



Boletín SOCHEG

Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica



Diversidad de sexo genérica

Edición N° 14, Septiembre 2024

ISBN - 207854

www.socheg.org



Comité Editorial ▶

● Director Boletín:

Dr. Patricio Barriga P.

● Comité Científico:

Dr. Patricio Barriga P.
Dr. Sergio Brantes
Dra. Marcela López
Dra. Paula Vanhauwaert

● Comité Editor:

Dra. Marcela López
Dr. Sergio Brantes
Dr. Arnaldo Porcile

Directorio SOCHEG 2023-2024:

Dr. Patricio Barriga P.
(Presidente)

Dr. Rafael Ríos S.
(Secretario General)

Dr. Sergio Brantes G.
(Tesorero)

Dr. Pablo Lavín A.
(Prosecretario)

Dra. Pilar Valenzuela M.
(Directora)

Dra. Sonia Villa V.
(Directora)

Dra. Paulina Villaseca D.
(Directora)

Dra. Marcela López P.
(Paspresidente)

Boletín SOCHEG

Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica

Diversidad de sexo genérica

- ▶ Prólogo 2
- ▶ Diversidad sexo genérica: visibilidad, acceso y equidad en salud 3
- ▶ Aproximación a niños/niñas con diversidad sexo genérica 5
- ▶ Cómo enfrentar la consulta ginecológica de adolescentes y personas de género diverso 8
- ▶ Opciones de anticoncepción para usuarios/usuarios de género diverso 12
- ▶ Opciones de fertilidad para parejas lesbianas: Superando obstáculos para la maternidad 15
- ▶ Opciones de fertilidad para parejas homosexuales 17
- ▶ Opciones de fertilidad en personas trans 18
- ▶ Acompañamiento psicológico para personas trans 21
- ▶ Opciones de control de salud en personas trans, riesgos de la Terapia Hormonal 22

En abril de este año, el Servicio Nacional de Salud Inglés (NHS), publicó el reporte Cass que tuvo como fin evaluar la evidencia científica del enfoque clínico y terapéutico de niñas, niños y adolescentes (NNA) con disforia de género, concluyendo que no existe una base científica confiable para tratar a los menores inhibiendo el desarrollo puberal y que sus efectos secundarios superarían los beneficios. Como consecuencia, algunos NNA han visto interrumpido su tratamiento de afirmación de género. Esto ha producido una gran confusión y angustia en las familias de NNA con disforia de género y, más aún, podría producir consecuencias psicológicas importantes en estas personas.

Como médicos especialistas que acompañamos y tratamos pacientes de género diverso, creemos firmemente que las personas trans y de género diverso merecen acceder a los tratamientos y cuidados que requieran y que, muchas veces, estos tratamientos son tan relevantes que podrían salvar vidas. Así mismo, creemos que todo tratamiento y acompañamiento a NNA trans y de género diverso debe ser realizado de manera integral y con la mejor evidencia médica disponible.

En este sentido, resulta muy importante señalar que el reciente informe Cass no contiene ningún estudio nuevo que contradiga las recomendaciones realizadas ampliamente por múltiples sociedades científicas médicas a lo largo del mundo, dichas guías se han desarrollado con una basta investigación clínica, incluyendo numerosos estudios para el manejo de la población de NNA con género no conforme. En nuestro país, también se han desarrollado directrices basadas en la mejor evidencia disponible para el acompañamiento, asesoría y tratamiento de NNA con disforia de género.

Si bien es cierto, los conocimientos científicos continúan avanzando y aportando más información, mientras se sigue desarrollando la mejor evidencia para el cuidado de estos pacientes, nuestra prioridad como médicos especialistas debe ser siempre el preservar el bienestar físico, psicológico y emocional de nuestros pacientes con disforia de género.

La comunidad de lesbianas, gay, bisexuales, transgéneros, queers, intersexuales y asexuales+ (LGBTQIA+) ha enfrentado siempre el prejuicio, discriminación y estigma; y esto también incluye al personal de salud. El estigma hacia la comunidad LGBTQIA+, definido como el proceso social de encasillar o clasificar, estereotipificar, y rechazar las diferencias humanas como una forma de control social (1), ha creado un ensayo de barreras estructurales en el cuidado que puede prevenir que las personas LGBTQIA+ accedan a recibir una salud de calidad. El legado de la patologización (o reconocimiento injusto de alguien o algo como un problema médico) de las identidades LGBTQIA+ y los comportamientos siguen afectando a personas LGBTQIA+.

A pesar de importantes mejoras, las personas LGBTQIA+ todavía enfrentan la marginación interseccional, la discriminación en la atención sanitaria y en políticas que afectan el acceso a la atención médica y en la construcción familiar, y el estigma social que rodea a las familias LGBTQIA+ y la crianza de sus hijos. Esto conduce a pobres experiencias del paciente, genera un trauma emocional y se produce una disminución del acceso a atención médica.

El incorporar una perspectiva de diversidad en el abordaje sanitario está en consonancia con las consideraciones internacionales sobre la noción de integralidad en salud desde una perspectiva de derechos, que ha incorporado específicamente a la salud sexual y reproductiva y a la no discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género (Observación General N° 14 y N° 20 del Comité Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de Naciones Unidas). En este marco, es ineludible la referencia a los "Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género", un instrumento que establece pautas para que las Naciones Unidas y los gobiernos avancen hacia garantizar el alcance universal de las protecciones a los derechos humanos. Allí se establece el derecho al disfrute de la salud (Principio 17) y a la protección contra abusos médicos (Principio 18). También de modo reciente en la región, en 2013 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso potencial y la utilización de los servicios de salud por parte de personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans, señalando que el acceso universal requiere abordar los obstáculos políticos, socioculturales e históricos a la atención en salud de quienes integran grupos poblacionales estigmatizados.

Las políticas públicas sobre sexualidades LGBTQIA+ en Chile han pasado de una invisibilización intencionada hasta un reciente posicionamiento identitario. Esto se relaciona con las luchas de diferentes colectivos sociales en el país y con el avance de las discusiones sobre derechos sexuales en la región latinoamericana.

Esta situación es relevante, pues la persecución histórica hacia el colectivo de personas LGBTQIA+ en dictadura fue una práctica habitual, ya que atentaba contra el orden y una idea de ciudadanía heterosexual. El área de salud fue una de las primeras en generar acciones públicas en la materia.

Así, la categoría de diversidad sexual se ha ido posicionando como un derecho, pero a la vez, ha ido estableciendo regulaciones respecto de cuáles son las prácticas legitimadas de ser/hacer de las personas LGBTQIA+. Los últimos estudios que han analizado la cuestión de la salud en personas no heterosexuales han criticado la ausencia de formación de profesionales, junto con la escasez de participación de colectivos LGBTQIA+ en el diseño de políticas públicas. Además, se ha señalado la vulneración persistente del principio de igualdad y no discriminación en la atención en salud y cómo, en el diseño de políticas públicas, se mantiene un paradigma biomédico, lo que repercute negativamente en esta población.

En Chile aún estamos al debe, ya que no existe aún ninguna ley que regule las técnicas de reproducción asistida (TRA); y por ende, que el estado genere garantías para el acceso a todas persona que lo necesite a TRA. Las leyes han ido cambiando el pro de garantizar los derechos fundamentales, como la igualdad ante la ley, la no discriminación y la protección de la vida privada y familiar; sin embargo, aun estamos al debe con procurar los derechos sexuales y reproductivos de todos los chilenos, y por ende de la diversidad sexual.

Actualmente la "Guía para el estudio y el tratamiento de la infertilidad" del MINSAL publicada el 2015, tiene la definición antigua de infertilidad que considera sólo a la pareja (conformada por un hombre y una mujer) como sujetos de parte del problema. La nueva definición tiene como el foco la persona y considera que si esta persona no tiene pareja y necesita un donante, ahora es considerada infértil y agrega a la definición la "incapacidad de lograr un embarazo por sí solo". Esta nueva definición sale de la heteronorma y centra el problema en la persona, independiente de tu género o identidad sexual, lo que nos obliga también a cambiar el enfoque para actualizar las políticas y guías clínicas locales.

La misión de nosotros como profesionales es brindar un espacio seguro para todos nuestros pacientes, creemos un espacio inclusivo y apropiado para todos; mejoremos la experiencia del paciente LGBTIQ+, usemos lenguaje inclusivo cuando nos enfrentemos a personas LGBTIQ+, eduquemos a todo el personal que trabaje en atención a pacientes, para que rija el respeto, la contención y la empatía para no discriminar a nadie; y mejoremos la educación para los profesionales de salud respecto a la salud de personas LGBTIQ+ y sus necesidades.

Aproximación a niños/niñas con diversidad sexo genérica

► Dra. Paz Quinteros R.

Por **identidad** entendemos las particularidades que posee un individuo, aquellas que percibe de sí mismo; esto puede coincidir o no con cómo lo perciben los demás. La identidad la formamos a partir de nuestras características biológicas sumado a las interacciones sociales (familia, entorno) que realizamos a lo largo de la vida. La consolidación de la identidad es una tarea **continua**, un proceso llevado a cabo a través de todo el desarrollo humano. La identidad es un principio organizativo que da un sentimiento de persistencia del sí mismo (mismidad) y permanencia histórica en el tiempo (continuidad) en cuanto a la experiencia presente, pasada y futura y en distintos ambientes. La **Identidad de género (IG); es parte de la identidad**. Es la experiencia íntima, interna e individual del género en cada persona, la cual puede o no corresponder al sexo asignado al nacimiento. El género no es un constructo binario; es como la mayoría de los aspectos del ser humano un continuo con diversas variaciones.

Desarrollo de la IG

El origen del proceso de adquisición de la identidad es el sexo asignado; al momento de decir "es niño o niña" surgen intuitivamente las diversas influencias familiares, culturales y sociales sobre esa persona. La IG se desarrolla en etapas, aproximadamente a los dos años los menores toman conciencia de las diferencias físicas entre hombres y mujeres. A los tres la mayoría se identifican a sí mismos como hombres o mujeres y a los cuatro años logran un sentido estable de la IG. Alrededor de los 6 a 7 años los niños, niñas y adolescentes (NNA) comienzan a apreciar el género como una identidad independiente de las características externas; aparece la noción de conservación, de comprender que el sexo y género es estable. A los 11 aparece la identidad como concepto abstracto. Investigaciones recientes han sugerido que algunos niños pueden reconocer un grado de "desajuste" entre su identidad de género y su sexo asignado ya entre los 2 y 3 años de edad.

La **diversidad sexo-genérica** supone un espectro que integra diferentes posiciones subjetivas comúnmente denominadas bajo la categoría de transexualidad. Los paradigmas sobre la sexualidad distinguen sexo, identidad de género y orientación sexual, siendo todas cualidades distintas de una persona. **Transgénero** es un concepto utilizado para nombrar a las personas que tienen un género distinto al que se les asigna al nacer, donde la cualidad femenina o masculina de una persona va más allá de su cuerpo, pudiendo sentir o no disconformidad o disforia con respecto a este.

El cómo se expresa esta diversidad es muy variable. La medicina en un enfoque categorial ha hecho diversos intentos de conceptualizar este tema y se ha ido renovando en gran parte impulsada por las personas que viven esta situación. La OMS a través de la "Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad" (CIE 11) lo nombra **Discordancia de género** y la American Psychological Association (APA), en la 5° edición de su Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) **Disforia de género**.

Ambos lo describen como diagnósticos clínicos, lo cual en la actualidad es preciso para preservar acceso a los servicios y seguros médicos. Existe además una mirada crítica a este quehacer planteando que se está patologizando al semejar estos rasgos como enfermedades y muchas organizaciones promueven el reconocimiento del derecho a la salud y la atención sanitaria, desde un marco de derechos humanos, sin necesidad de un diagnóstico. La disforia de género desde un enfoque no diagnóstico se refiere al malestar social por la identidad de género trans.

Algunas definiciones:

- **Sexo o género asignado al nacer:** sexo (femenino o masculino) asignado al momento de nacer por genitales externos o antes por cromosomas.
- **IG no binaria:** persona de cualquier sexo designado al nacer que tiene una identidad de género que no es exclusivamente masculina o femenina, puede ser una combinación de ambas, algo completamente diferente o fluido.
- **Expresión de género:** cómo se presenta el género al mundo exterior (por ejemplo, femenino, masculino, andrógino).
- **"Transgénero" ("trans" como abreviatura):** término general que se utiliza para describir a personas cuya identidad de género es diferente de su sexo designado al nacer. "Transgénero" se utiliza como adjetivo ("personas transgénero"). **Hombre transgénero/individuo transmasculino:** persona con IG masculina a quien se le designó sexo femenino al nacer. **Mujer transgénero/individuo transfemenino:** persona con IG femenina a quien se le designó sexo masculino al nacer.
- **Orientación sexual:** el patrón de excitación física y emocional de un individuo (incluidas fantasías, actividades y comportamientos) y el género de las personas por las que un individuo se siente atraído física o sexualmente (gay/lesbiana, heterosexual, bisexual).
- **Intersexual:** una persona cuyo sexo biológico es ambiguo. (No es sinónimo de transgénero).
- **Diversidad de género:** variación de la norma cultural en la identidad de género, la expresión o el comportamiento del rol de género (por ejemplo, en la elección de ropa, peinado, juguetes, compañeros de juego). La "diversidad de género" reconoce el espectro de identidades de género y reemplaza la "inconformidad de género", que tiene connotaciones negativas y excluyentes.

Referencias

- 1) Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address: asrm@asrm.org. Inclusive language and environment to welcome lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, questioning, intersex, and asexual+ patients. Fertil Steril. 2024 Jun;121(6):954-960. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2024.01.031. Epub 2024 Feb 29. PMID: 38430081.
- 2) Marcela Schenck. Incorporación de la diversidad genérico-sexual en salud: claves teóricas para un modelo analítico. Revista de la Facultad de Derecho, (45), 2018, e20184512 DOI:10.22187/rfd2018n45a12 ISSN 0797-8316 / eISSN 2301-0665.
- 3) ABORDAR LAS CAUSAS DE LAS DISPARIDADES EN CUANTO AL ACCESO Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LAS PERSONAS LESBIANAS, HOMOSEXUALES, BISEXUALES Y TRANS Documento de exposición de conceptos. CD52/18 (Esp.) 30 de septiembre del 2013 ORIGINAL: INGLÉS.
- 4) Catherine Galaz, Catalina Álvarez Martínez-Conde, Rodolfo Morrison. SALUD Y POBLACIÓN LGBTI+ EN CHILE: DESDE LA INVISIBILIDAD A UN ENFOQUE IDENTITARIO. DOI: https://doi.org/10.22355/exaequo.2021.43.10
- 5) Fernando Zegers-Hochschild, G. David Adamson, Silke Dyer, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Fertility and Sterility Vol. 108, No. 3, September 2017 0015-0282. DOI 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005.
- 6) Cristián Jesam, Francisca Jeria, Daniela Núñez, et al. Técnicas de reproducción asistida en personas del mismo sexo y solas por opción: realidad en Chile 2021. Rev Chil Obstet Ginecol. 2022;87(1):62-67.

Proporciones estimadas

La investigación disponible destaca puntos clave: Un número cada vez mayor de NNA busca atención para la evaluación y tratamiento de la disforia de género. Un número cada vez mayor de NNA acuden a clínicas de género con identidades no binarias.

Aunque muchos NNA a veces se comportan o visten fuera de las normas típicas de género, no todos llegarán a desear una transición física o social de género en la adolescencia o la edad adulta. Los estudios para ver cifras al respecto se dividen en tres grupos: 1) aquellos que informaron proporciones de personas de género diverso entre las o los inscritos en centros de salud 2) aquellos que presentaron resultados de encuestas de población de participantes predominantemente adultos; y 3) aquellos que se basaron en encuestas de NNA hechas en escuelas.

De acuerdo con la **Encuesta nacional de salud, sexualidad y género ENSSEX 2022/2023**; realizada el 2022 en Chile, de Tamaño Muestral 20.392 personas adultas; un 1% de la muestra se identifican como transgénero o no binario. A la pregunta de síntomas asociados a ansiedad y depresión según IG los jóvenes transgénero de 18 a 29 años describen un nivel significativamente más alto de síntomas que el cis género.

En revisiones internacionales la proporción de niños y adolescentes con Disforia de género reportada oscila entre 1,2% y 2,7%, dependiendo de factores como la composición de la cohorte del estudio, la edad, demografía y enfoque metodológico. Si se incluyen manifestaciones más amplias de diversidad de género, las proporciones correspondientes son mayores llegando a 8,4% entre NNA. En diversas publicaciones se describe un incremento al doble o triple de las referencias de NNA a servicios especializados en género en muchos países. Es probable que este aumento sea aparente y presumiblemente como resultado de una disminución del estigma, que se asocia con una mejora en conocimientos y servicios.

REVISION CASS: ("Revisión independiente de los servicios de identidad de género para niños y jóvenes: informe final") es una revisión entregada en abril de 2024 que fue encargada por el NHS (Servicio Nacional de salud de Inglaterra). Este informe no es una revisión sistemática. Se plantea que el objetivo de ésta es hacer recomendaciones que garanticen que los niños y jóvenes que se cuestionan su IG o experimentan disforia reciban un alto nivel de atención. La Dra. Cass resume "Es absolutamente correcto que los niños y jóvenes, que pueden estar lidiando con una gama compleja de problemas relacionados con su IG, obtengan el mejor apoyo y experiencia posibles durante su atención"; cree que ningún grupo LGBTQ+ debería estar sujeto a prácticas de conversión. Y emite dudas sobre el uso de bloqueadores de la pubertad, pero no describe las robustas evidencias de su uso positivo para la salud mental en NNA con discordancia de género.

Condiciones médicas asociadas:

Estos NNA muestran niveles más altos que lo esperado de trastornos del espectro autista, déficit atencional, ansiedad, depresión, suicidio, autoagresiones y experiencias adversas en la niñez.

- **Suicidio.** En revisión sistemática de años de investigación (2004-2014) sobre suicidio y salud mental LGBT se concluyó que la suicidalidad es un problema mayor en estas poblaciones, con presencias de entre 20% a 50% de comportamientos suicidas, siendo estos hasta siete veces más probables en personas de la diversidad sexual que en heterosexuales y cisgénero. Asimismo, se ve que la falta de apoyo social es nociva en la salud mental de las personas LGBT. Además, algunas de las investigaciones presentan evidencia respecto al rol mediador de la aceptación o rechazo familiar de la IG y orientación sexual respecto del riesgo suicida coincidiendo con el planteamiento de que adolescentes LGBT que viven rechazo familiar serían ocho veces más propensos a intentar suicidarse.

- **Autismo.** Varios estudios muestran que los síntomas del trastorno del espectro autista (TEA) están sobrerrepresentados entre las personas transgénero. La tasa de TEA entre la población general se estima en alrededor del 1% . Se han informado cifras a nivel clínico de sintomatología del TEA en adultos transgénero entre el 5% y el 20%. Sin embargo, se ha planteado que los déficits sociales entre personas transgénero jóvenes pueden ser secundarios al ostracismo social y no debido a un TEA subyacente.

Manejo:

El protocolo de tratamiento más aceptado está basado en los estándares propuestos por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH), que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial; la última publicada es la 8° versión. (3) La **postura o terapia afirmativas** (affirmative therapy en inglés) es una aproximación a la terapia que fomenta una visión despatologizante de las identidades lésbica, gay, bisexual, trans e intersexual. Un concepto fundamental de este enfoque es que la diversidad de género no es una enfermedad mental. No es apropiado patologizar las conductas del niño o adolescente ni asignarle un diagnóstico. Con la ayuda de la psicoterapia afirmativa, algunas personas pueden integrar sus sentimientos de diversidad de género en el género designado al nacer; otros pueden aliviar su disforia de género mediante cambios en el rol y la expresión de género. Desde esta perspectiva el profesional acompaña al menor y le ayuda a vivir en congruencia con el género sentido sin cuestionarlo ni presionarlo. Es una Terapia género afirmativa. Diversas organizaciones internacionales sugieren la Terapia afirmativa de género; por ejemplo: la AAP (American Academy of Pediatrics), el Center of Excellence for Transgender Health de la University of California, San Francisco; la AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) y la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) entre otras.

Importante es la cuestión de la salud mental tras la transición social. Hay escasa literatura que estudie el efecto de la transición social prepuberal. **Un estudio examinó 73 niños prepúberes que eran transgénero de forma binaria y a los que se les permitía transición social.** Los padres de estos niños completaron escalas para ansiedad y depresión en un momento no especificado después de la transición. Los datos revelaron que estos niños tenían niveles notablemente más bajos de psicopatología internalizante que las reportadas anteriormente para niños que no hicieron la transición. Además, los niños en transición social en este estudio mostraron niveles normales de depresión en el desarrollo y sólo mínimamente elevados niveles (subclínicos) de ansiedad. Se debe señalar que las familias del estudio tenían ingresos relativamente altos, lo que plantea la cuestión de si esta cohorte es representativa de una población más amplia.

El trabajo sugiere que los niños en transición social tienen mejores métricas de salud mental que los niños que no hicieron una transición social; obviamente se necesitan más investigaciones futuras.

Manejo hormonal y avances en salud mental:

Diversos estudios muestran avances en la salud mental en adolescentes trans que recibieron tratamiento hormonal y/o terapia afirmativa de género. Un estudio realizado en 104 jóvenes transgénero de entre 13 a 20 años; los cuales, al inicio se caracterizaban por presentar un 56,7% de depresión moderada a grave, un 50,0% ansiedad de moderada a grave y 43,3% reportaban autolesiones o pensamientos suicidas. Al final del estudio, 69 jóvenes (66,3%) habían recibido bloqueadores de la pubertad u hormonas afirmativas de género o ambas intervenciones, mientras que el 33,7 de los jóvenes no habían recibido ninguna de las dos. El resultado muestra 60% menos probabilidades de depresión y 73% menos probabilidades de suicidalidad entre los jóvenes que habían iniciado bloqueadores de la pubertad u hormonas afirmativas de género en comparación con los jóvenes que no lo habían hecho.

Destransición:

Una pregunta recurrente de los padres que acuden a consulta es la probabilidad de que su hija o hijo desista en este proceso. Es imposible predecir con certeza si la diversidad de género en un NNA en particular permanecerá hasta la adultez. La persistencia de disforia de género en la edad adulta es más probable cuando se ha mantenido desde la niñez a la adolescencia. La destransición luego de transición social es poco común. Al respecto se ha identificado algunos elementos de mayor probabilidad de persistencia: sexo femenino al nacer, intensidad (especialmente si es temprana) y mayor duración de la disforia.

Referencias

- 1.- SEEN - Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Antonio Becerra Fernández, Gilberto Pérez López. 2023. Manual de Medicina Transgénero Ed Médica Panamericana.
- 2.- Espinoza, Macarena, Fernández, Olga María, Riquelme, Natividad, & Irrarrázaval, Matías. (2019). La Identidad Transgénero en la Adolescencia Chilena: Experiencia Subjetiva del Proceso. *Psykhé* (Santiago), 28(2), 1-12. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.28.2.1425>
- 3.- Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Suppl 1):S1–259.
- 4.- Tomicic, Alemka, Gálvez, Constanza, Quiroz, Constanza, Martínez, Claudio, Fontbona, Jaime, Rodríguez, Juliana, Aguayo, Francisco, Rosenbaum, Catalina, Leyton, Fanny, & Lagazzi, Iside. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723-733. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>
- 5.-Turban JL, de Vries ALC, Zucker KJ, Shadianloo S. Transgender and gender non-conforming youth. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2018.
- 6.- Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Netw Open*. 2022;5(2):e220978. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.0978

Introducción

Durante la interacción con personas operan mecanismos inconcientes y automáticos que nos pueden hacer caer, sin darnos cuenta, en tratos inadecuados y prejuiciados. Esto es especialmente complejo en la medicina, dado que del buen desarrollo de la relación médico-paciente depende que se obtengan datos relevantes en una anamnesis, que se optimice la adherencia a determinados tratamientos y -en algunas circunstancias- se logre el necesario vínculo terapéutico. Es fundamental reconocer los propios sesgos para no dejarnos llevar por ellos, y lograr una atención que nos permita acoger al paciente, desarrollar de manera adecuada el proceso clínico y protegernos tanto a nivel de autocuidado como en el aspecto medicolegal.

Uno de los principales sesgos inconcientes es el sesgo binario: aprendemos desde la biología, con un dimorfismo sexual humano absoluto macho/hembra, hombre/mujer. Por consiguiente, y como si fuera una consecuencia natural y única de la biología, se nos enseña que existen dos géneros: femenino y masculino.

La propia biología ya da cuenta de que este binarismo no es absoluto en la naturaleza humana, dado que cada año nacen múltiples personas intersex. Si bien a estas personas aún se las nombra desde la medicina como pacientes con trastornos de la definición y diferenciación sexual, desde las organizaciones sociales se aboga por abandonar este concepto por considerar que patologiza esta condición.

La identidad de género aparentemente depende de más factores que la sola biología, por lo que -como cabe esperar- tiene más versatilidad en su desarrollo y vivencia. Actualmente existen diversas opiniones al respecto, llegando incluso a haber posturas que consideran que el género en sí mismo no sería una dimensión real de la identidad de la persona sino simplemente un constructo social.

A los profesionales de la salud no nos compete zanjar dicha discusión, sino simplemente tener una aproximación competente y compasiva hacia los y las pacientes que nos toque atender durante nuestro desarrollo profesional.

A ese sesgo le sigue muy de cerca la heteronorma, que se refiere a asumir que cada persona es heterosexual y que, por tanto, su actividad sexual se limita a tener encuentros con el sexo opuesto.

El problema concreto de operar con los sesgos descritos es que podemos tratar a la persona que atendemos de una manera que no se sienta cómoda y, por tanto, entorpecer el proceso de anamnesis y examen físico y disminuir su adherencia a controles y tratamientos, y también podemos alterar inconcientemente nuestro juicio médico al momento de traspasar información relevante e indicar exámenes y tratamientos necesarios.

Además del sentido común y los valores universales del buen trato, sin duda contar con guías basadas en la evidencia disponible es una gran herramienta para definir qué acciones tomar al momento de enfrentar escenarios para los que no necesariamente fuimos preparados. Pasamos ahora a revisar algunos conceptos útiles.

El enfoque afirmativo

Contrario a lo que se pueda pensar, el enfoque afirmativo en salud no incluye necesariamente terapias, sino que apunta a que la persona se sienta valorada y adecuadamente atendida en su propia identidad de género y orientación sexual. Esto abarca desde el respetar su nombre social y sus pronombres hasta efectuar con naturalidad y responsabilidad las acciones médicas que cada paciente requiera para mantener su salud.

Uno de los momentos que más ansiedad causa a los profesionales al momento de enfrentar la consulta de una persona trans o no binaria es el cómo dirigirse a ella. Una estrategia muy sencilla para subsanar esta inseguridad, salvaguardando el trato adecuado, es preguntarle al/la paciente cómo quiere que le digamos. Si ante esa pregunta menciona un nombre discordante al género consignado en la ficha, o un nombre neutro, pasamos a preguntar qué pronombres utiliza. Si alguien llegara a molestarse con esta pregunta, se explica con toda naturalidad que es una pregunta realizada en forma cotidiana con el único fin de tratar a cada persona como más le acomode.

Al atender pacientes no binarios, es frecuente que a muchos/as profesionales les cueste el pronombre neutro y sus respectivas derivaciones. Para disminuir el uso de estas palabras sin faltar el respeto a la identidad de la persona, un recurso de gran utilidad es tener en mente un repertorio de palabras y frases que no impliquen derivaciones masculino-femeninas y, por tanto, tampoco necesiten ser utilizadas en modalidad neutra al momento de conversar, por ejemplo:

- *Utilizar la palabra feliz en vez de contento/a*
- *Conjugar el verbo "acomodar" en lugar de utilizar el adjetivo "cómodo/a"*
- *Consultar "¿tiene(s) alguna cirugía?" en lugar de "¿has sido operado/a de algo?"*

Además, múltiples ejemplos similares que permiten sostener conversaciones largas y completas minimizando el uso de pronombres y sus derivados. Esto se va haciendo más sencillo con la práctica.

Otro tema que causa incomodidad y confusión se da en casos en que la identidad de género de la persona sea discordante con su aspecto, porque pudiera ocurrir que instintivamente la tratemos con el pronombre correspondiente a su aspecto. Una estrategia fácil para subsanar este problema es mantener a la vista (de manera ojalá no tan evidente para el/la paciente) un símbolo o palabra que nos recuerde el pronombre a utilizar. Si por el motivo que fuera incurrimos en un error en cuanto al nombre o al pronombre, corresponde disculparse y seguir con la atención. El persistir e insistir con el error y la disculpa suele producir ansiedad en tratante y paciente y entorpecer el proceso de atención.

Al momento de recopilar datos anamnésicos y realizar, se debe intentar utilizar conceptos médicamente correctos, pero con la menor carga femenino-masculina que sea posible.

A modo de ejemplo, hablar de vulva en vez de "genitales femeninos" y pene en vez de "genitales masculinos", o bien simplemente "genitales". Otros ejemplos serían hablar de pecho en vez de mamas, vello facial en vez de barba, y un largo etcétera que podemos ir puliendo con la práctica.

No está recomendado bajo ninguna circunstancia preguntar por el nombre previo en caso de que ya se haya realizado el cambio de nombre legal, ni utilizar frases como "naciste mujer y ahora eres ser hombre", o "quieres ser mujer", por cuanto desconocen la identidad de la persona y en diversas encuestas han mostrado aumentar los índices de ansiedad y disminuir la adherencia a los controles de salud.

Si por algún motivo médico necesitamos saber los órganos que posee la persona y no podemos deducirlo por otros datos aportados, podemos preguntar justamente eso: ¿qué órganos tienes? ¿Útero, pene, testículos, mamas?

Es un enfoque descriptivo y por tanto médicamente correcto, y a la vez más amable y respetuoso.

El desarrollo puberal y la vivencia menstrual

Dado que cada persona es diferente y tiene una vivencia única, no parece pertinente hacer recomendaciones generales respecto a qué hacer frente al desarrollo puberal y a la menarquia. Sí hay que considerar, sin embargo, que frecuentemente los cambios puberales son vividos con angustia, pudiendo incluso emerger una disforia franca en personas trans y no binarias. Los cambios puberales pueden retrasarse de manera completamente reversible con análogos de GnRH, experiencia que conocemos ampliamente de otras situaciones clínicas, principalmente la pubertad precoz central de origen idiopático. Siendo así, diferir la pubertad es algo que debemos considerar en casos de aflicción importante, dado que permite profundizar la evaluación, no exponer al paciente a una angustia que pudiera desencadenar o profundizar cuadros anímicos (incluso ideas suicidas).

En caso de ocurrir un arrepentimiento, lo que es muy improbable si la identidad de género se inició en la infancia y persiste hasta la pubertad, contamos con la tranquilidad de que el efecto del fármaco es transitorio.

En caso de personas trans y no binarias con útero en que (por la razón que sea) no se haya detenido la pubertad, la experiencia de menstruar puede ser tremendamente compleja. Dado que dentro de nuestro quehacer ginecológico realizamos bloqueos de sangrado de manera frecuente frente a sangrados uterinos anómalos utilizando anticonceptivo u otros medicamentos hormonales, negarnos a realizarlo por efectos de identidad de género constituye un acto de discriminación arbitraria.

Cabe recalcar que ni el diferir la pubertad ni el bloqueo puberal constituyen parte de la terapia de adecuación corporal, por cuanto son 100% reversibles. Por lo mismo, tampoco tendría beneficios postergar estos tratamientos por temor a un eventual arrepentimiento.

Existen también casos en que la persona no desea supresión puberal ni menstrual. En dichas situaciones cabe acompañar y supervisar el proceso de la pubertad, asesorar en cuanto al uso de productos menstruales (en muchas oportunidades hay incomodidad por la estética estereotipadamente femenina de éstos) e indagar y eventualmente estudiar o tratar molestias asociadas al desarrollo y/o al sangrado, como haríamos con cualquier paciente.

Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazo no deseado

Si bien no hay datos nacionales, encuestas muestran que las personas género-diversas y de orientación sexual no heterosexual reciben menos información que sus pares en cuanto a la prevención de los riesgos del sexo no protegido.

El motivo de esto es desconocido y probablemente obedezca a causas múltiples, pudiendo en parte deberse al sesgo binario y hetero-normado anteriormente mencionado. El hecho concreto es que la información recibida es menor incluso en pacientes que adhieren a controles en unidades especialmente dedicadas a diversidad sexo-genérica.

Otros factores pueden tener que ver con la discriminación y la marginación que estas poblaciones han sufrido por décadas: a modo de ejemplo, es un hecho lamentablemente sabido la alta proporción de mujeres trans que han sido explotadas sexualmente frente a la falta de oportunidades

laborales y la poca acogida en sus familias y entornos de origen, lo que constituye en sí mismo un factor de riesgo para contraer ITS. La anticoncepción: será tratada en el capítulo siguiente (N°5).

Respecto a los métodos para evitar ITS, se aconseja traspasar la información de manera descriptiva, refiriéndose al tipo de contacto sexual y a la prevención específica que éste requiere. Ésta no es una recomendación exclusiva para personas que pertenezcan a la diversidad sexo-genérica: toda persona debiera recibir información completa respecto a prácticas sexuales seguras de toda índole, por cuanto cualquier persona puede tener contactos sexuales de distinto tipo en diferentes momentos de su vida y, además, cualquier persona que reciba información correcta puede ayudar a informar correctamente a su entorno.

Al momento de describir los tipos de contacto sexual idealmente se debe utilizar lenguaje con menor carga femenino/masculina, siguiendo la lógica ya expuesta para anamnesis y examen físico. A continuación, se presenta un listado de la prevención específica de cada tipo de contacto sexual:

- **Penetración peneana vaginal o anal: condón interno (previamente también llamado vaginal o “femenino”) o externo (peneano o “masculino”) de látex u otro material.**
- **Sexo oral a un pene: condón externo (látex u otro material).**
- **Sexo oral a zonas vulvar o anal: dique bucal (látex u otro material).**
- **Digitalización (penetración digital) vigorosa que pueda producir lesiones, o bien contacto con lesiones de las mucosas o con sangre menstrual: guantes de látex u otro material.**

Screening habituales en ginecología

Cada persona debe tener la oportunidad de hacerse los testeos que correspondan según su edad, los órganos que posea y el inicio o no de actividad sexual. Cabe destacar que el inicio sexual se refiere a cualquier contacto con mucosa oral o genital y/o con fluidos genitales, sin que sea necesaria la ocurrencia de una penetración peneana para considerarse que una persona ha iniciado su vida sexual.

A continuación, un resumen de los tamizajes ginecológicos:

- *Según recomendaciones de la CDC (Centers for Disease Control and Prevention), debiera hacerse un screening de Chlamydia Trachomatis y Neisseria gonorrhoeae a cualquier persona con útero y menor de 25 años que haya iniciado actividad sexual, en forma anual.*
- *El Papanicolaou debe iniciarse a los 25 años en personas con cérvix y que hayan iniciado actividad sexual, recomendándose agregar un testeo de virus papiloma humano por PCR desde los 30 años. Es altamente probable que dichas indicaciones estén prontas a cambiar en la medida en que se va acumulando evidencia respecto a la superioridad del testeo con VPH. En caso de personas con compromiso inmunitario crónico, la indicación es partir antes de la edad habitual, sin que existan guías claras del momento de inicio.*

Es habitual que exista ansiedad respecto al examen con espéculo de una persona que no haya tenido sexo penetrativo, pero la experiencia muestra que en la gran mayoría de las veces se logra una visualización adecuada con un espéculo virginal y una persona bien informada y dispuesta. En caso de que no sea posible realizar un examen ginecológico, existe kits de autotoma validados para toma de PCR para detección de VPH.

- *La mamografía anual, según recomendaciones de la Sociedad de Mastología de Chile, debiera partirse a los 40 años en personas sin mayores factores de riesgo y con desarrollo de glándula mamaria, sea éste por estrógenos endógenos o exógenos. En caso de una persona que se haya realizado una mastectomía, debe realizarse screening si persiste tejido mamario palpable. La ecografía es útil en caso de sospecha clínica y/o tejido mamario denso. Con antecedentes familiares de cáncer de mama u ovario o mutaciones BRCA 1 o 2 se debe evaluar cada caso en particular*

Como ginecólogos/as, podemos vernos frente a la situación de una mujer trans que recurra a nuestra especialidad para realizar sus controles médicos anuales.

Si bien contamos con la formación necesaria para realizar un control de salud general y el chequeo mamario cuando corresponda, es importante transparentar que no contamos con la instrucción y experiencia necesarias para realizar partes fundamentales del control de algunas pacientes:

- *Las mujeres trans deben realizarse tamizaje de patología prostática. Existe discordancia respecto a la edad ideal de inicio, fluctuando entre los 40 y los 50 años según el grupo de expertos al que se consulta. Salvo situaciones específicas en las que se cuente con experiencia en el tema, es prudente derivar alguien que cuente con la formación y pericia para realizar el control de dicha patología.*
- *En caso de pacientes con cirugía genital, podemos encontrar neovaginas de tejido cutáneo o intestinal. En caso de encontrar lesiones en el control de salud no seremos los mejor capacitados para realizar un diagnóstico oportuno y adecuado.*

Reflexión Final

Al analizar en detalle, el control de personas pertenecientes a la diversidad sexo-genérica no difiere mayormente de la atención de cualquier otra persona. Sin duda es necesario reflexionar respecto a los sesgos personales y adquirir práctica respecto a la atención afirmativa, pero éstas son destrezas que están al alcance de todos y todas. La dificultad y falta de conocimientos que muchos/as profesionales refieren tener al momento de atender a personas trans y no binarias se basa más bien en inseguridades respecto a las propias capacidades y a conceptos erróneos respecto a lo que estos pacientes requieren.

Con un poco de reflexión y aclaración de conceptos podemos generar una realidad nacional en que cada persona pueda asistir a una consulta ginecológica con la confianza de recibir un trato digno, amable y una atención médicamente ajustada a sus necesidades.

Referencias

1. Transgender health: an opportunity for global health equity. Selina Lo Richard Horton VOLUME 388, ISSUE 10042, The Lancet P316-318, JULY 23, 2016.
2. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care; Jonathon W. Wanta, MD; Arin Collin, BA; et al JAMA Netw Open. 2022;5(2): e220978
3. Approaches to Vaginal Bleeding and Contraceptive Counseling in Transgender and Gender Nonbinary Patients Schwartz, Amanda R. MD; Russell, Kristen LCSW, MSW; Gray, Beverly A. MD Obstetrics & Gynecology 134(1): p 81-90, July 2019.
4. Ten Things Transgender and Gender Nonconforming Youth Want Their Doctors to Know J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017 Apr;56(4):275-277.
5. Contraception across the transmasculine spectrum Chance Krempasky, FNP-BC, WHNP-BC; Miles Harris, FNP-BC; Lauren Abern, MD; Frances Grimstad, MD, MS. American Journal of Obstetrics & Gynecology FEBRUARY 2020
6. Best practices in LGBT care: A guide for primary care physicians Megan C McNamara , Henry Ng Cleve Clin J Med. 2016 Jul;83(7):531-41.

La existencia de personas trans y género diverso (TGD) se ha documentado a través de la historia en diversas culturas y lugares geográficos, sin embargo, su visibilidad ha sido limitada debido a una serie de razones interrelacionadas que reflejan normas sociales, culturales y políticas.

Estos factores sistémicos han tenido como consecuencia la patologización e incluso criminalización de las identidades diversas, lo que a su vez ha significado, entre muchas otras cosas, un menor acceso a los sistemas de salud. Dentro de las barreras más comúnmente reportadas por la población TGD se encuentran las experiencias de discriminación y la falta de formación de las personas que les atienden. Efectivamente, tanto a nivel nacional como internacional, las temáticas de salud de esta población no han sido incluidas en la formación médica ni de especialidad.

En los últimos años las personas TGD están accediendo con mayor frecuencia a servicios de salud, a la vez que lo hacen a edades más tempranas. Algunas de estas personas lo harán buscando acompañamiento en su transición, mientras que otras lo harán por los clásicos motivos que llevan a cualquier persona a acercarse a un centro de salud, como son los chequeos preventivos o aparición de molestias específicas o enfermedades.

Esto incluye, por supuesto, las atenciones de salud sexual y (no) reproductiva. Corresponde entonces a todo el personal sanitario ser capaz de dar una atención médica de calidad a esta población, lo que no solo significa brindar un trato respetuoso y libre de discriminación, sino también contar con adecuada formación en temas específicos de salud que les pudiesen afectar.

La consejería anticonceptiva para personas TGD sigue los mismos principios de la consejería dirigida a mujeres cisgénero y las opciones anticonceptivas son exactamente las mismas, lo que incluye la anticoncepción de emergencia y la esterilización quirúrgica. No existen contraindicaciones específicas para esta población, lo que refuerza la importancia de proporcionar información certera y completa, el reconocimiento de la autonomía (y autonomía progresiva), la confidencialidad y la toma de decisión compartida.

Necesidad de anticoncepción en personas TGD

Al analizar en detalle, el control de personas pertenecientes a la diversidad sexo-genérica no difiere mayormente de la atención de cualquier otra. Cuando hablamos de anticoncepción en personas TGD, el primer punto a aclarar es que la identidad de género es independiente de la orientación sexoafectiva y de las eventuales prácticas sexuales en las que se participe. Existe la creencia de que los hombres trans, por ejemplo, entablarán relaciones sexoafectivas solo con mujeres cis y por tanto no existiría riesgo de embarazo en este grupo.

Un segundo punto fundamental para tener en consideración es que no todos los hombres trans querrán eventualmente una histerectomía, por lo que la anticoncepción no debe plantearse asumiendo un carácter transitorio.

El tercer punto por desmitificar es la asunción de que las personas TGD asignadas mujer al nacer nunca desearán un embarazo, por lo que el deseo de fertilidad futura debe considerarse al igual que en la población cis.

Existe una enorme diversidad en la forma en que cada persona TGD vive y expresa su identidad y sexualidad, por lo que es fundamental trabajar bajo el "principio de no asumir" y, al mismo tiempo, no cuestionar la identidad en base a la expresión, las terapias hormonales, ni las cirugías que cada cual decide o no obtener. La transición es un proceso de carácter individual y su acompañamiento debe ser siempre personalizado.

Si bien la literatura es acotada, existe consenso de que las gestaciones no planificadas ocurren en personas TGD (asignadas mujer al nacer) y que esto ocurriría, por lo menos en parte, debido a las barreras anteriormente expuestas. Estas barreras se traducen principalmente en falta de información sobre las alternativas anticonceptivas, sus potenciales efectos en la expresión de género y/o su interacción con la terapia hormonal si es que esta se está utilizando. Existen reportes de que tanto personas TGD como profesionales de la salud desconocen las respuestas a estas interrogantes.

Anticoncepción y terapia hormonal con testosterona

1. Posibilidad de embarazo con terapia hormonal con testosterona

Las personas asignadas mujer al nacer que se encuentran con terapia hormonal suelen caer en amenorrea dentro de los primeros meses de uso, lo que puede llevar a la falsa conclusión de que el riesgo de embarazo desaparece. Existen reportes de embarazos no planificados de personas TGD donde hasta el 20% se encontraba en amenorrea por uso de testosterona. Si bien no existen estudios específicos sobre el patrón ovulatorio de esta población, en general el consenso es que la función ovulatoria se ve fuertemente alterada, pero no completamente suprimida, por lo que los escapes ovulatorios son posibles.

2. Riesgo teratogénico de la testosterona

El riesgo teratogénico de la testosterona se encuentra bien documentado y es una información imprescindible de comunicar al momento de realizar consejerías en anticoncepción o sobre deseo de fertilidad futura. Este riesgo es mayor en el primer trimestre de gestación, factor del todo importante si consideramos que las personas en amenorrea pueden tardar en tomar conciencia de una gestación.

3. Efectividad anticonceptiva en uso concomitante de testosterona

No existen estudios específicos sobre la efectividad anticonceptiva de los distintos métodos disponibles en personas usuarias de testosterona. Por la fisiología conocida del mecanismo de acción de estos, en conjunto con los efectos que la propia testosterona produce, no pareciera haber motivos fundados para elegir un método sobre otro en base a efectividad.

4. Riesgo tromboembólico

Se ha reportado un extendido temor por parte de profesionales al eventual aumento de enfermedad tromboembólica en personas usuarias de testosterona que decidan iniciar un método anticonceptivo hormonal. A la fecha, no existe evidencia de que este riesgo efectivamente se encuentre aumentado y la evidencia disponible apunta más bien a que el riesgo es equivalente al de las mujeres cisgénero. Por lo anterior, es fundamental aplicar los mismos criterios de elegibilidad que existen en la actualidad y hacerlos extensivos a la población TGD. No existen recomendaciones específicas sobre la necesidad de solicitar exámenes específicos previo al inicio de anticoncepción, sin embargo, vale la pena recordar que en personas que son usuarias de testosterona puede haber aumento de condiciones de salud que aumenten el riesgo cardiovascular.

5. Efectos sobre la afirmación de género

Muchas personas TGD tienen reparos con el uso de anticoncepción hormonal por su posible disminución del efecto de la testosterona. Si bien es cierto que la anticoncepción hormonal puede tener un efecto antiandrogénico, es poco probable que este afecte de forma significativa la masculinización esperada y no existe evidencia reportada de que esto ocurra.

6. Inserción de DIU / SIU-LNG

La testosterona produce atrofia endometrial y vaginal, lo que puede dificultar la inserción de un DIU/SIU-LNG. Se ha reportado utilidad en el uso de estriol vaginal 2 semanas previo al procedimiento. No existe evidencia de mayor frecuencia de perforación uterina.

Consideraciones especiales de la consejería anticonceptiva en personas TGD

Como se mencionó anteriormente, en términos generales la consejería anticonceptiva de personas TGD sigue los mismos principios que la consejería de personas cisgénero. Esta realidad no es excluyente de que existen algunas consideraciones particulares para esta población. La enorme cantidad de posibilidades en identidades, prácticas sexuales y posibles desencadenantes de disforia son elementos fundamentales para considerar, donde el principio de no asumir resulta gravitante.

1. Uso de lenguaje inclusivo

El lenguaje inclusivo es aquel que busca evitar la invisibilización y/o discriminación de las que algunas personas puedan ser víctimas, mediante el uso de palabras sin sesgos que reflejen visiones prejuiciosas, estereotipadas o discriminatorias. En el caso de las personas TGD, el objetivo es transformar el lenguaje cishetero normado que puede resultar ofensivo, y sobre todo, impedir una correcta comunicación. En la consejería anticonceptiva es gravitante que ambas partes se sientan cómodas en lo que comunican y que se logre obtener información clara y precisa.

Es fundamental que quienes prestan servicios en salud sexual y (no) reproductiva adquieran herramientas para obtener la información relevante que les permita realizar recomendaciones personalizadas y atingentes.

El respeto al nombre social y al pronombre elegido de cada persona es una parte fundamental para lograr una adecuada comunicación, sin embargo, no es lo único a considerar. En lo que concierne al trato personal, es importante respetar el género identitario en todo momento (por ej, un hombre trans es un paciente y no una paciente). Una buena estrategia al transmitir información es utilizar lenguaje género neutral, donde se evita la dicotomía hombre/mujer y la mención de términos como femenino o masculino. También es recomendable evitar palabras típicamente asociadas a un género (como vulva, vagina, mamas, menstruación), que puede producir profundo discomfort en algunas personas TGD (preferir genitales, tórax, sangrado, etc.).

2. Obtención de información médicamente relevante

La obtención de información sobre sexualidad y prácticas sexuales es algo delicado en la mayoría de las personas dado su carácter privado. Esto puede ser aún más sensible en personas TGD considerando que son temas por los que pueden haber sido víctimas de ofensas o discriminaciones previas. Una buena estrategia para iniciar la conversación es declarar a priori que se procederá a realizar preguntas privadas y que estas se realizarán con el fin de entregar las mejores recomendaciones de salud. Es importante que se demuestre que el fin de obtener esta información no es juzgar, recriminar ni corregir, como tampoco indagar en detalles solo por curiosidad (muchas personas TGD declaran sentir profunda incomodidad por recibir preguntas que las personas cisgénero no reciben).

En el caso de las personas asignadas mujer al nacer lo que realmente interesa saber es si sus prácticas sexuales las exponen a la posibilidad de embarazo y si esto es algo que consideran deseable o no. Para poder obtener esta información, basta con enterarnos de los órganos reproductivos que tiene la persona a quien se realiza la consejería como también los órganos que tienen las personas con las que normalmente tiene actividad sexual, junto con el tipo de actividad sexual. No es recomendable preguntar por la existencia de pareja (no todas las personas con pareja tienen actividad sexual, no todas la tienen solo con su pareja, la confirmación de que tenga pareja nada nos dice sobre la posibilidad de embarazo).

Tampoco resulta conveniente preguntar por orientación sexoafectiva pues esta no nos entrega la información que necesitamos saber; un hombre trans heterosexual podría tener actividad sexual tanto con mujeres cis como con mujeres trans. Al mismo tiempo, existe gran diversidad en orientaciones sexoafectivas (pansexualidad, polisexualidad, demisexualidad, etc.) y declararlo tampoco esclarece las prácticas sexuales en las que se participa.

Resulta entonces de mayor utilidad realizar preguntas sobre antecedentes quirúrgicos personales y consultar específicamente sobre la corporalidad de la o las personas con quienes se tiene contacto sexual. Se recomienda entonces preguntar “¿Cómo son los cuerpos de las personas con las que ud tiene actividad sexual? ¿Qué tipo de contacto sexual tienen? ¿Qué partes de sus cuerpos entran en contacto y de qué forma?”.

3. Anticoncepción desencadenante de disforia de género

Los desencadenantes de disforia de género (incomodidad, discomfort y/o angustia) son variables entre personas, sin embargo, existen algunos factores que se repiten con relativa frecuencia. Muchas personas TGD prefieren no utilizar anticoncepción que sea fuertemente asociada a lo socialmente asociado femenino, como pueden ser los anticonceptivos orales o los anillos vaginales. Al mismo tiempo, se debe tener consideración con los nombres comerciales, colores y logos que pudiesen tener. Esto no significa que no se deban ofrecer estas opciones, pero sí se recomienda discutir sobre los potenciales efectos en la disforia de género.

4. Efectos potencialmente no deseados de la anticoncepción

Independiente de si se está con terapia hormonal con testosterona o no, es necesario considerar algunos efectos que frecuentemente son no deseados en la población TGD. En específico, es siempre importante detenerse a mencionar la probabilidad de efectos antiandrogénicos, de sangrados uterinos inesperados y de sensibilidad o molestias mamarias, como también mencionar la duración esperable de estos efectos.

5. Anticoncepción en personas asignadas hombre al nacer

Existen reportes de que personas TGD asignadas hombre al nacer, en especial mujeres trans, prefieren realizar sus controles de rutina en consultas de ginecología. Además de conocer las indicaciones de exámenes de tamizaje en esta población (como podría ser la mamografía o exámenes prostáticos), es necesario poder proveer una completa consejería que incluya el uso correcto de preservativo como proveer información sobre la vasectomía.

Por último, valga la pena mencionar que es solo esperable sentir incomodidad y agobio frente a situaciones desconocidas o sobre las que no se tiene formación adecuada. La invitación es a vencer la incomodidad que produce enfrentarse a estas situaciones, entendiendo los enormes beneficios que se obtienen en las personas que se acompañan en temas tan trascendentales como su salud sexual y (no) reproductiva. Recordemos que el miedo o rechazo a lo desconocido solo se vence con la adquisición de conocimiento. Conocimiento que está disponible al día de hoy.

Referencias

- 1.- Transgender health: an opportunity for global health equity. Selina Lo Richard Horton VOLUME 388, ISSUE 10042, The Lancet P316-318, JULY 23, 2016.
- 1.- Light A, Wang L, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. Contraception 2018; 08:266-9.
- 2.- Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad, F. Contraception Across the Transmasculine Spectrum. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2019.
- 3.- Boudreau D, Mukerjee R. Contraception care for transmasculine individuals on testosterone therapy. J Midwifery Womens Health. 2019;64(04):395-402.
- 4.- Cucka B, Waldman RA. Letter in reply: Understanding pregnancy risk and contraception options for transmasculine individuals on gender-affirming testosterone therapy. J Am Acad Dermatol. 2021;85(03):e175-e176.
- 5.- Bonnington A, Dianat S, Kerns J, Hastings J, Hawkins M, De Haan G, et al. Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. Contraception. 2020;102(02):70-82
- 6.- Chen D, Matson M, Macapaga K, et al. Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. J Adolesc Health 2018;63(1):62-8.

La diversidad sexual es una realidad en nuestra sociedad actual, y con ella surgen desafíos y oportunidades en diversos ámbitos, incluido el de la reproducción asistida. En este contexto, las parejas lesbianas han encontrado en las terapias de reproducción una vía para cumplir su deseo de ser madres biológicas.

Desde el año 2017 que se reconoce a la Infertilidad como una enfermedad caracterizada por la imposibilidad de generar un embarazo a pesar de la existencia de relaciones sexuales no protegidas o debido a una discapacidad de una persona para reproducirse tanto como individuo o con su pareja (del mismo o diferente sexo) (1).

Es desde esta definición, la incapacidad biológica de reproducción por su cuenta, que se reconoce a las parejas de lesbianas como sujetos de atención médica al momento de buscar un embarazo y existe consenso en cuanto a que los pacientes que se identifican como LGBTIQ y las personas solteras tienen los mismos derechos que los pacientes heterosexuales y casados y, por lo tanto, deben tener la misma posibilidad de acceso a los diversos tratamientos que las parejas infértiles (2).

En otro artículo de este boletín se ha tratado el tema de acceso y equidad de tratamientos en parejas diversas buscando formar familia, por lo que no nos detendremos en ello. En este artículo, exploraremos las distintas opciones disponibles, los aspectos emocionales implicados y los desafíos legales y éticos que rodean a estas terapias.

Para las parejas de mujeres lesbianas que desean concebir, existen diversas opciones en el campo de la reproducción asistida. Algunas de las opciones disponibles incluyen:

1. Inseminación artificial:

En este método, se utiliza semen donado para inseminar a una de las mujeres, que es quien llevará a cabo el embarazo. Este método puede realizarse en un entorno clínico o en la casa, dependiendo de las preferencias de la pareja. Existen diversos kits comerciales que se ofrecen en el mercado para realizar inseminaciones caseras y para ello la pareja debe conseguir un donante de semen por su cuenta y realizar el procedimiento siguiendo las instrucciones. Pero este no es el ideal por varios motivos: el potencial conflicto de paternidad que se puede generar con un donante informal y conocido, el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual al utilizar el semen de una persona que no se ha estudiado adecuadamente, y la menor eficiencia de estos tratamientos al no tener la certeza, la mujer, de estar haciendo la inseminación en el momento ni el lugar adecuado. Hoy recomendamos realizar este tipo de tratamientos en una unidad especializada donde se le ayude a la pareja a seleccionar un donante adecuado, de un banco de semen formal y serio, lo que permite disminuir al mínimo los riesgos, además de contar con un seguimiento serio y completo de los antecedentes del donante de semen y de su descendencia.

Para este proceso, habitualmente se realiza una estimulación de la ovulación suave, un seguimiento folicular e inseminación intrauterina en un momento cercano a la ovulación, con una muestra de espermatozoides seleccionados y capacitados para optimizar su función y eficiencia. Este es el método más utilizado y de mejor acceso para buscar embarazo en estas parejas por los costos más bajos y facilidad de implementación.

La inseminación intrauterina es un procedimiento sencillo y que no requiere anestesia, por lo que se realiza en la propia consulta de ginecología (3).

2. Fecundación in vitro (FIV) tradicional:

En la FIV tradicional, una de las mujeres puede someterse al proceso de hiperestimulación ovárica, extracción de óvulos y fecundación en laboratorio con semen de donante. Posteriormente, el embrión resultante se transfiere al útero de la misma mujer para llevar a cabo el embarazo.

En los dos casos anteriores se debe recurrir a la donación de semen, pero en la práctica, y desde un punto biológico, se consideran métodos de reproducción monoparental (4).

3. El método ROPA, Recepción de Óvulos de la Pareja (Reception of Oocytes from PArtners, en inglés)

Es una técnica de reproducción asistida cada vez más buscada y utilizada por parejas lesbianas por su doble parentalidad en la que se realiza una fecundación in vitro, pero a diferencia de la FIV tradicional, se transfiere el embrión resultante al útero de la mujer receptora en lugar del de la mujer que aportó los óvulos. En términos médicos, el método ROPA es una variante de la fecundación in vitro que permite a parejas de mujeres lesbianas compartir de manera más equitativa los roles genéticos y de gestación en el proceso reproductivo. También es un método que permite hacer tratamiento a una pareja donde una mujer tenga una disfunción ovárica y la otra mujer tenga una condición que contraindique el embarazo. Por último, es igualmente útil en casos de pacientes transgénero que han transitado a su identidad de género posterior a la preservación de fertilidad (5). El método ROPA presenta varias ventajas y desventajas.

Dentro de las ventajas encontramos:

a) Participación equitativa: Permite que ambas mujeres en una pareja de mujeres lesbianas participen de manera activa en el proceso reproductivo, ya que una aporta los óvulos y la otra lleva a cabo la gestación.

b) Vínculo biológico: Ambas mujeres pueden establecer un vínculo biológico con el bebé, ya que una aporta los óvulos y la otra lleva a cabo el embarazo.

c) **Control genético:** Permite un mayor control sobre la genética del bebé, ya que se pueden seleccionar los óvulos que se utilizarán en la fecundación.

Dentro de las desventajas encontramos:

a) **Costoso:** Al ser un tratamiento de reproducción asistida, puede resultar costoso y no estar al alcance de todas las parejas.

b) **Complejidad emocional:** Puede implicar una mayor complejidad emocional en la pareja, especialmente en cuanto a la toma de decisiones sobre quién aportará los óvulos y quién llevará a cabo la gestación. En este sentido, existen variaciones que se pueden aplicar de este método, como hacer un tratamiento en que ambas pacientes juegan los dos roles. Si es de manera simultánea se habla de ROPA recíproco y si es en ocasiones distintas, se habla de ROPA reverso.

c) **Riesgos médicos:** Como cualquier procedimiento médico, existen riesgos asociados a la estimulación ovárica, la extracción de óvulos y el proceso de transferencia embrionaria.

En resumen, el método ROPA ofrece la oportunidad de compartir de manera equitativa los roles genéticos y de gestación en una pareja de mujeres lesbianas, pero también implica consideraciones financieras, emocionales y médicas que deben ser tenidas en cuenta.

4. Adopción:

Otra alternativa para las parejas de mujeres lesbianas es considerar la adopción como una forma de formar una familia. La adopción ofrece la posibilidad de brindar un hogar amoroso a un niño que lo necesita.

5. Maternidad subrogada:

En algunos países y estados, la maternidad subrogada puede ser una opción para parejas de mujeres que desean tener un hijo biológico. En este proceso, una mujer gestante (la gestante subrogada) lleva a cabo el embarazo y da a luz al bebé, que luego es entregado a la pareja de mujeres. En Chile no existe disponibilidad de este tipo de tratamiento al no existir la adopción dirigida y la vigencia de una ley de filiación que considera legalmente madre a la mujer que da a luz, sin excepciones.

Estas son algunas de las alternativas al método ROPA que las parejas de mujeres lesbianas pueden considerar al decidir cómo desean formar una familia. Cada opción tiene sus propias consideraciones y requisitos legales, médicos y emocionales que deben ser tenidos en cuenta al tomar una decisión.

Además de los aspectos médicos, es fundamental considerar los aspectos emocionales involucrados en las terapias de reproducción en parejas lesbianas. Muchas parejas pueden experimentar ansiedad, estrés y dificultades emocionales durante el proceso de tratamiento. La terapia de apoyo se convierte en un recurso valioso para ayudar a las parejas a gestionar estas emociones y fortalecer su unión en el camino hacia la maternidad.

No obstante, no todo son facilidades, ya que las parejas lesbianas pueden enfrentarse a obstáculos legales y éticos al buscar asistencia para la reproducción⁽⁶⁾. En algunos países, las leyes restringen el acceso de las parejas del mismo sexo a ciertas técnicas de reproducción asistida, lo que puede complicar el proceso y añadir una capa adicional de estrés.

Es esencial que las parejas se informen sobre sus derechos legales y busquen asesoramiento profesional para garantizar que sigan el proceso de reproducción de manera ética y legal.

Conclusión

Las terapias de reproducción en parejas lesbianas representan un avance significativo en el campo de la medicina reproductiva, al ofrecer a estas parejas la oportunidad de cumplir su deseo de ser madres biológicas. Al abordar los aspectos médicos, emocionales, legales y éticos implicados en el proceso, estas terapias brindan un enfoque integral que busca acompañar a las parejas en cada etapa de su camino hacia la maternidad. A medida que la sociedad avanza hacia una mayor aceptación de la diversidad, es imperativo que se siga trabajando para eliminar barreras y facilitar el acceso equitativo a las terapias de reproducción para todas las parejas, independientemente de su orientación sexual.

Referencias

1. Zegers-Hochschild F, Adamson D, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology, World Health Organization. International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertil Steril*. 2017;108:0015-282.
2. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama, USA. Access to fertility services by transgender and nonbinary persons: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*. 2021;115:874-8.
3. Carpinello O, Jacob M, Nulsen J, Benadiva C. Utilization of fertility treatment and reproductive choices by lesbian couples. *Fertil Steril* 2016;106(7):1709-13.
4. Brandao P, Ceschin N, Gómez V. The pathway of female couples in a fertility clinic. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(7):660-6.
5. Brandao P, Ceschin N. Lesbian shared IVF: the ROPA method: a systematic review. *Porto Biomed J*. 2023;8:2.
6. Kirubarajan A, Patel P, Leung S, Park B, Sierra S. Cultural competence in fertility care for lesbian, gay, bisexual, transgender and queer people: a systematic review of patient and provider perspectives. *Fertil Steril*. 2021;115:1294-301.

Opciones de fertilidad para parejas homosexuales

► **Dr. Cristián Jesam G**

Las terapias de reproducción asistida (TRA) cumplen un rol fundamental en nuestra sociedad ayudando la perpetuación de nuestra especie cuando de forma espontánea no podemos reproducirnos. Estas terapias fueron creadas para tratar la infertilidad en donde las parejas cisgénero no pudieran concebir; sin embargo, en la actualidad la infertilidad se amplía a personas que no puedan reproducirse. Por lo que incluye a personas LGBTIQ+ o solas como sujetos de derecho. Las recomendaciones internacionales actuales hacen énfasis en que debemos ofrecer las mismas alternativas terapéuticas usadas en parejas infértiles.

Las alternativas de TRA para personas solas o parejas del mismo sexo incluyen la donación de gametos o embriones, el uso de los embriones por cualquier miembro de la pareja, la gestación por sustitución (en caso de pareja de hombres, o en caso en que la mujer no pueda llevar el embarazo por alguna causa). La preservación de fertilidad en personas trans también es otra TRA recomendada y que requiere de una consejería fundamental para considerar el futuro reproductivo de niños, niñas y adolescentes que iniciarán su transición. Los efectos a largo plazo de las terapias hormonales de reasignación de género son variadas, por ende, las recomendaciones actuales de todas las sociedades científicas y desde la sociedad civil es asesorar a los padres junto a niños y niñas adolescentes que inicien su transición.

La tasa de éxito de las TRA depende de un factor siempre como el más importante, la reserva ovárica. La reserva ovárica es finita y va declinando abruptamente luego de los 37 años, por ende, la tasa de embarazo baja abruptamente luego de los 40 años. Esto aplica en el caso que sea una mujer sola, una pareja de mujeres o una pareja heterosexual. Para hombres solos o una pareja de hombres la probabilidad de éxito va a depender principalmente de la edad que tenga la donante de ovocitos que escojan para su tratamiento.

Las TRA para mujeres lesbianas o bisexuales en relaciones del mismo sexo incluyen la inseminación intrauterina (IIU) y la fertilización in vitro (FIV) o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) con espermatozoides de donante. La elección de la TRA va a depender de algunos factores que tenemos que tener en cuenta: la edad de ambos miembros de la pareja, si ambas quieren o no participar del proceso reproductivo y cuál es el tamaño de la familia que planifican tener. En el caso de parejas femeninas del mismo sexo con indicación de FIV/ICSI, en que ambos miembros de la pareja participen o también llamado FIV conjunto, recíproco o método ROPA (recepción de óvulos de la pareja) una de ellas será la que dona los óvulos y la otra miembro de la pareja será la que reciba el embrión a transferir, con esta técnica el embarazo es compartido. La elección de quien hace que dependerá del plan inicial que tengan ellas, sin embargo, fisiológicamente es mejor que la que dona sus óvulos sea la más joven que debería tener una mejor reserva ovárica. La ventaja de esta TRA sobre la IIU con donante de semen es que los embriones que resulten de la FIV pueden ser usados en el futuro por ambas.

El método ROPA ya se ha descrito como una opción de tratamiento aceptable, exitosa y segura que ofrece buenos resultados obstétricos y perinatales. Sin embargo, es importante señalar que existen diferencias entre países en función de las normas de matrimonio, unión registrada, filiación legal y adopción que pueden limitar la autonomía reproductiva de las parejas lesbianas que desean concebir. Países como Brasil, Bélgica, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, España, Portugal, Reino Unido y ahora Chile permiten esta opción de tratamiento sin ninguna restricción, ya que el matrimonio entre personas del mismo sexo está permitido, las lesbianas son elegibles para todas las formas de técnicas de reproducción asistida y la donación de óvulos entre parejas no está restringida.

Para los hombres homosexuales o bisexuales en relaciones del mismo sexo siempre será necesario contar con una madre sustituta tradicional o donación de ovocitos, y una mujer que haga la gestación por sustitución. Es importante destacar que esta TRA no está disponible en todos los países según la legislación respecto a la adopción directa, en Chile por ejemplo no está permitido, ya que la adopción directa no existe. En Brasil por ejemplo la gestante sustituta debe ser voluntaria y debe tener parentesco consanguíneo hasta el cuarto grado de uno de los miembros de la pareja. En otros países, como España, EE. UU. y Canadá, la gestación subrogada es un proceso complicado y costoso. Desafortunadamente, las opciones disponibles para los hombres en relaciones del mismo sexo y para los hombres solteros son ciertamente más caras en comparación con las posibilidades disponibles para las mujeres solteras y las parejas femeninas del mismo sexo. Por lo tanto, pocas parejas homosexuales podrán acceder a la crianza mediante TRA, no sólo en términos económicos, sino también por tiempo, disponibilidad y los diferentes recursos que requiere la opción de la gestación por sustitución.

Referencias

1. Zegers-Hochschild F, Adamson D, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. (2009a) "International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and Sterility* Vol. 108, No. 3, September 2017: 0015-0282.
2. Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons: a committee opinion. *Fertility and Sterility* Vol. 100 No. 4, April 2013:1524 – 7.
3. Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility treatment irrespective of marital status, sexual orientation, or gender identity: an Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility* Vol. 115, No. 4, April 2021: 0015-0282.
4. Nelson Antunes Junior, Andrea Giannotti Galuppo, Jonathas Borges Soares, Sidney Glina. Restructuring healthcare services, routines and procedures on reproductive medicine based on respect for differences. *JBRA Assisted Reproduction* 2024;28(1):96-102 doi:10.5935/1518-0557.2023006.
5. Bodri D, Nair S, Gill A, Lamanna G, Rahmati M, Arian-Schad M, Smith V, Linara E, Wang J, Macklon N, Ahuja KK. Shared motherhood IVF: high delivery rates in a large study of treatments for lesbian couples using partner-donated eggs. *Reprod Biomed Online*. 2018; 36:130-6. PMID: 29269265 DOI: 10.1016/j.rbmo.2017.11.006.
6. Imaz E. Same-sex parenting, assisted reproduction and gender asymmetry: reflecting on the differential effects of legislation on gay and lesbian family formation in Spain. *Reprod Biomed Soc Online*. 2017; 4:5-12. PMID: 29774261 DOI: 10.1016/j.rbms.2017.01.002.

Las personas transgénero o trans son aquellas que se identifican con un género distinto al que se les es asumido por el sexo asignado al nacimiento. Al igual que la muchas otras personas, tienen el anhelo de formar una familia y, eventualmente tener hijos biológicos.

En Estados Unidos, se estima que, alrededor de 150 mil jóvenes y 1.4 millones de adultos se identifican como trans, esto corresponde a un 0,3% de la población total y a un 3,5% de la población LGBTQ+. En Chile, según la encuesta Casen del año 2023, un 0,12% de la población se identifica como transgénero. Por lo tanto, las personas trans corresponden a un pequeño porcentaje de la población que históricamente ha sido discriminada y enfrentada a la transfobia del resto de la sociedad lo que evidentemente, se ha traducido en una merma psicológica y emocional de proporciones, con tasas de depresión muy elevadas y alto riesgo de suicidio.

Los sistemas de salud son en parte responsables de dar poca visibilidad a las necesidades de esta población lo que a su vez genera desconfianza y ansiedad a las personas trans.

Dentro de las múltiples áreas muy carentes en el acompañamiento a esta población está la correcta asesoría en preservación de fertilidad ya que las terapias hormonales y, sobre todo la cirugía de reasignación de género, pueden afectar negativa y permanentemente el potencial fértil.

Hasta hace muy poco tiempo, la preservación de la fertilidad estaba centrada en la población oncológica y en los últimos años se ha abierto la opción para todos quienes quieran posponer su fertilidad, incluida la población trans y no binaria. Según diversos estudios, el deseo de fertilidad de la población trans es similar al del resto de la población, fluctuando entre un 18% y un 54%, por lo que la correcta asesoría en cómo preservar la fertilidad es crucial.

Opciones de preservación de fertilidad

Debido a la terapia de reasignación de género, hormonal y quirúrgica, estas personas pueden ver afectado su potencial fértil de manera definitiva. Es particularmente importante que el equipo que realiza el acompañamiento a estas personas (pediatras, psiquiatras, endocrinólogos, ginecólogos, sicólogos, etc.) les informe y asesore sobre su potencial reproductivo, sobre cómo se verá afectado con el tratamiento y sobre las opciones de preservación de fertilidad que se encuentren disponibles. Estas dependen fundamentalmente de la disponibilidad local, de los órganos reproductivos de las personas, de si ya experimentaron la pubertad y de si han usado terapias potencialmente gonadotóxicas como parte del tratamiento de reasignación de género.

Las diferentes opciones de preservación de fertilidad se encuentran resumidas en la Tabla 1 se encuentran detalladas a continuación.

• **Personas con ovarios**

Las personas con ovarios tienen varias alternativas de preservación de fertilidad, cada una con sus riesgos y beneficios. Las personas puberales con ovarios, con un estadio de Tanner más allá de II pueden considerar la criopreservación de ovocitos o embriones. Los ovocitos pueden ser reclamados y usados a futuro por la persona, en cambio, los embriones, deben ser reclamados y usados por la pareja, por ello, la criopreservación ovocitaria aun cuando la persona se encuentre en una relación de pareja estable al momento de optar por la preservación de fertilidad, entrega mayor autonomía e independencia al individuo. Ambas opciones requieren estimular la ovulación y la recolección de ovocitos en un procedimiento quirúrgico e implican el contacto médico frecuente y la exposición hormonal durante un período de tiempo, generalmente no superior a 2 semanas, pero que pudiera ser muy estresante para personas que sienten desconfianza del sistema médico.

El procedimiento conlleva la realización de varias ecografías transvaginales para evaluar el crecimiento y desarrollo folicular, la punción ovárica que se realiza bajo sedación anestésica y guiada por una ecografía transvaginal; los niveles estrogénicos elevados y la posibilidad de reasunción de la menstruación, todos elementos que pueden gatillar una disforia importante en esta población particularmente vulnerable. Si estas personas han sido tratadas previamente con testosterona podrían requerir períodos más largos y dosis más elevadas de gonadotropinas para obtener una respuesta adecuada.

La mayoría de los centros solicita la suspensión de la terapia androgénica de 1 a 3 meses previo a la estimulación ovárica, esto por sí solo es un gatillador de disforia que en algunos casos podría ser muy grave y poner en riesgo la vida de la persona, por ello, hoy en día se estudian nuevos protocolos de estimulación que intenten mantener el menor tiempo posible suspendida la terapia androgénica y el uso de inhibidores de aromataza pudiera ayudar a no elevar importantemente los niveles de estrógenos circulantes.

La criopreservación de tejido ovárico es una opción para personas prepuberales y para personas con contraindicación de suspensión de la terapia androgénica y/o de la estimulación ovárica. Hasta el año 2020, la Sociedad americana de medicina reproductiva (ASRM) lo consideraba una terapia experimental, hoy en día ya no lo es, pero sí permanece siendo experimental el cómo se utiliza este tejido para poder producir un embarazo.

El autotrasplante de este tejido se realiza de manera experimental en población oncológica, sin embargo, en población transgénero, pudiera ser controvertido ya que implica la reasunción de la actividad ovárica con la disforia secundaria que este provocaría y cuya prevención fue

precisamente la causa de la remoción de este tejido. La maduración in vitro de ovocitos (IVM) obtenidos a partir de este tejido, pareciera ser una mejor alternativa, aunque hasta el momento no se han reportado embarazos con ovocitos obtenidos a partir de este tejido en la literatura, sí existen datos a partir de IVM en población oncológica que aunque tienen menores tasas de fecundación y embarazo que con ovocitos criopreservados, es una alternativa factible y que, en la medida que se ofrezca más ampliamente a la población trans, va a entregar nuevos datos y resultados.

• **Personas con testículos:**

En personas con testículos, la preservación de fertilidad es, generalmente, menos invasiva, más rápida y requiere menos recursos.

Las técnicas más ampliamente usadas son la criopreservación espermática, la extracción testicular de espermios (TESE) o la aspiración percutánea de espermios (PESA) para criopreservar gametos o embriones. La criopreservación de gametos puede ser usada posteriormente para realizar inseminaciones intrauterinas o fertilización in vitro (IVF). Para la criopreservación de espermios, se requiere que el paciente provea una muestra seminal que peses a ser un procedimiento no invasivo, puede causar disforia importante. TESE /PESA son procedimientos que pueden ser realizados bajo anestesia local de manera ambulatoria.

Estas opciones pueden realizarse en personas que han alcanzado el estadio Tanner II o que tienen un volumen testicular de al menos 5 mL Existen datos controvertidos en cuanto al efecto de la terapia estrogénica en la espermatogénesis y en los parámetros seminales, sin embargo, aun cuando se observa un detrimento, este pareciera ser transitorio, aunque una vez más, implica la suspensión de la terapia hormonal que se puede traducir en una importante disforia de género, por ello, la mayoría de los servicios, recomienda la criopreservación previo al inicio de la terapia hormonal. La edad más joven en la que se ha logrado una criopreservación exitosa es de 11 años. Actualmente, no hay opciones de preservación de fertilidad completamente aprobadas para personas prepuberales con testículos. La criopreservación testicular es aún experimental y, sólo se puede ofrecer dentro de un protocolo de investigación

Finalmente, en caso de genitales femeninos y masculinos, la criopreservación de gametos podrá ser usada a futuro para que la gestación ocurra en la misma persona (en caso de tener útero y con la claridad de que la preparación para la recepción de un embrión y el embarazo en sí mismo, pueden causar una disforia muy importante e incluso amenazar la vida de la persona), su pareja (en caso de tener útero) o en una gestante subrogada. Esta última opción no se encuentra legalmente disponible en Chile.

Al igual que la mayoría de otras poblaciones, muchas personas transgénero y, en general, de género diverso, desean tener hijos biológicos, por ello, un aspecto muy importante en el acompañamiento de niños, adolescentes y adultos trans es la asesoría médica y psicológica sobre su potencial reproductivo y las opciones disponibles, idealmente, antes de iniciar la terapia hormonal transgénero y, definitivamente, antes de una cirugía de reasignación de género.

Se requiere mayor investigación y resultados para saber cuál es la manera óptima de preservar la fertilidad en esta población. Es necesario que los servicios que acompañan a estas personas se encuentren integrados y les proporcionen la información y un espacio seguro para su transición.

Nos queda mucho por avanzar en diversidad sexo genérica, mucho más aún en la visibilización de las personas trans, tanto del punto de vista social como médico en la tolerancia y acompañamiento psicológico y médico. Así mismo, los costos de estos procedimientos no son menores y, en Chile y en muchos otros países, no tienen cobertura por las aseguradoras de salud y, por otro lado, se suman a los costos del acompañamiento y la terapia médica y quirúrgica que requieren estas personas.

Independiente de las opciones de preservación de fertilidad que dispongamos, también se requiere más investigación para determinar qué tan segura es la estimulación ovárica sin discontinuar la terapia androgénica, del mismo modo, se requiere más investigación en el potencial efecto gonadotóxico de la terapia estrogénica para la obtención de una muestra seminal de buena calidad para la criopreservación. Igualmente, es necesario un mayor desarrollo de la técnica de maduración in vitro de gametos a partir de tejido gonadal criopreservado ya que esta pareciera ser una excelente opción en niños y adolescentes en los cuales la reinserción de este tejido no es aceptable.

Tabla 1. Opciones de preservación de fertilidad para personas transgénero

Individuos Prepuberales	
Individuos con ovarios	Individuos con testículos
<p>Criopreservación de tejido ovárico con maduración in vitro de ovocitos Requiere intervención quirúrgica Puede ser realizada durante la cirugía de reasignación de género</p>	<p>Criopreservación de tejido testicular con maduración in vitro de espermios Procedimiento experimental Puede realizarse en el contexto de un protocolo de investigación Puede realizarse durante la cirugía de reasignación de género</p>
Individuos Puberales	
Individuos con ovarios	Individuos con testículos
<p>Criopreservación de ovocitos Criopreservación de embriones Criopreservación de tejido ovárico</p>	<p>Criopreservación espermática Extracción testicular de espermios (TESE/PESA)</p>
<p>Puede ser realizado aun cuando se haya iniciado terapia hormonal de reasignación, pero podría requerir suspensión para realizar el procedimiento La estimulación ovárica podría provocar una disforia de género profunda</p>	<p>Puede ser realizado aun cuando se haya iniciado terapia hormonal de reasignación, pero podría requerir suspensión para realizar el procedimiento TESE/PESA pueden ser realizados con paciente ambulatorio bajo anestesia local La recolección espermática vía eyaculación puede provocar disforia de género profunda</p>

Referencias

1. Schwartz AR and Moravek MB. Reproductive potential and fertility preservation in transgender and nonbinary individuals. Curr Opin Obstet Gynecol 2021; 33: 327–334.
2. Ainsworth AJ, Allyse M and Khan Z. Fertility preservation for transgender individuals: a review. Mayo Clin Proc 2020; 95: 784–792.
3. Rodriguez-Wallberg KA, Häljestic J, Arver S, et al. Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy-a prospective cohort study. Andrology 2021; 9: 1773–1780.
4. Jensen Reckhow, Hakan Kula and Samir Babayev. Ther Adv Endocrinol Metab 2023, Vol. 14: 1–11 20188231178371 <https://doi.org/10.1177/20420188231178371>

Acompañamiento psicológico para personas trans

► Psicóloga
Elsa Silva Jara .

La atención médica a pacientes transgénero ha adquirido creciente relevancia en el ámbito de la salud. La identidad de género es fundamental en la vida de cada individuo, siendo crucial que los profesionales de la salud brinden atención sensible, respetuosa y adecuada a las necesidades específicas de las personas transgénero. Este informe describe los síntomas psicológicos y las mejores prácticas en la atención a pacientes transgénero, promoviendo una atención médica multidisciplinaria, inclusiva y de calidad.

Incongruencia de género

Según el DSM-V, las personas con incongruencia de género (transgénero o trans) son aquellas cuya identidad de género difiere del sexo físico asignado al nacer. Esta incongruencia percibida por los pacientes genera malestar psicológico significativo, como depresión o ansiedad, implicando un deterioro funcional asociado a sensaciones físicas indescriptibles.

Síntomas psicológicos en pacientes transgénero

Los síntomas se presentan en situaciones difíciles de describir, repercutiendo psicológicamente en: tristeza, vacío, insomnio, fatiga, preocupación excesiva, dificultad en flexibilidad cognitiva y concentración, irritabilidad, aislamiento social, cambios de humor repentinos afectando relaciones interpersonales, y malestar con zonas genitales. Los pacientes en transición hormonal pueden experimentar oscilaciones anímicas. Se recomienda monitoreo por un psicólogo clínico con especialidad neuropsicológica para evaluar procesos cognitivos y atencionales, resignificar procesos psicológicos, elaborar estrategias de afrontamiento y promover autonomía. Esto ayuda a intervenir en la estabilidad anímica, abordando síntomas exacerbados como tristeza, vacío, dolores, insomnio, fatiga, preocupación, nervios e irritabilidad, que afectan percepción y funciones ejecutivas.

Conclusiones y recomendaciones:

La consulta médica convencional no facilita un vínculo terapéutico adecuado para abordar en profundidad las temáticas de estos pacientes. Se sugiere que ginecólogos y matronas no deriven inmediatamente a tratamiento hormonal, sino permitir una evaluación multidisciplinaria simultánea, incluyendo psiquiatra y psicólogo, para trabajar perspectivas y expectativas de tratamientos antes de iniciar la terapia hormonal.

Referencias

1. Rev. méd. Chile vol.147 no.1 Santiago 2019: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100065>
2. American Psychological Association [APA]. (2014).
3. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 25 sept 2022. MD, East Tennessee State University Revisado/Modificado jul 2023.

1. Introducción a la Incongruencia de Género (ING)

Las personas con incongruencia de género (ING) son individuos que, por causas aún desconocidas, presentan una autopercepción de identidad de género no sincronizada con su sexo biológico. Por definición, tienen una diferenciación genética normal, características sexuales secundarias normales y niveles hormonales normales. Sin embargo, en lo que respecta a su diferenciación cerebral, hay diferencias no completamente entendidas asociadas al dimorfismo sexual cerebral.

El cerebro femenino y el masculino tienen diferencias de género morfofuncionales determinadas en forma prenatal y moduladas por la epigenética. Con respecto al grosor de la corteza cerebral, los tamaños de algunos centros neuronales del hipocampo y en la distribución del conectoma cerebral, hay diferencias en los cerebros de personas ING femenino y masculino en comparación a sus pares cisgénero. Esto se evidencia en resonancias magnéticas funcionales de distribución, que evalúan patrones funcionales por default y post estímulo. También existen datos de polimorfismo de receptores hormonales tanto de estradiol como andrógenos, y combinaciones que se han encontrado expresados en cerebros de personas ING. En lo que respecta al resto del cuerpo, los receptores hormonales y las diferencias de género en la forma en que los órganos responden a las hormonas sexuales son iguales a las personas cisgénero. Este punto es crucial para abordar las opciones de control y los riesgos asociados a las terapias hormonales cruzadas que se indican a las personas ING.

2. Terapia Hormonal en Personas ING Masculinas (INGM)

• Inicio y objetivos de la terapia

En las personas INGM, se inicia una terapia hormonal masculinizante después de los 16 años. La forma estandarizada de masculinización es con Undecanato de Testosterona 1000 mg cada 3 meses, y en los adolescentes se puede iniciar con Enantato de Testosterona 150 a 250 mg mensuales. Lo habitual es que desde los 6 a 9 meses de iniciada la masculinización se alcancen valores estables.

• Evaluación previa a la terapia

Es muy importante antes de iniciar terapias de este tipo, hacer ecografías ginecológicas, idealmente transvaginales, aunque muchas veces las personas INGM no las aceptan. Además, es perentorio obtener de la historia ginecológica: edad de menarquia, historial menstrual (sangrados uterinos anormales, frecuencia y duración de ellos, etc.). Se debe considerar la presencia previa de patología uterina (leiomiomas), patología endometrial, u ovárica (teratomas o patrón de SOP en ecografías).

Efectos en órganos reproductivos

- **Ovarios:** El efecto en los ovarios es en la mayoría de los casos la atrofia, salvo en el SOP. En general, es recomendable ante la presencia de neoplasias quísticas (no quistes funcionales) o teratomas ováricos tratarlos previos a la masculinización, siendo la salpingo-ovorectomía una opción válida, pero debe analizarse caso a caso.
- **Útero:** Se espera una atrofia endometrial que comienza tempranamente, pero puede demorar hasta 6 meses para que el endometrio llegue a ser lineal y menor a 3 mm de grosor. Es posible que ocurra una hiperplasia endometrial asociada a la anovulación, que puede presentarse como sangrados genitales anormales. En la mayoría de los casos, el uso de progestágenos puede ayudar
- **Mamas:** El control y manejo no difiere del control mamario en mujeres cisgénero (CIS). Se espera una atrofia mamaria en relación a la disminución del estrógeno circulante y la falta de progesterona. Sin embargo, el control de peso es crucial, por el efecto aromatizador de la testosterona en la grasa corporal, especialmente en la grasa asociada al tejido mamario en lo referente al cáncer de mama.

Seguimiento y control

Se recomienda realizar ecografías anuales o bianuales cuando se conserva el útero, preferentemente por vía abdominal. Siempre se debe solicitar en casos de sangrados genitales no esperados, independientemente de su cantidad o duración. Respecto a las mamas, se recomienda una ecografía mamaria y, si corresponde, mamografía al menos una vez antes de la mastectomía. Postmastectomía no es necesaria, salvo presencia de tejido mamario residual en cuyo caso debiese realizarse anualmente en mayores de 40 años, incluyendo ecografía mamaria.

3. Consideraciones de Salud en Personas INGM

• Preservación de la fertilidad

Para la preservación de la fertilidad, en caso de que se desee, es recomendable la extracción previa estimulación de óvulos y su criopreservación, en etapas tempranas antes del primer año de terapia con testosterona.

• Control de peso y riesgo metabólico

La obesidad es un tema importante en esta población por el riesgo oncológico y cardio metabólico. Es imperativo el control del peso, las recomendaciones dietéticas, y el control regular de glicemia, perfil lipídico y, si corresponde, insulinoresistencia.

La presencia de acantosis nigricans y la circunferencia de la cintura deben controlarse regularmente, iniciando tratamiento con insulino sensibilizantes, como la metformina cuando corresponda.

• Salud ósea

La salud ósea puede verse afectada por la caída de los estrógenos. Sin embargo, la testosterona al aromatizarse periféricamente suplementa estrógenos para mantener la salud ósea. Se recomienda realizar una Densitometría Ósea en aquellos casos de más de 40 años y con antecedentes de morbilidades que favorezcan su aparición.

• Riesgo cardiovascular

El riesgo cardiovascular puede incrementarse por la aparición de hipertensión arterial. Se recomienda el control regular de la presión arterial, además de electrocardiogramas basales y cada 5 años.

• Alteraciones hematológicas

La testosterona produce aumento del hematocrito y de retención hidrosalina. Una complicación poco frecuente es la poliglobulia, por lo que el control de hematocrito y hemoglobina es necesario de forma basal y anual.

4. Aspectos Médicos en Personas ING Femeninas (INGF)

• **Riesgos asociados a la terapia de feminización:** En las personas INGF, el principal riesgo de complicaciones está en la esfera de coagulación y fenómenos de tromboembolismo. Se recomienda medir el perfil de coagulación y tener cuidado en aquellos pacientes de mayor riesgo.

• **Control y seguimiento:** Se debe controlar el perfil lipídico, realizar controles mamarios con ecografía y mamografía según la edad, y monitorear el antígeno prostático específico en mayores de 40 años. También se debe estar atento a la posible elevación de prolactina y aparición de prolactinomas.

• **Preservación de la fertilidad:** Se recomienda la preservación y congelación de semen antes del primer año de terapia hormonal.

5. Personas IG No Binarias

Para las personas que se definen como no binarias, se recomiendan terapias hormonales parciales o temporales, como antiandrógenos o dosis bajas de testosterona. Los riesgos a largo plazo no son tan pronunciados como en las personas IG binarias, y requieren un apoyo de salud mental muy importante. Estas personas pueden optar por terapias hormonales parciales para lograr cambios específicos, como masculinizar la voz con dosis bajas de testosterona o utilizar terapias depilatorias en caso de disforia relacionada con la vellosoidad corporal.

Conclusiones:

El manejo médico de las personas con incongruencia de género requiere un enfoque integral y personalizado. Es fundamental considerar los siguientes puntos:

1. La terapia hormonal debe ser cuidadosamente monitoreada y ajustada según las necesidades individuales de cada paciente.
2. Es crucial realizar evaluaciones periódicas de los órganos reproductivos, sistema cardiovascular, perfil metabólico y salud ósea.
3. La preservación de la fertilidad debe discutirse y ofrecerse antes de iniciar las terapias hormonales.
4. El control del peso y la promoción de un estilo de vida saludable son esenciales para reducir los riesgos asociados a las terapias hormonales.
5. El seguimiento a largo plazo es necesario para detectar y manejar oportunamente posibles complicaciones.
6. El apoyo en salud mental es fundamental, especialmente en personas no binarias y en aquellas que experimentan dificultades durante su transición.
7. La atención médica debe ser sensible y respetuosa de la identidad de género de cada individuo, adaptando los protocolos y recomendaciones según sus necesidades específicas.
8. Es importante mantenerse actualizado sobre las últimas investigaciones y avances en el campo de la atención médica a personas con incongruencia de género, ya que es un área en constante evolución.
9. La colaboración interdisciplinaria entre endocrinólogos, ginecólogos, urólogos, psicólogos y otros especialistas es crucial para proporcionar una atención integral y de calidad.
10. Se debe fomentar la educación y sensibilización del personal de salud para mejorar la atención a esta población y reducir las barreras de acceso a los servicios de salud.

En resumen, el manejo médico de las personas con incongruencia de género es complejo y requiere un abordaje holístico que considere tanto los aspectos físicos como los psicosociales. La atención individualizada, el seguimiento regular y la adaptación de los protocolos a las necesidades específicas de cada paciente son fundamentales para garantizar una transición segura y efectiva, así como para mantener una buena calidad de vida a largo plazo.

Referencias

- 1.- JAMA Clinical Guidelines Synopsis May 18, 2023Standards of Care for Transgender and GenderJAMA. 2023;329(21):1872-1874. doi:10.1001/jama.2023.8121
- 2.- Standards of Care World Professional Association for Transgender Health, <https://www.wpath.org>
- 3.- Principles of Gender Specific Medicine, e book, Marianne Legato 2021



Edición N° 14, Septiembre 2024
www.socheg.org