J. Meyer III, N.P. Spack, *et al.* Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 94 (2009), pp. 3132-3154.
 13. Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I. Ser transexual. Barcelona: Editorial Glosa; 2006 (ISBN 84-7429-267-0).
 14. R. Ettner, S. Monstrey, E. Eyler. Principles of transgender medicine and surgery. Haworth Press, (2007)
 15. The World Professional Association for Transgender Health (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (7th version)
 16. R. Dittrich, H. Binder, S. Cupisti, I. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. Hoffmann, *et al.* Endocrine treatment of male-to-female transsexuals using gonadotropin-releasing hormone agonist. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 113 (2005), pp. 586-592
 17. Moreno-Pérez O. Transexualidad: control del tratamiento. En: Función androgénica en el laboratorio. Editado por: Comité de Comunicación de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular, 2010 (ISBN: 84-89975-40-X).
 18. Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93:19-25.
 19. Cantini JE, Sierra AM. Disforia de género. Grupo de disforia de género Hospital San José. Pag 109-119, 183-200, pag 223-235.
 20. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Nov 1;102(11):3869-3903.