

Consensos, recomendaciones, guías y perspectivas

Consenso sobre disforia de género o incongruencia de género

Ariana Margarita Sierra Osorio ¹, Henry Tovar ^{1,2}, Angélica María Imitola Madero ³,
Silvia Chahin ^{1,4}, Mario Angulo Mosquera ⁵, Jorge Cantini ¹, Diego Armando Riatiga Ibañez ¹,
Karen Lorena Palacios Bayona ⁶, Karina Andrea Bautista Alarcón ⁷,
Juanita Yolanda Atuesta Fajardo ¹

¹Hospital San José (HJS), Bogotá, Colombia

²Asociación Colombiana de Endocrinología (ACE), Bogotá, Colombia

³Centro Hospitalario Serena del Mar, Cartagena

⁴Asociación Colegio Colombiano de Endocrinología Pediátrica (ACCEP), Bogotá, Colombia

⁵Fundación Clínica Valle de Lili, Cali, Colombia

⁶Clínica Diagnóstica VID, Medellín, Colombia

⁷Centro Médica La Sabana, Neiva, Colombia

Cómo citar: Sierra–Osorio AM, Tovar H, Imitola–Madero AM, Chahin S, Angulo–Mosquera M, Cantini J, *et al.* Consenso sobre disforia de género o incongruencia de género. Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab. 2022;9(1):e734.
<https://doi.org/10.53853/encr.9.1.734>

Recibido: 11/Noviembre/2021

Aceptado: 6/Diciembre/2021

Publicado: 31/Marzo/2022


Resumen

Contexto: la disforia de género (DG) o la incongruencia de género (IG) es la insatisfacción de un individuo con su género asignado y su identificación con un género distinto al asociado con su sexo de nacimiento, basado en las características sexuales físicas y dado por su genitalidad al nacer. La “disforia” se refiere también a la angustia y al malestar psicológico experimentado, solo algunas personas con DG/IG experimentan disforia en algún momento de sus vidas. La DG/IG es una condición, la cual no debe ser evaluada como inherentemente patológica o negativa.

Objetivo: generar recomendaciones a partir del consenso de expertos acerca de la terminología, los criterios diagnósticos sobre la DG/IG y el manejo integral de comorbilidades en la incongruencia/disforia de género; delimitar el manejo y las metas terapéuticas de la terapia hormonal de afirmación de género en mayores de 18 años; precisar los criterios para la realización de la cirugía de afirmación de género; concretar el seguimiento médico en mayores de 18 años con DG/IG; generar recomendaciones para el manejo de infantes y adolescentes con incongruencia/disforia de género; establecer los criterios para el uso de

Destacados

- La incongruencia o disforia de género son palabras similares, pero no sinónimas. Sin embargo, sus criterios diagnósticos, tratamientos hormonales afirmativos, cirugías de afirmación de género y el seguimiento médico son los mismos.
- La incongruencia/disforia de género requiere de un equipo multidisciplinario que, a partir de sus diversos puntos de vista, brinde al individuo las mejores opciones terapéuticas actualmente disponibles en el país, a través de un plan de manejo individualizado a la necesidad de cada persona.

 **Correspondencia:** Ariana Margarita Sierra Osorio, Cra. 19 No. 8a–32, Sede Centro, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Hospital de San José (HSJ), Bogotá, Colombia. Correo–e: arianasierraosorio@yahoo.com

Resumen

bloqueadores de la pubertad; definir los criterios y las recomendaciones para el inicio de la terapia hormonal de afirmación de género (THAG) en adolescentes mayores de 16 años, y precisar el algoritmo de manejo para abordaje del recién nacido con genitales atípicos-asignación de sexo certero.

Metodología: se realizó un consenso tipo Delphi modificado, participaron 10 especialistas clínicos (endocrinólogos, endocrinólogos pediatras, cirujanos plásticos estéticos y reconstructivos, urólogos y psiquiatras) y un grupo desarrollador. A partir del análisis de los resultados, se presentaron las recomendaciones.

Resultados: se obtuvieron recomendaciones acerca de terminología, criterios diagnósticos sobre la DG/IG, manejo integral de comorbilidades en la DG/IG, manejo y metas terapéuticas del THAG en mayores de 18 años, criterios para la realización de CAG, seguimiento médico en mayores de 18 años con DG/IG, criterios para el uso de bloqueadores de la pubertad, criterios y recomendaciones para el inicio de la THAG y un algoritmo de manejo para abordaje del recién nacido con genitales atípicos-asignación de sexo certero.

Conclusiones: la DG y la IG son palabras similares, pero no sinónimas, sin embargo, sus criterios diagnósticos, tratamientos hormonales afirmativos, cirugías de confirmación de género y seguimiento médico son los mismos.

Palabras clave: disforia de género, incongruencia de género, transgénero, transexualidad, terapia hormonal de afirmación de género, cirugía de confirmación de género.

- Desde el diagnóstico hasta el manejo farmacológico y quirúrgico, la incongruencia/disforia de género cuenta con los criterios necesarios para brindar al médico tratante la tranquilidad de poder identificar, tratar y seguir de una manera metodológica y científicamente estandarizada al individuo con esta condición.
- El consenso demuestra la pertinencia de usar el algoritmo de manejo, al momento de hacer el abordaje del recién nacido con genitales atípicos-asignación de sexo certero.

Consensus on gender dysphoria or gender incongruence

Abstract

Introduction: Gender incongruence is an individual's dissatisfaction with their assigned gender and their identification with a gender other than that associated with their birth sex, based on physical sex characteristics, and given by their genitalia at birth; "dysphoria" refers to the psychological distress and discomfort experienced; only some people with gender incongruence experience gender dysphoria at some point in their lives. Gender incongruence is a condition, which should not be evaluated as inherently pathological or negative.

Purpose: To generate recommendations from expert consensus on terminology, diagnostic criteria for gender incongruence/gender dysphoria, comprehensive management of comorbidities in gender incongruence/gender dysphoria, defining the management and therapeutic goals of affirmative hormone therapy in those over 18 years old, defining the criteria for performing gender affirmation surgery, defining the medical monitoring in patients over 18 years of age with gender incongruence/dysphoria, providing guidelines for the treatment of infants and adolescents with gender incongruence/gender dysphoria, defining the criteria for the use of puberty blockers, defining the criteria and recommendations for the initiation of cross-sex hormone therapy in adolescents over 16 years of age, and defining the management algorithm for approaching the newborn with atypical genitalia-certain sex assignment.

Methodology: A modified Delphi type consensus was carried out with the participation of 10 clinical specialists (endocrinologists, pediatric endocrinologists, aesthetic and reconstructive plastic surgeons, urologists, and psychiatrists), as well as a development group. Based on the analysis of the results, recommendations were presented.

Results: Recommendations were defined for: terminology, diagnostic criteria on gender incongruence/gender dysphoria, comprehensive management of comorbidities in gender incongruence/gender dysphoria, management and therapeutic goals of hormone affirmative therapy in over 18s, criteria for performing gender affirming surgery, medical monitoring

Highlights

- Gender incongruence or gender dysphoria are similar, but not synonymous words. However, their diagnostic criteria, hormone affirming treatments, gender affirming surgeries and medical follow-up are the same.
- Gender incongruence/gender dysphoria requires a multidisciplinary team that from their diverse points of view provides the individual with the best therapeutic options currently available in the country, through a management plan individualized to the needs of each person.
- From diagnosis to pharmacological and surgical management, gender incongruence/gender dysphoria has the necessary criteria to provide the treating physician with the peace of mind to identify, treat and follow up in a methodological and scientifically standardized way the individual with this condition.
- The consensus demonstrates the relevance of using the management algorithm, when approaching the newborn with atypical genitalia-certain sex assignment.

Abstract

in patients over 18 years old with gender incongruence/dysphoria, criteria for the use of puberty blockers, criteria and recommendations for initiation of cross-sex hormone therapy, and a management algorithm for approaching the newborn with atypical genitalia—certain sex assignment.

Conclusions: Gender incongruence and gender dysphoria are words with similarity, but not synonymous. However, their diagnostic criteria, affirmative hormonal treatments, gender affirming surgeries and medical monitoring are the same.

Keywords: Gender Dysphoria, Disorder Gender Identity, Transgender Persons, Transsexualism, Hormone Replacement Therapy, Sex Reassignment Surgery, Sex Reassignment Procedures.

Introducción

La disforia de género es un término comúnmente utilizado entre los médicos especialistas e investigadores, sin embargo, es menos frecuente para los médicos que tienen poca o ninguna experiencia en esta área. El término “disforia de género” se publicó por primera vez en 1974 en el *Western Journal of Medicine* y fue descrito por el doctor Norman M. Fisk (1) para referirse a las personas que experimentaban una incomodidad suficiente con su sexo biológico como para desear una reasignación de género.

Hoy en día, la incongruencia de género es un término válido para lo que anteriormente se describió como trastorno de identidad de género. La terminología en esta área de la medicina cambia con frecuencia debido a las modificaciones que se presentan en la conceptualización del término, es por ello que la incongruencia de género, como término descriptivo, se refiere a la insatisfacción de un individuo con su género asignado y su identificación con un género distinto al asociado con su sexo de nacimiento, basado en las características sexuales físicas y dado por su genitalidad al nacer; por otro lado, hoy día, la “disforia” se refiere a la angustia y al malestar psicológico experimentado; solo algunas personas con incongruencia de género experimentan disforia de género en algún momento de sus vidas. El término disforia se define más específicamente cuando se utiliza como diagnóstico por el DSM-5 (2).

La prevalencia reportada en los últimos 50 años varía entre los diferentes estudios que se encuentran publicados en la literatura médica; esto debido a distintos factores, entre los que

se encuentran la metodología utilizada, los cambios en la clasificación diagnóstica, el año y el país donde fueron realizados y las fallas en la identificación abierta de algunos individuos, secundario a posibles presiones sociales (3). Una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios de prevalencia publicados en 2015 por Arcelus et al. (4) analizaron 21 estudios publicados entre 1945 y 2014, 85% de ellos europeos, que incluyeron una población total de 95 141 541 personas transgénero y determinó una prevalencia global de 4,6 por cada 100 000 personas, una prevalencia para mujeres trans de 6,8 por cada 100 000 personas y para hombres trans de 2,6 por cada 100 000 personas. Basados en lo reportado por Gómez et al. (5), la incidencia en países europeos se ha estimado entre 0,14 y 0,26 por cada 100 000 habitantes/año, alcanzando cifras de 0,58 en Australia y de 1,58 en Singapur. En un estudio más reciente, del 2017 en España, publicado por Becerra et al. (6), comunican unos datos bastantes mayores. Así, la prevalencia de transexualismo fue de 22,1 en 100 000 habitantes: 31,2 para mujeres trans y 12,9 para hombres trans, lo que hace que la relación mujeres trans/hombres trans sea aproximadamente de 2,2:1. La tasa de incidencia fue de 2,5 por 100 000 habitantes, lo que representa un promedio anual de 130 demandas. En Colombia no se han publicado estudios que calculen la incidencia y la prevalencia de la disforia de género (3).

El objetivo de este documento es presentar una posición conjunta adoptada por un grupo multidisciplinario de expertos especialistas en Endocrinología, Endocrinología Pediátrica, Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Urología y

Psiquiatría, quienes emitieron opiniones a partir de la experiencia y la evidencia revisada acerca de la DG/IG en pacientes menores de 18 años y un apartado especial en menores de edad, con el fin de brindar recomendaciones en cuanto a terminología, criterios diagnósticos, manejo integral de comorbilidades, manejo y metas terapéuticas de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, criterios para la realización de la cirugía de afirmación de género, seguimiento médico en mayores de 18 años, criterios para el uso de bloqueadores de la pubertad, criterios para el inicio de la terapia hormonal cruzada y abordaje del recién nacido con genitales atípicos-asignación de sexo certero.

Materiales y métodos

La Asociación Colombiana de Endocrinología, Metabolismo y Diabetes desarrolló un consenso con método Delphi modificado (7), definiendo como consenso positivo promedio $\geq 70\%$, consenso negativo promedio $\leq 30\%$ y disenso entre 31 y 69%.

Para esto se estableció un grupo desarrollador y un panel de 10 expertos en las áreas de Endocrinología, Endocrinología Pediátrica, Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Urología y Psiquiatría, elegidos por muestreo no probabilístico a conveniencia y un grupo desarrollador.

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en tres bases de datos especializadas: Pubmed, Epistemonikos y Portal Regional de la BVS (tabla 1) y se recibieron artículos aportados por el panel de expertos participantes del consenso.

Se aplicaron filtros de búsqueda dependiendo de la base analizada. Para Pubmed se filtró

por publicaciones de los últimos cinco años e idioma (inglés y español); para Epistemonikos se filtró por publicaciones de los últimos cinco años y únicamente revisiones sistemáticas de la literatura y para la BVS se filtró la búsqueda por publicaciones entre 2016 y 2021. Posteriormente, se llevó a cabo el análisis de la evidencia científica mediante la herramienta del Oxford Center for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (8).

Se formularon las preguntas a responder por el grupo de expertos, de forma anónima y en una plataforma *online*, mediante la escala de Likert de 1 a 9 (9). Se realizaron dos sesiones de preguntas donde los expertos expresaron comentarios acerca de sus experiencias y opiniones. Posteriormente, se llevaron a cabo sesiones virtuales donde de forma conjunta y de acuerdo con los resultados de la mediana se planteó la fuerza de recomendación y se definieron las recomendaciones.

Resultados

Los 10 participantes del consenso completaron la totalidad de preguntas realizadas en la primera ronda de encuestas. En cuanto a la segunda ronda de preguntas, participaron 8 de los 10 participantes. Posterior a cada ronda, tuvieron una retroalimentación controlada de los resultados, manteniendo el anonimato de las respuestas; en la primera ronda, se presentaron 138 afirmaciones a analizar, obteniendo consenso en 134 de 138. Se informaron los resultados a los participantes y se requirió una segunda ronda de iteración para profundizar en los temas en que se obtuvo un disenso, donde se incluyeron 22 afirmaciones y donde se obtuvo consenso en 22 de 22 planteamientos.

Se plantearon las recomendaciones de acuerdo con las respuestas obtenidas y se presentaron en una reunión grupal final (tablas 2-15).

Tabla 1. Algoritmos de búsqueda

Algoritmo de búsqueda		PubMed	BVS	Epistemonikos	Cochrane
1	("Gender Dysphoria"[Mesh]) AND (epidemiology). Filters applied: in the last 5 years, English, Spanish.	89			
2	("Gender Dysphoria"[Mesh]) AND (Etiology). Filters applied: in the last 5 years, English, Spanish.	72			
3	("Gender Dysphoria"[Mesh]) AND (psychology). Filters applied: in the last 5 years, English, Spanish, Adult: 19+ years	106			
4	("Gender Dysphoria"[Mesh]) AND (diagnosis). Filters applied: in the last 5 years, English, Spanish, Adult: 19+ years	94			
5	("Gender Dysphoria"[Mesh]) AND (therapy). Filters applied: in the last 5 years, English, Spanish, Adult: 19+ years	102			
6	("Gender Dysphoria"[Mesh]) AND (surgery). Filters applied: in the last 5 years, English, Spanish, Adult: 19+ years	66			
7	(gender dysphoria) OR (disforia de género) AND (db:("LILACS" OR "IBECs" OR "CUMED" OR "INDEXPSI" OR "BINACIS" OR "BIGG" OR "DECS")) AND (year_cluster:[2016 TO 2021]).		53		
8	Gender Dysphoria. Filters applied: in the last 5 years, systematic review.			41	
9	"gender dysphoria" in Title Abstract Keyword – (Word variations have been searched)				1

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Preguntas y resultados primera ronda

Afirmación	Media	DE	Mediana
Terminología			
1. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [incongruencia de género: insatisfacción de un individuo con su género asignado y su identificación con un género distinto al asociado con su sexo de nacimiento basado en las características sexuales físicas e impuesto por su genitalidad al nacer].	8,7	0,67	9
2. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la definición de incongruencia de género, anteriormente descrita, es aplicable al contexto colombiano].	8,6	0,52	9
3. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la "disforia" se refiere a la angustia y el malestar psicológico experimentado. El término disforia se define más específicamente cuando se utiliza como diagnóstico (DSM-5)].	8,6	0,70	9
4. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la definición de disforia, anteriormente descrita, es aplicable al contexto colombiano].	8,5	0,71	9
5. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [incongruencia de género y disforia son sinónimos].	4,7	3,27	5
6. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [transgénero se refiere al amplio espectro de personas que se identifican con un género distinto al asociado a su sexo de nacimiento y que no han recurrido a intervenciones de afirmación quirúrgica].	7,3	2,91	9
7. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la definición de transgénero, anteriormente descrita, es aplicable al contexto colombiano].	7,5	2,64	9
8. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [transexual, es un término originado en la comunidad médica y psicológica para referirse a los individuos que han realizado una transición permanente mediante intervenciones médicas o que deseaban hacerlo].	7,5	2,46	8
9. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la definición de transexual, anteriormente descrita, es aplicable al contexto colombiano].	7,6	2,41	8
10. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [cisgénero es un adjetivo para personas con identidad de género alineada con el sexo registrado al nacer].	9	0,00	9

11. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la definición de cisgénero, anteriormente descrita, es aplicable al contexto colombiano].	9	0,00	9
12. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [diversidad de género es la denominación general utilizada para describir la amplia gama de identificaciones de género fuera de las categorías de género convencionales (femenino, masculino)].	8,8	0,42	9
13. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la definición de diversidad de género, anteriormente descrita, es aplicable al contexto colombiano].	8,8	0,42	9
14. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [no binario es la falta de identificación con la masculinidad o femineidad convencional. Las personas no binarias pueden expresar características de ambos géneros o de ninguno].	8,7	0,48	9
15. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la definición de no binario, anteriormente descrita, es aplicable al contexto colombiano].	8,7	0,48	9
16. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [hombre trans es una persona nacida fenotípicamente como mujer (mujer natal), registrada (asignada) como mujer al nacer que se identifica como hombre].	8,2	2,53	9
17. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la definición de hombre trans, anteriormente descrita, es aplicable al contexto colombiano].	8,2	2,53	9
18. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [mujer transgénero es una persona nacida fenotípicamente como varón (varón de nacimiento), registrada (asignada) como varón al nacer que se identifica como mujer].	9	0,00	9
19. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la definición de mujer transgénero, anteriormente descrita, es aplicable al contexto colombiano].	9	0,00	9
20. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [trastorno de identidad de género es un término que se utilizaba para referirse a la incongruencia de género en las versiones anteriores del DSM. El CIE-10 aun lo utiliza, pero el próximo CIE-11 ha propuesto utilizar el de incongruencia de género].	8,4	1,35	9
21. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque una única casilla, según su opinión [la definición de trastorno de identidad de género, anteriormente descrita, es aplicable al contexto colombiano].	8,5	1,27	9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Criterios diagnósticos

Afirmación	Media	DE	Mediana
Criterios diagnósticos			
<p>22. Los criterios diagnósticos de la disforia de género/incongruencia de género en mayores de 18 años, expuestos por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría son:</p> <p>22.1 Una marcada incoherencia entre el género experimentado/ expresado y el género asignado, de al menos seis meses de duración, manifestada por al menos dos de los siguientes aspectos:</p> <p>22.1.1 Una marcada incongruencia entre género experimentado/ expresado y las características sexuales primarias o secundarias.</p> <p>22.1.2 Un fuerte deseo de deshacerse de sus características sexuales primarias o secundarias debido a una marcada incongruencia con su género experimentado/expresado.</p> <p>22.1.3 Un fuerte deseo por las características sexuales primarias o secundarias del otro género.</p> <p>22.1.4 Un fuerte deseo de ser del otro género (o de algún género alternativo diferente al asignado).</p> <p>22.1.5 Un fuerte deseo de ser tratado como el otro género (o algún género alternativo diferente al género asignado).</p> <p>22.1.6 Una fuerte convicción por los sentimientos y las reacciones típicas del otro género (o de algún género alternativo diferente del género asignado).</p> <p>22.2. La condición está asociada a una angustia clínicamente significativa o a un deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	7,9	2,51	9
23. Los criterios previamente descritos para la disforia de género/ incongruencia de género en mayores de 18 años son aplicables al contexto colombiano.	7,7	2,54	9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Riesgos médicos

Afirmación	Media	DE	Mediana
Riesgos médicos			
24. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mujeres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [enfermedad tromboembólica].	9,0	0,00	9

25. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mujeres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [macroprolactinoma].	9,0	0,00	9
26. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mujeres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [cáncer de mama].	8,3	2,21	9
27. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mujeres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [enfermedad arterial coronaria].	9,0	0,00	9
28. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mujeres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [enfermedad cerebrovascular].	8,9	0,32	9
29. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mujeres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [colelitiasis].	8,2	2,53	9
30. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mujeres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [hipertrigliceridemia].	8,9	0,32	9
31. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en hombres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [eritrocitosis].	9,0	0,00	9
32. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en hombres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [disfunción hepática grave].	8,9	0,32	9
33. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en hombres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [enfermedad arterial coronaria].	8,9	0,32	9
34. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en hombres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [enfermedad cerebrovascular].	8,9	0,32	9
35. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en hombres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [hipertensión arterial].	8,8	0,63	9

36. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en hombres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [cáncer de mama].	8,6	0,88	9
37. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en hombres transgénero debemos evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal [cáncer de útero].	8,6	0,88	9
38. Las siguientes comorbilidades en hombres y mujeres transgénero pueden potencialmente deteriorarse con el manejo hormonal del género afirmado [depresión].	7,8	2,10	9
39. Las siguientes comorbilidades en hombres y mujeres transgénero pueden potencialmente deteriorarse con el manejo hormonal del género afirmado [ansiedad].	7,8	2,10	9
40. Las siguientes comorbilidades en hombres y mujeres transgénero pueden desarrollarse con el manejo hormonal del género afirmado [depresión].	7,2	2,53	8,5
41. Las siguientes comorbilidades en hombres y mujeres transgénero pueden desarrollarse con el manejo hormonal del género afirmado [ansiedad].	7,2	2,53	8,5

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Criterios inicio de terapia hormonal afirmativa

Afirmación	Media	DE	Mediana
Criterios inicio de terapia hormonal afirmativa			
42. El siguiente es un criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años: [tener un diagnóstico de disforia de género/incongruencia de género persistente y bien documentado].	8,5	0,71	9
43. El siguiente es un criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años: [el anterior criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años es aplicable al contexto colombiano].	8,5	0,71	9
44. El siguiente es un criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años: [contar con el consentimiento informado de la persona].	9	0,00	9
45. El siguiente es un criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años: [el anterior criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años es aplicable al contexto colombiano].	9	0,00	9

46. El siguiente es un criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años: [una persona con comorbilidades en salud mental debe estar razonablemente bien controlado].	8,7	0,67	9
47. El siguiente es un criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años: [el anterior criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años es aplicable al contexto colombiano].	8,8	0,63	9
48. El siguiente es un criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años: [la persona está dispuesta a recibir apoyo psicoterapéutico y asesoría durante todo el proceso de afirmación].	8,9	0,32	9
49. El siguiente es un criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años: [el anterior criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años es aplicable al contexto colombiano].	8,9	0,32	9
50. El siguiente es un criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años: [la persona tiene una experiencia en la vida real adoptando su rol de género afirmado durante al menos 12 meses].	8,8	0,63	9
51. El siguiente es un criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años: [el anterior criterio para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años es aplicable al contexto colombiano].	8,8	0,63	9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Evaluación previa a la terapia hormonal afirmativa

Afirmación	Media	DE	Mediana
Evaluación previa a la terapia hormonal afirmativa			
52. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben evaluar los antecedentes médicos, familiares y psicosociales. Debe incluirse el consumo de tabaco, el abuso de sustancias, los trastornos de salud mental y los objetivos reproductivos.	9,0	0,00	9
53. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se debe realizar un examen físico que incluya el peso, el índice de masa corporal y la presión arterial.	9,0	0,00	9
54. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [hemograma].	9,0	0,00	9

55. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [ionograma].	8,8	0,63	9
56. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [azoados].	8,8	0,63	9
57. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [glicemia basal].	9,0	0,00	9
58. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [perfil lipídico].	9,0	0,00	9
59. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [función hepática].	9,0	0,00	9
60. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [Hormona foliculoestimulante (FSH)].	8,3	0,48	8
61. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [hormona luteinizante (LH)].	8,3	0,48	8
62. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [testosterona total].	8,3	0,48	8
63. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [estradiol].	8,3	0,48	8
64. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar los siguientes paraclínicos: [prolactina].	8,3	0,48	8
65. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se deben realizar pruebas de pesquisa para infecciones de transmisión sexual.	8,7	0,67	9
66. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, si el paciente presenta factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, se debe realizar lo siguiente: [electrocardiograma].	8,4	0,70	8,5
67. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, si el paciente presenta factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, se debe realizar lo siguiente: [ecocardiograma].	7,7	1,25	8
68. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, si el paciente presenta factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, se debe realizar lo siguiente: [prueba de esfuerzo].	7,3	1,57	7,5
69. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, si el paciente presenta factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, se debe realizar lo siguiente: [valoración por Cardiología].	7,6	1,35	8

70. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años, se debe medir la densidad mineral ósea en pacientes con riesgo de fracturas osteoporóticas, es decir, quienes presenten antecedentes personales o familiares de fracturas osteoporóticas, uso crónico de glucocorticoides, hipogonadismo crónico, deficiencia de vitamina D o alteración del metabolismo del calcio.	8,8	0,63	9
71. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años y según la edad y los factores de riesgo del paciente, así como las recomendaciones de las guías de práctica clínica para tamizaje, se debe realizar la tamización para lo siguiente: [cáncer de mama].	9,0	0,00	9
72. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años y según la edad y los factores de riesgo del paciente, así como las recomendaciones de las guías de práctica clínica para tamizaje, se debe realizar la tamización para lo siguiente: [cáncer de cuello de útero].	9,0	0,00	9
73. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años y según la edad y los factores de riesgo del paciente, así como las recomendaciones de las guías de práctica clínica para tamizaje, se debe realizar la tamización para lo siguiente: [cáncer de próstata].	9,0	0,00	9
74. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años en quienes se identifiquen factores de riesgo para trombofilia, riesgos genéticos o antecedentes personales, se debe remitir solicitar lo siguiente: [proteína C].	7,9	1,37	8
75. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años en quienes se identifiquen factores de riesgo para trombofilia, riesgos genéticos o antecedentes personales, se debe remitir solicitar lo siguiente: [proteína S].	71,8	1,30	8
76. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años en quienes se identifiquen factores de riesgo para trombofilia, riesgos genéticos o antecedentes personales, se debe remitir solicitar lo siguiente: [antitrombina III].	7,6	1,78	8
77. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años en quienes se identifiquen factores de riesgo para trombofilia, riesgos genéticos o antecedentes personales, se debe remitir solicitar lo siguiente: [factor V].	8,0	1,25	8
78. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años en quienes se identifiquen factores de riesgo para trombofilia, riesgos genéticos o antecedentes personales, se debe remitir solicitar lo siguiente: [protrombina G].	7,6	1,78	8
79. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años en quienes se identifiquen factores de riesgo para trombofilia, riesgos genéticos o antecedentes personales, se debe remitir solicitar lo siguiente: [mutaciones de la metilentetrahidrofolato reductasa].	7,3	1,83	8

80. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años en quienes se identifiquen factores de riesgo para trombofilia, riesgos genéticos o antecedentes personales, se debe remitir solicitar lo siguiente: [valoración por hematología].	8,1	1,20	8
---	-----	------	---

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Regímenes hormonales

Afirmación	Media	DE	Mediana
Regímenes hormonales			
81. El valerato de estradiol de 2,0–6,0 mg/d es la terapia hormonal de afirmación de género en mujeres transgénero mediante estrógenos orales.	8,8	0,63	9
82. El anterior esquema de terapia hormonal de afirmación de género con estrógenos orales en mujeres transgénero está disponible en Colombia.	8,8	0,63	9
83. La terapia hormonal de afirmación de género en mujeres transgénero mediante estrógenos transdérmicos se da a través del parche transdérmico de estradiol 0,025–0,2 mg/día y se coloca un nuevo parche cada tres a cinco días.	9	0,00	9
84. El anterior esquema de terapia hormonal de afirmación de género con estrógenos transdérmicos en mujeres transgénero está disponible en Colombia.	9	0,00	9
85. La terapia hormonal de afirmación de género en mujeres transgénero mediante estrógenos vía parenteral se da mediante el valerato o cipionato de estradiol 5–30 mg intramuscular cada dos semanas o 2–10 mg intramuscular cada semana.	9	0,00	9
86. El anterior esquema de terapia hormonal de afirmación de género con estrógenos vía parenteral en mujeres transgénero está disponible en Colombia.	5,8	3,79	8
87. La terapia hormonal de afirmación de género en mujeres transgénero mediante antiandrógenos se da mediante los siguientes: espironolactona a 100–300 mg/día o acetato de ciproterona a 25–50 mg/día.	9	0,00	9
88. El anterior esquema de terapia hormonal de afirmación de género en mujeres transgénero con antiandrógenos está disponible en Colombia.	8,6	0,84	9

89. La posología para la terapia hormonal de afirmación de género en mujeres transgénero mediante agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina es de 3,75 mg secuencialmente subcutáneo mensual o 11,25 mg secuencialmente subcutáneo trimestral.	8,8	0,63	9
90. El anterior esquema de terapia hormonal de afirmación de género en mujeres transgénero con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina está disponible en Colombia.	7,8	2,70	9
91. En la terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero mediante testosterona por vía parenteral, una opción terapéutica es el enantato o el cipionato de testosterona 100–200 mg secuencialmente intramuscular cada dos semanas o secuencialmente subcutáneo 50% por semana.	8,90	0,32	9
92. El anterior esquema de terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero con testosterona por vía parenteral está disponible en Colombia.	8,90	0,32	9
93. En la terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero mediante testosterona por vía parenteral, una opción terapéutica es el undecanoato de testosterona con una dosis inicial de 1000 mg, seguida de una aplicación a las seis semanas y luego a intervalos de doce semanas.	8,90	0,32	9
94. El anterior esquema de terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero con undecanoato está disponible en Colombia.	8,80	0,63	9
95. En la terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero mediante testosterona por vía transdérmica, una opción terapéutica es el parche transdérmico de testosterona de 2,5–7,5 mg/día.	8,60	1,26	9
96. El anterior esquema de terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero con parche transdérmico de testosterona está disponible en Colombia.	5,40	3,98	7
97. En la terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero mediante testosterona por vía transdérmica, una opción terapéutica es el gel al 1,6% a 50–100 mg/día.	8,30	2,21	9
98. El anterior esquema de terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero con testosterona por vía transdérmica en gel está disponible en Colombia.	7,50	2,72	9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Metas terapéuticas de la terapia hormonal afirmativa

Afirmación	Media	DE	Mediana
Metas terapéuticas de la terapia hormonal afirmativa			
99. La meta terapéutica de la terapia hormonal afirmativa en hombres transgénero en manejo con inyecciones de enantato/cipionato de testosterona total sérica es de 400–700 ng/dL.	8,2	2,20	9
100. En hombres transgénero, en manejo con inyecciones de enantato/cipionato de testosterona, el nivel de testosterona total sérica debe medirse a mitad de tratamiento, es decir, en el intervalo entre inyecciones.	7,6	2,99	9
101. En hombres transgénero, en manejo con inyecciones de undecanoato de testosterona, el nivel de testosterona total sérica debe medirse justo antes de la siguiente inyección.	8,9	0,32	9
102. La meta terapéutica de la terapia hormonal afirmativa en hombres transgénero en manejo con undecanoato de testosterona total sérica es de 400 ng/dL.	8	2,49	9
103. En hombres transgénero, en manejo con undecanoato de testosterona, la testosterona total sérica debe medirse justo antes de la siguiente inyección. Si el nivel es menor a 400 ng/dL se debe ajustar el intervalo de dosificación.	8,9	0,32	9
104. La meta terapéutica de la terapia hormonal afirmativa en mujeres transgénero para niveles de testosterona total sérica debe ser < 50 ng/dL.	8,9	0,32	9
105. La meta terapéutica de la terapia hormonal afirmativa en mujeres transgénero para niveles de estradiol sérico debe ser < 50 pg/mL y no debe exceder el rango fisiológico máximo (100–200 pg/mL).	8,8	0,42	9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Criterios para la realización de cirugía de afirmación de género

Afirmación	Media	DE	Mediana
Criterios para la realización de cirugía de afirmación de género			
106. Es criterio para la realización de cirugía de afirmación de género que el grupo multidisciplinario constituido por Psiquiatría, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Endocrinología, Urología, Ginecología y Dermatología esté de acuerdo en que la cirugía es médicamente necesaria y beneficiaría la salud o el bienestar general del paciente.	8,80	0,63	9

107. Es criterio para la realización de cirugía de afirmación de género que se tenga el diagnóstico de disforia de género persistente y bien documentado.	9,00	0,00	9
108. Es criterio para la realización de cirugía de afirmación de género el haber completado al menos un año de tratamiento hormonal consistente y compatible, a menos que no se desee o esté médicamente contraindicado.	7,90	1,79	9
109. Es criterio para la realización de cirugía de afirmación de género que la persona sea mayor de 18 años.	5,00	0,00	5
110. Es criterio para la realización de cirugía de afirmación de género que la persona haya tenido un cambio de rol social satisfactorio.	8,90	0,32	9
111. Es criterio para la realización de cirugía de afirmación de género que la persona esté conforme con los efectos hormonales (feminización o masculinización).	8,90	0,32	9
112. Es criterio para la realización de cirugía de afirmación de género que la persona desee cambios quirúrgicos definitivos.	8,90	0,32	9
113. Es criterio para la realización de cirugía de afirmación de género que la persona tenga un conocimiento demostrable de todos los aspectos prácticos de la cirugía (por ejemplo, el coste, la duración de las hospitalizaciones, las posibles complicaciones, la rehabilitación posquirúrgica y el seguimiento a largo plazo).	9,00	0,00	9
114. El tipo de cirugía se divide en dos categorías: las que afectan directamente la fertilidad (antes llamadas cirugías de reasignación de sexo) y las que no lo hacen.	9,00	0,00	9
115. La realización de cirugías debe ser secuencial. En primera instancia se deben realizar las que no afectan directamente la fertilidad y posteriormente se pueden realizar las que sí lo hacen.	8,70	0,95	9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10. Seguimiento médico en los pacientes con disforia de género/incongruencia de género

Afirmación	Media	DE	Mediana
Seguimiento médico en los pacientes con disforia de género/incongruencia de género			
116. El seguimiento médico en hombres y mujeres transgénero con disforia de género/incongruencia de género se debe realizar cada tres meses durante el primer año y luego una o dos veces al año.	8,9	0,32	9

117. En el seguimiento médico en hombres y mujeres transgénero con disforia de género/incongruencia de género, se debe realizar un tamizaje rutinario de cáncer, como en las personas cisgénero.	9	0,00	9
118. En el seguimiento médico en hombres transgénero, se debe medir la testosterona sérica cada tres meses hasta que los niveles estén en el rango fisiológico masculino.	8,7	0,67	9
119. En el seguimiento médico en hombres transgénero, se debe medir hematocritos y hemoglobina al inicio y cada tres meses durante el primer año y luego una o dos veces al año.	9	0,00	9
120. En el seguimiento médico en hombres transgénero, se debe controlar el peso y la presión arterial. Además, se debe realizar un examen físico completo en cada visita médica, debe evaluarse el perfil metabólico (lípidos, glucosa, hemoglobina glicosilada) una o dos veces al año o según el caso y deben revisarse los factores de riesgo individuales.	9	0,00	9
121. En el seguimiento médico en hombres transgénero, se debe realizar un tamizaje de osteoporosis en aquellas personas que abandonen el tratamiento con testosterona, que no cumplan con la terapia hormonal o que desarrollen riesgos de pérdida ósea (uso de glucocorticoides, hipogonadismo, alteración del metabolismo del calcio o deficiencia de vitamina D).	9	0,00	9
122. En el seguimiento médico en hombres transgénero, se deben realizar exámenes mamarios anuales subareolares y periareolares si se realiza la mastectomía. Si no se realiza mastectomía, deben realizarse mamografías o ecografías (según la edad del paciente) como recomienda la guía de práctica clínica para la detección temprana, el tratamiento integral, el seguimiento y la rehabilitación del cáncer de mama del Ministerio de Salud de Colombia.	9	0,00	9
123. En el seguimiento médico en hombres transgénero, se deben realizar exámenes de pesquisa para cáncer de cuello uterino como recomienda la guía de práctica clínica para la detección temprana, el tratamiento integral, el seguimiento y la rehabilitación del cáncer de cuello uterino del Ministerio de Salud de Colombia.	8,9	0,32	9
124. En el seguimiento médico en mujeres transgénero, se deben medir testosterona y estradiol en suero cada tres meses.	8,5	1,08	9
125. En el seguimiento médico en mujeres transgénero, estas deben ser monitoreadas cada tres meses en el primer año y después cada año.	8,5	1,27	9
126. En el seguimiento médico en mujeres transgénero, se deben realizar exámenes de pesquisa para cáncer de próstata como recomienda la guía de práctica clínica para la detección temprana, el tratamiento integral, el seguimiento y la rehabilitación del cáncer de próstata del Ministerio de Salud de Colombia.	9	0,00	9

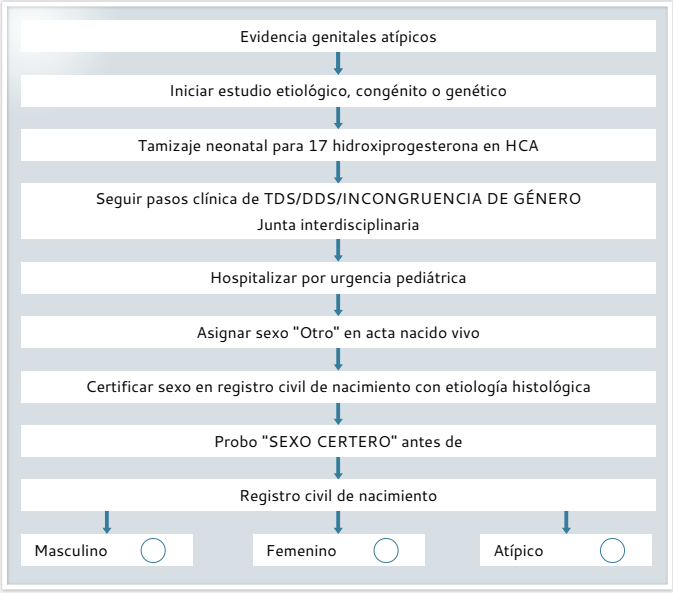
Fuente: elaboración propia.

Tabla 11. Criterios para el uso de bloqueadores de la pubertad

Afirmación	Media	DE	Mediana
Criterios para el uso de bloqueadores de la pubertad			
127. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad que el adolescente demostrase un patrón duradero e intenso de disforia de género.	8,8	0,63	9
128. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad que la disforia de género haya empeorado con el inicio de la pubertad.	8,6	1,26	9
129. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad que en el adolescente se hubiese abordado cualquier problema psicológico, médico o social coexistente que pueda interferir con el tratamiento y su adherencia.	7,5	3,17	9
130. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad el poder demostrar que el adolescente tiene la suficiente capacidad mental para dar su consentimiento informado para este tratamiento reversible.	8,9	0,32	9
131. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad que al adolescente se le informe acerca de los posibles eventos y efectos secundarios del tratamiento, incluida la posible alteración de fertilidad si el individuo continúa posteriormente con el tratamiento de hormonas sexuales, y de las distintas opciones para preservar dicha fertilidad.	9	0,00	9
132. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad contar con el consentimiento informado del adolescente y el de sus padres u otros cuidadores/tutores.	9	0,00	9
133. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad contar con el consentimiento informado de padres u otros cuidadores/tutores para que participen en el apoyo al adolescente durante todo el proceso de tratamiento.	9	0,00	9
134. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad que el médico tratante haya confirmado que la pubertad ha comenzado en el adolescente, estadio de Tanner G2/B2.	9	0,00	9
135. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad el haber confirmado que no existen contraindicaciones médicas para el tratamiento con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH).	9	0,00	9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 12. Criterios para determinar el sexo certero del recién nacido vivo

Afirmación	Media	DE	Mediana
Criterios para determinar el sexo certero del recién nacido vivo			
<p>136. El algoritmo de manejo para abordaje del recién nacido con genitales atípicos–asignación de sexo certero es el siguiente:</p> 	9,0	0,00	9
<p>137. El anterior algoritmo para abordaje del recién nacido con genitales atípicos–asignación de sexo certero es aplicable al contexto colombiano.</p>	8,9	0,32	9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Preguntas y resultados de la segunda ronda

Afirmación	Media	DE	Mediana
Criterios para el uso de bloqueadores de la pubertad			
1. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad que el adolescente demostrase un patrón duradero e intenso de disforia de género.	9	0	9
2. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad que la disforia de género haya empeorado con el inicio de la pubertad.	9	0	9

3. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad que con el adolescente se hubiese abordado cualquier problema psicológico, médico o social coexistente que pueda interferir con el tratamiento y su adherencia.	9	0	9
4. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad el poder demostrar que el adolescente tiene la suficiente capacidad mental para dar su consentimiento informado para este tratamiento reversible.	9	0	9
5. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad que al adolescente se le informe acerca de los posibles eventos y efectos secundarios del tratamiento, incluida la posible alteración de la fertilidad si el individuo continúa posteriormente con el tratamiento de hormonas sexuales, y de las distintas opciones para preservar dicha fertilidad.	9	0	9
6. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad contar con el consentimiento informado del adolescente y el de sus padres u otros cuidadores/tutores.	9	0	9
7. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad contar con el consentimiento informado de padres u otros cuidadores/tutores para que participen en el apoyo al adolescente durante todo el proceso de tratamiento.	9	0	9
8. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad que el médico tratante haya confirmado que la pubertad ha comenzado en el adolescente, estadio de Tanner G2/B2.	9	0	9
9. Es un criterio para el uso de bloqueadores de la pubertad el haber confirmado que no existen contraindicaciones médicas para el tratamiento con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH).	9	0	9
10. Los criterios para uso de bloqueadores de la pubertad son los mismos para la incongruencia de género y para la disforia de género.	8,87	0,35	9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 14. Criterios para la terapia hormonal cruzada

Afirmación	Media	DE	Mediana
Criterios para la terapia hormonal cruzada			
11. Es criterio para dar inicio al tratamiento de terapia hormonal cruzada que la persona sea mayor de 16 años.	7,87	1,35	8,5
12. No se recomienda tener en cuenta únicamente el Tanner del paciente para dar inicio al tratamiento de terapia hormonal cruzada.	8,87	0,35	9

13. Es criterio para dar inicio al tratamiento de terapia hormonal cruzada una certificación por parte de un profesional de la salud mental en: persistencia de disforia de género/incongruencia de género.	9	0	9
14. Es criterio para dar inicio al tratamiento de terapia hormonal cruzada una certificación por parte de un profesional de la salud mental en: [se han abordado los problemas psicológicos, médicos o sociales coexistentes que podrían interferir con el tratamiento, de modo que la situación y el funcionamiento del adolescente son lo suficientemente estables como para iniciar un tratamiento hormonal (se descartan otras condiciones de tipo psicológicas, médicas y dificultades sociales coexistentes que puedan interferir en el tratamiento)].	9	0	9
15. Es criterio para dar inicio al tratamiento de terapia hormonal cruzada que el paciente dé su consentimiento informado. El adolescente debe tener la capacidad mental suficiente (mayor de 16 años) para dar el consentimiento informado, teniendo en cuenta las consecuencias reversibles e irreversibles del tratamiento.	9	0	9
16. Cuando el adolescente no ha alcanzado la edad de consentimiento legal (mayor de 16 años), los padres u otros cuidadores o tutores deben dar el consentimiento para el tratamiento y están involucrados/as apoyando al paciente durante todo el proceso de tratamiento.	8,75	0,70	9
17. Para dar inicio al tratamiento de terapia hormonal cruzada, el paciente debe ser informado, entender y aceptar los posibles efectos reversibles e irreversibles del tratamiento, así como posibles efectos secundarios del mismo, incluida la posible pérdida de fertilidad y de sus opciones para preservar la fertilidad.	9	0	9
18. Es criterio para dar inicio al tratamiento de terapia hormonal cruzada que el endocrinólogo pediatra confirme la indicación de tratamiento con hormonas sexuales (tratamiento hormonal cruzado) y ha confirmado que no existen contraindicaciones para el tratamiento.	9	0	9
19. Se recomienda que el tratamiento hormonal cruzado sea prescrito por un profesional de la salud de Endocrinología Pediátrica con experiencia en la inducción puberal.	9	0	9
20. Tanto para el uso de bloqueadores de la pubertad como para la terapia hormonal cruzada se recomienda un seguimiento continuo clínico y paraclínico por un profesional de la salud de Endocrinología Pediátrica y un equipo interdisciplinario con experiencia en la inducción puberal.	9	0	9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 15. Criterios para determinar el sexo certero del recién nacido vivo

Afirmación	Media	DE	Mediana
Criterios para determinar el sexo certero del recién nacido vivo			
<p>21. El algoritmo de manejo para abordaje del recién nacido con genitales atípicos–asignación de sexo certero es el siguiente:</p>	9	0	9
<p>22. El anterior algoritmo para abordaje del recién nacido con genitales atípicos–asignación de sexo certero es aplicable al contexto colombiano.</p>	9	0	9

Fuente: elaboración propia.

Recomendaciones

Terminología

1. Disforia de género. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versiones IV y IV–TR, (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versions IV and IV–TR*) denominaba a la transexualidad como “trastorno de identidad de género”. Al objeto de despatologizar ese término como diagnóstico, el DSM–5 (2013) lo cambió por el de “disforia de género” y que se manifiesta de diferentes formas en cualquier grupo

de edad. Para su diagnóstico, el DSM–5 requiere la presencia de los siguientes factores:

- Incongruencia o discordancia marcada entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género que siente la persona (identificación con el sexo opuesto) que ha estado presente durante al menos seis meses.
- Un fuerte deseo de no tener o rechazar sus rasgos sexuales primarios o secundarios (o en el caso de los adolescentes, prevenir su desarrollo).

- Malestar clínicamente significativo o deterioro funcional que resulta de esta incongruencia.

Al ser considerada aún una patología mental (según el DSM-5), requiere valoración y diagnóstico por profesionales de la salud mental (psiquiatras o psicólogos clínicos); pero, además, la disforia de género se refiere a la angustia y al malestar psicológico experimentado por las personas con incongruencia de género.

2. Incongruencia de género, discordancia de género, disconformidad de género o género no conforme se utilizan habitualmente como sinónimos en la literatura científica y en la sociedad.

La versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) fue aprobada en 1990 (año en que la homosexualidad dejó de estar considerada como una enfermedad), constituyendo el periodo más largo de la historia para llevar a cabo una revisión de la clasificación.

El CIE-10 en su capítulo V sobre "Trastornos mentales y del comportamiento" incluía al "transexualismo" (F64.0) como el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido. De esta definición surgió el término "transexualidad" (y "transexual"), que aluden al contexto del sexo biológico que se tiene al nacer, es decir, el sexo biológico se define por la genitalidad con la que se nace. Estas personas, según la CIE-10, tienen la convicción y se identifican con el género opuesto a su sexo biológico y, por tanto, las personas transexuales tienen el sentimiento de haber nacido con el sexo físico equivocado.

La CIE-11 se presentó en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo del 2019 para ser adoptada por los Estados miembros y que entrará en vigor el 1 de enero del 2022. Según la Organización Mundial de la Salud, esto es un avance que permitirá a los países planificar cómo usar la nueva versión y capacitar a los profesionales de la salud de todo el país.

La modificación que ha efectuado la OMS es un logro para el colectivo LGBTQI+, que pide seguir avanzando en la despatologización total de las personas transgénero. Esto implicaría que no fuera denominada y definida como una incongruencia, sino como una expresión de la diversidad humana.

3. La incongruencia de género (IG) es la insatisfacción de un individuo con su género asignado y su identificación con un género distinto al asociado con su sexo de nacimiento, basado en las características sexuales físicas y dado por su genitalidad al nacer. La IG es una condición, la cual no debe ser evaluada como inherentemente patológica o negativa.

4. El sexo se refiere a la calificación de un individuo como "masculino o femenino", con base en su anatomía (órganos reproductores, hormonas o su biología), complementándose con el cariotipo, 46 XY cromosomas masculinos o 46 XX cromosomas femeninos. Si llegaran a existir anomalías cromosómicas, estas pueden asociarse a anomalías anatómicas o alteraciones en la biología hormonal.

5. El género se refiere a los tradicionales o estereotípicos roles, comportamientos, actividades y características que una sociedad considera adecuadas para las mujeres y los hombres.

6. La expresión de género es la manera en que una persona actúa, se viste, habla y se comporta, esta puede ser femenina, masculina, una combinación de las dos o ninguna. La expresión de género no tiene que coincidir con el sexo asignado al nacer o con la identidad de género.

7. El rol de género es el conjunto de normas de la sociedad que dicta qué tipos de conductas generalmente se consideran aceptables, apropiadas o deseables para una persona, basadas en su sexo real o percibido.

8. La transición se refiere al proceso de llegar a reconocer, aceptar y expresar su identidad de género; con frecuencia, esto se refiere al periodo en el cual una persona hace cambios sociales, legales o médicos, tales como cambiarse la vestimenta, el nombre y la designación del sexo y acceder a intervenciones médicas.

9. Transgénero hace referencia al amplio espectro de personas que se identifican con

un género distinto al asociado a su sexo de nacimiento.

10. Un hombre transgénero es una persona nacida fenotípicamente como mujer (mujer natal), registrada (asignada) como mujer al nacer, que se identifica como hombre.

11. Una mujer transgénero es una persona nacida fenotípicamente como varón (varón de nacimiento), registrada (asignada) como varón al nacer, que se identifica como mujer.

12. Transexual es un término originado en la comunidad médica y psicológica para referirse a los individuos que han realizado una transición permanente mediante intervenciones médicas y quirúrgicas.

13. Cisgénero es un adjetivo para personas con identidad de género alineada con el sexo registrado al nacer.

14. Diversidad de género es la denominación general utilizada para describir la amplia gama de identificaciones de género fuera de las categorías de género convencionales (femenino, masculino).

15. No binario se refiere a la falta de identificación con la masculinidad o feminidad convencional. Las personas no binarias pueden expresar características de ambos géneros o de ninguno.

Criterios diagnósticos de la incongruencia/disforia de género en mayores de 18 años

1. Una marcada incoherencia entre el género experimentado/expressado y el género asignado, de al menos seis meses de duración, manifestada por al menos dos de los siguientes aspectos:
 - 1.1. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expressado y las características sexuales primarias o secundarias.
 - 1.2. Un fuerte deseo de deshacerse de sus características sexuales primarias o secundarias debido a una marcada incongruencia con su género experimentado/expressado.
 - 1.3. Un fuerte deseo por las características sexuales primarias o secundarias del otro género.

- 1.4. Un fuerte deseo de ser del otro género (o de algún género alternativo diferente al asignado).
- 1.5. Un fuerte deseo de ser tratado como un individuo del otro género (o algún género alternativo diferente al género asignado).
- 1.6. Una fuerte convicción por los sentimientos y las reacciones típicas del otro género (o de algún género alternativo diferente del género que se le ha asignado).
2. La condición está asociada a una angustia clínicamente significativa o a un deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.

Comorbilidades en mayores de 18 años

1. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mujeres transgénero, se deben evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal:
 - 1.1. Enfermedad tromboembólica
 - 1.2. Macroprolactinoma
 - 1.3. Cáncer de mama
 - 1.4. Enfermedad arterial coronaria
 - 1.5. Enfermedad cerebrovascular
 - 1.6. Colelitiasis
 - 1.7. Hipertrigliceridemia
2. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en hombres transgénero se deben evaluar y abordar las siguientes condiciones médicas que potencialmente pueden desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal:
 - 2.1. Eritrocitosis
 - 2.2. Disfunción hepática grave
 - 2.3. Enfermedad arterial coronaria
 - 2.4. Cáncer de mama y útero
 - 2.5. Hipertensión arterial
 - 2.6. Enfermedad cerebrovascular
 - 2.7. Hiperandrogenismo y síndrome de ovario poliquístico, síndrome metabólico
3. La depresión y la ansiedad, tanto en hombres como en mujeres transgénero pueden,

potencialmente, desarrollarse o exacerbarse con el manejo hormonal.

Terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años

1. Criterios para el inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años:

- 1.1. Tener un diagnóstico de incongruencia/ disforia de género persistente y bien documentado.
- 1.2. Contar con el consentimiento informado de la persona.
- 1.3. Una persona con comorbilidades en salud mental debe estar razonablemente bien controlada.
- 1.4. La persona debe estar dispuesta a recibir apoyo psicoterapéutico y asesoría durante todo el proceso de afirmación.
- 1.5. La persona debe tener una experiencia en la vida real adoptando su rol de género afirmado durante al menos 12 meses.

2. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años se debe considerar:

- 2.1. Evaluar los antecedentes médicos, familiares y psicosociales donde deben incluirse:
 - 2.1.1. Consumo de tabaco
 - 2.1.2. Abuso de sustancias
 - 2.1.3. Trastornos de salud mental
 - 2.1.4. Objetivos reproductivos
- 2.2. Realizar un examen físico que incluya:
 - 2.2.1. Peso
 - 2.2.2. Índice de masa corporal
 - 2.2.3. Presión arterial
- 2.3. Realizar los siguientes exámenes paraclínicos:
 - 2.3.1. Hemograma
 - 2.3.2. Ionograma
 - 2.3.3. Azoados
 - 2.3.4. Glicemia basal

2.3.5. Perfil lipídico

2.3.6. Función hepática

2.3.7. Hormona foliculoestimulante (FSH)

2.3.8. Hormona luteinizante (LH)

2.3.9. Testosterona total

2.3.10. Estradiol

2.3.11. Prolactina

2.3.12. Pesquisa para infecciones de transmisión sexual

3. Si el paciente presenta factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares se debe realizar:

3.1. Electrocardiograma

3.2. Ecocardiograma

3.3. Prueba de esfuerzo

3.4. Valoración por Cardiología

4. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años se debe medir la densidad mineral ósea en pacientes con riesgo de fracturas osteoporóticas, es decir, quienes presenten antecedentes personales o familiares de fracturas osteoporóticas, uso crónico de glucocorticoides, hipogonadismo crónico, deficiencia de vitamina D o alteración del metabolismo del calcio.

5. Antes del inicio de la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años y según la edad y los factores de riesgo del paciente, así como las recomendaciones de las guías de práctica clínica para tamizaje en Colombia, se debe realizar la tamización para:

5.1. Cáncer de mama

5.2. Cáncer de cuello de útero

5.3. Cáncer de próstata

6. Si el paciente presenta factores de riesgo para trombofilia, riesgos genéticos o antecedentes personales, se debe solicitar:

6.1. Proteína C

6.2. Proteína S

6.3. Antitrombina III

6.4. Factor V

6.5. Protrombina G

6.6. Mutaciones de la metilentetrahidrofolato reductasa

- 6.7. Valoración por hematología
7. Terapia hormonal de afirmación de género en mujeres transgénero:
- 7.1. Estrógenos orales: valerato de estradiol de 2,0 a 6,0 mg/día.
 - 7.2. Estrógenos transdérmicos: parche transdérmico de estradiol de 0,025 a 0,2 mg/día, se coloca un nuevo parche cada tres a cinco días.
 - 7.3. Estrógenos vía parenteral: valerato o cipionato de estradiol de 5 a 30 mg intramuscular cada dos semanas o de 2 a 10 mg intramuscular cada semana.
 - 7.4. Antiandrógenos: espironolactona de 100 a 300 mg/día o acetato de ciproterona de 25 a 50 mg/día.
 - 7.5. Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina: 3,75 mg secuencialmente subcutáneo mensual u 11,25 mg secuencialmente subcutáneo trimestral.
 - 7.6. La totalidad de los esquemas terapéuticos descritos anteriormente están disponibles en Colombia.
8. Terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero:
- 8.1. Testosterona por vía parenteral: enantato o cipionato de testosterona de 100 a 200 mg secuencialmente intramuscular cada dos semanas o secuencialmente subcutáneo, 50% por semana.
 - 8.2. Testosterona por vía parenteral: undecanoato de testosterona con una dosis inicial de 1000 mg, seguida de una aplicación a las seis semanas y luego a intervalos de doce semanas.
 - 8.3. Testosterona por vía transdérmica: parche transdérmico de testosterona de 2,5 a 7,5 mg/día.
 - 8.4. Testosterona por vía transdérmica: gel al 1,6 % de 50 a 100 mg/día.
 - 8.5. Los esquemas terapéuticos descritos anteriormente se encuentran disponibles en Colombia, a excepción del parche transdérmico de

testosterona de 2,5 a 7,5 mg/día. Se obtuvo un disenso por parte de los expertos en este punto.

Metas terapéuticas en la terapia hormonal afirmativa en mayores de 18 años

1. Hombres transgénero:
 - 1.1. En manejo con Enantato o cipionato de testosterona: los niveles de testosterona total sérica deben estar entre 400 y 700 ng/dL. El nivel de testosterona total sérica debe medirse a mitad de tratamiento, es decir, en el intervalo entre inyecciones.
 - 1.2. En manejo con undecanoato de testosterona: los niveles de testosterona total sérica deben estar entre 400 y 700 ng/dL. El nivel de testosterona total sérica debe medirse justo antes de la siguiente inyección y si el nivel es menor a 400 ng/dL se debe ajustar el intervalo de dosificación.
2. Mujeres transgénero:
 - 2.1. Los niveles de testosterona total sérica deben ser menores de 50 ng/dL.
 - 2.2. Los niveles de estradiol sérico deben ser mayores de 50 pg/mL y no deben exceder el rango fisiológico máximo (de 100 a 200 pg/mL).

Cirugía de afirmación de género

1. Criterios para la realización de cirugía de afirmación de género:
 - 1.1. El grupo multidisciplinario constituido por Psiquiatría, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Endocrinología, Urología y Ginecología debe estar de acuerdo en que la cirugía es médicamente necesaria y beneficiará la salud o el bienestar general del paciente.
 - 1.2. Tener el diagnóstico de disforia de género persistente y bien documentado.
 - 1.3. Haber completado al menos un año de tratamiento hormonal consistente y compatible, a menos que no se desee o esté médicamente contraindicado.

- 1.4. La persona debe ser mayor de 18 años.
 - 1.5. La persona debe estar conforme con los efectos hormonales (feminización o masculinización).
 - 1.6. La persona desea cambios quirúrgicos definitivos.
 - 1.7. La persona debe tener un conocimiento demostrable de todos los aspectos prácticos de la cirugía (por ejemplo, el coste, la duración de las hospitalizaciones, las posibles complicaciones, la rehabilitación posquirúrgica y el seguimiento a largo plazo).
2. La realización de cirugías debe ser secuencial; en primera instancia se deben realizar las que no afectan directamente la fertilidad y posteriormente se pueden realizar las que sí lo hacen.

Seguimiento médico en mayores de 18 años

1. El seguimiento médico en hombres y mujeres transgénero con incongruencia/disforia de género:
 - 1.1. Debe realizarse cada tres meses durante el primer año y luego una o dos veces al año o según el caso; deben revisarse los factores de riesgo individuales.
 - 1.2. Debe realizarse un tamizaje rutinario de cáncer, como en las personas cisgénero.
2. Seguimiento médico en hombres transgénero:
 - 2.1. Medir testosterona sérica cada tres meses hasta que los niveles estén en el rango fisiológico masculino.
 - 2.2. Medir hematocritos y hemoglobina al inicio y cada tres meses durante el primer año y luego una o dos veces al año.
 - 2.3. Controlar el peso y la presión arterial. Además, debe realizarse un examen físico completo en cada visita médica.
 - 2.4. Evaluar el perfil metabólico (lípidos, glucosa y hemoglobina glicosilada) una o dos veces al año o según el caso y deben revisarse los factores de riesgo individuales.
 - 2.5. Realizar un tamizaje de osteoporosis en aquellas personas que abandonen el

tratamiento con testosterona, que no cumplan con la terapia hormonal o que desarrollen riesgos de pérdida ósea (uso de glucocorticoides, hipogonadismo, alteración del metabolismo del calcio o deficiencia de vitamina D).

- 2.6. Realizar exámenes mamarios anuales subareolares y periareolares si se realizan las cirugías de masculinización torácica; si no se realizan este tipo de cirugías, deben realizarse mamografías o ecografías (según la edad del paciente), como recomienda la guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama del Ministerio de Salud de Colombia.
- 2.7. Si existe tejido cervical presente, deben realizarse exámenes de pesquisa para cáncer de cuello uterino, como recomienda la guía de práctica clínica para la detección temprana, el tratamiento integral, el seguimiento y la rehabilitación del cáncer de cuello uterino del Ministerio de Salud de Colombia.

3. Seguimiento médico en mujeres transgénero:

- 3.1. Deben medirse testosterona, potasio y estradiol en suero cada tres meses durante el primer año. Posterior a un año se puede medir estradiol, potasio y testosterona una o dos veces por año, según las condiciones de salud del paciente, los eventos adversos y el logro de las metas terapéuticas.
- 3.2. Deben realizarse exámenes de pesquisa para cáncer de próstata, como recomienda la guía de práctica clínica para la detección temprana, el tratamiento integral, el seguimiento y la rehabilitación del cáncer de próstata del Ministerio de Salud de Colombia.

Menores de edad con incongruencia/disforia de género

1. Criterios para uso de bloqueadores de la pubertad:

- 1.1. Que el adolescente demuestre un patrón duradero e intenso de incongruencia/disforia de género.
 - 1.2. Que la incongruencia/disforia de género haya empeorado con el inicio de la pubertad.
 - 1.3. Que en el adolescente se haya abordado cualquier problema psicológico, médico o social coexistente que pueda interferir con el tratamiento y su adherencia.
 - 1.4. Poder demostrar que el adolescente tiene la suficiente capacidad mental para recibir su consentimiento informado, cualificado y persistente con principio de la autonomía en el entendimiento para este tratamiento reversible.
 - 1.5. Que al adolescente se le informe acerca de los posibles eventos y efectos secundarios del tratamiento, incluida la posible alteración de fertilidad si el individuo continúa posteriormente con el tratamiento de hormonas sexuales y de las distintas opciones para preservar dicha fertilidad.
 - 1.6. Contar con el consentimiento informado del adolescente y el de sus padres u otros cuidadores/tutores.
 - 1.7. Contar con el consentimiento informado de padres u otros cuidadores/tutores para que participen en el apoyo al adolescente durante todo el proceso de tratamiento.
 - 1.8. Que el médico tratante haya confirmado que la pubertad ha comenzado en el adolescente en estadio de Tanner G2/B2.
 - 1.9. Haber confirmado que no existen contraindicaciones médicas para el tratamiento con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH).
2. Criterios para el inicio de terapia hormonal cruzada:
 - 2.1. Ser mayor de 16 años.
 - 2.2. Obtener una certificación por parte de un profesional de la salud mental donde conste:
- 2.2.1. La persistencia de incongruencia/disforia de género en la persona.
 - 2.2.2. Que los problemas psicológicos, médicos o sociales coexistentes que podrían interferir con el tratamiento se han abordado, de modo que la situación y el funcionamiento del adolescente son lo suficientemente estables como para iniciar un tratamiento hormonal.
 - 2.2.3. Que se descartan otras condiciones de tipo psicológicas, médicas y dificultades sociales coexistentes que puedan interferir en el tratamiento.
 - 2.3. Obtener por parte del paciente su consentimiento informado. El adolescente debe tener la capacidad mental suficiente para dar el consentimiento informado, teniendo en cuenta las consecuencias reversibles e irreversibles del tratamiento.
 - 2.4. Cuando el adolescente no ha alcanzado la edad de consentimiento legal, mayor o igual a 16 años, los padres u otros cuidadores o tutores deben dar el consentimiento para el tratamiento y estar involucrados/as apoyando al paciente durante todo el proceso de tratamiento.
 - 2.5. La persona debe ser informada, debe entender y aceptar los posibles efectos reversibles e irreversibles del tratamiento y los efectos secundarios de este, incluida la posible pérdida de la fertilidad y las distintas opciones para preservarla.
 - 2.6. El endocrinólogo pediatra confirma la indicación de tratamiento con hormonas sexuales (tratamiento hormonal cruzado), así como la confirmación de que no existen contraindicaciones para el tratamiento.
3. Recomendaciones en el inicio de la terapia hormonal cruzada:
 - 3.1. No basarse únicamente en la clasificación Tanner del paciente para dar inicio al tratamiento de terapia hormonal cruzada.

- 3.2. La prescripción debe ser entregada por un profesional de la salud especialista en Endocrinología Pediátrica, con experiencia en la inducción puberal. de la salud que sean especialistas en Endocrinología Pediátrica y por un equipo interdisciplinario con experiencia en la inducción puberal.
- 3.3. Realizar un seguimiento continuo clínico y paraclínico por profesionales

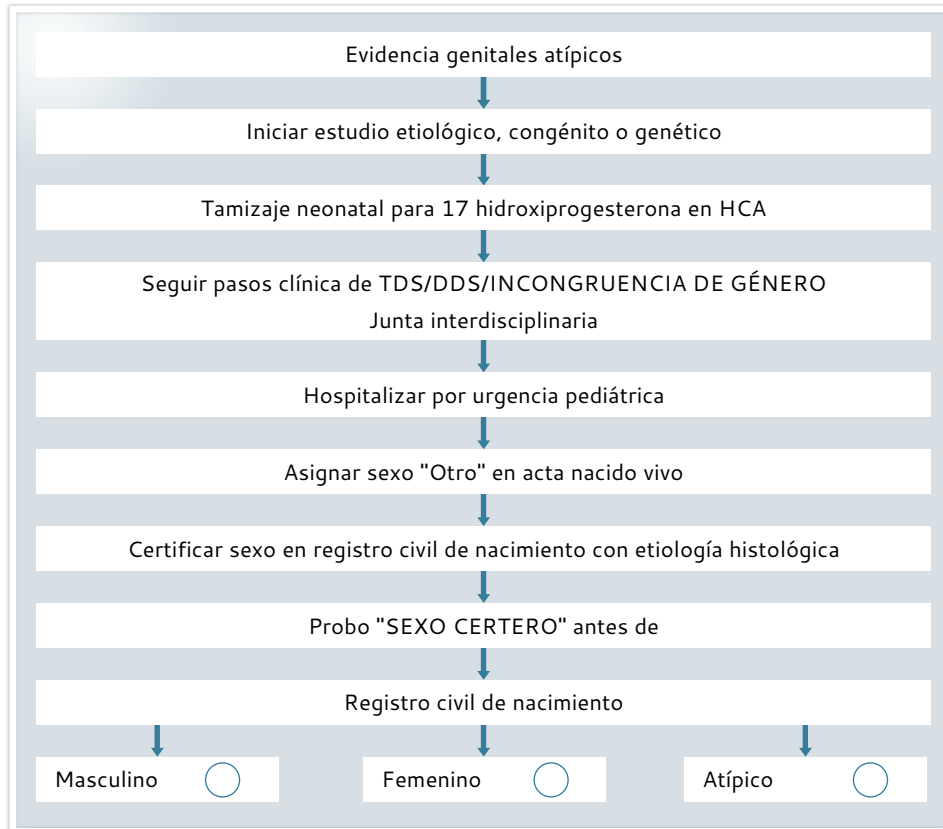


Figura 1. Algoritmo de manejo para abordaje del recién nacido con genitales atípicos–asignación de sexo certero

Fuente: tomado de (15).

Discusión

La incongruencia y la disforia de género, como condiciones similares mas no sinónimas, presentan un abordaje integral igual, tal como lo recomienda el Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología (10) y la guía de práctica clínica de la Endocrine Society, así, este abordaje debe estar liderado por un equipo profesional multidisciplinario, conformado por especialistas clínicos en las áreas de

Psiquiatría, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Endocrinología, Urología y Ginecología; si bien Dermatología no se considera esencial dentro de este grupo, su presencia puede aportar grandes beneficios al manejo de las personas en esta condición. Dentro de este abordaje integral, lo primero es poder establecer un diagnóstico claro de la condición y para ello se debe cumplir con los criterios reportados por Zucker et al. (11) y expuestos en este consenso.

En los mayores de 18 años, el manejo de la incongruencia/disforia de género está conformado por dos grandes componentes: el farmacológico, a través de la terapia hormonal afirmativa, y el quirúrgico, mediante la cirugía de afirmación de género. Antes de dar inicio a la terapia hormonal afirmativa es responsabilidad del médico tratante identificar los distintos riesgos clínicos asociados a las comorbilidades clínicas que el individuo pueda presentar y que Osorio *et al.* (3) reportan en su artículo "Disforia de género/Incongruencia de género. Terapia hormonal en adultos"; en este mismo texto se encuentran descritos los distintos esquemas terapéuticos tanto para hombres como para mujeres transgénero, así como las recomendaciones generales a la hora de realizar el seguimiento clínico en estos individuos.

La totalidad de los esquemas terapéuticos descritos en este consenso, a excepción del parche transdérmico de testosterona, se encuentran disponibles en el país. En cuanto a la parte quirúrgica, es importante conocer los criterios expuestos por Ettner *et al.* (12) y plasmados en este consenso, así como la secuencia recomendada a la hora de realizar estas intervenciones; en primera instancia, realizar aquellas cirugías que no afectan directamente la fertilidad y posteriormente realizar las que sí lo hacen.

Si bien el objetivo principal de este consenso no comprende el manejo de los individuos con incongruencia/disforia de género menores de edad, se destinó un apartado especial en tres temas esenciales en este grupo etario: 1) Criterios para uso de bloqueadores de la pubertad, los cuales fueron obtenidos de la revisión de literatura realizada por Rew *et al.* (13) en 2021, 2) Criterios para el inicio de la terapia hormonal cruzada reportados y obtenidos de Edwards-Leeper *et al.* (14) y 3) El algoritmo de manejo para abordaje del recién nacido con genitales atípicos-asignación de sexo certero (figura 1), el cual fue tomado del libro "Disforia de género" en su capítulo "Cómo abordar la inconformidad/incongruencia de género relacionado con la salud sexual en niños, niñas y adolescentes", escrito por Chahín (15).

Conclusión

La incongruencia/disforia de género requiere de un equipo multidisciplinario que a partir de sus diversos puntos de vista brinde al individuo las mejores opciones terapéuticas actualmente disponibles en el país, a través de un plan de manejo individualizado a la necesidad de cada persona; desde el diagnóstico hasta el manejo farmacológico y quirúrgico, la incongruencia/disforia de género cuenta con los criterios necesarios para brindar al médico tratante la tranquilidad de poder identificar, tratar y seguir de una manera metodológica y científicamente estandarizada al individuo con esta condición.

Si bien los menores de edad no representan el punto fuerte dentro de este consenso, se cuenta con apartados que le permiten al lector obtener información específica y crítica a la hora de abordar al recién nacido con genitales atípicos y definir los criterios específicos al momento de iniciar una terapia con bloqueadores de la pubertad, al igual que una terapia hormonal cruzada.

Por último, este consenso busca impactar positivamente en la calidad de vida de los individuos con incongruencia/disforia de género, así como en la de sus familiares o tutores.

Declaración de fuentes de financiación

Este consenso fue financiado por la Asociación Colombiana de Endocrinología, Metabolismo y Diabetes, que no participó en el diseño del estudio, en la recopilación o el análisis de los datos o en la realización del manuscrito.

Esta cooperación fue recibida por el grupo desarrollador Neurobusiness® por parte del doctor Juan David Oliveros, médico salubrista y maestrando en Epidemiología y la doctora Carolina Munar Fonseca, médica epidemióloga.

Conflictos de interés

Los participantes de este consenso declaran que no recibieron honorarios de la Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo.

Referencias

- [1] Fisk NM. Editorial: Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *West J Med.* 1974 my.;120(5):386-91.
- [2] Butler G. Gender incongruence. *Paediatr Child Health.* 2020 dic. 1;30(12):407-10. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.09.001>
- [3] Osorio AM, Rivera MA, Tovar H. Disforia de género/Incongruencia de género. Terapia hormonal en adultos. *Rev Colomb Endocrinol Diabetes Metab.* 2018 nov. 20;5(4):32-6. <https://doi.org/10.53853/encr.5.4.452>
- [4] Arcelus J, Bouman WP, Noortgate WV, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Studies in Transsexualism. *Eur Psychiatry.* 2015 sept.;30(6):807-15. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- [5] Gómez-Gil E, Trilla-García A, Godás-Sieso T, Halperin-Rabinovich I, Puig-Domingo M, Vidal-Hagemeyer A, et al. Estimación de la prevalencia, incidencia y razón de sexos del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006;34(5):295-302.
- [6] Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Cuchí-Alfaro M, García-Camba E, et al. Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand. *Arch Sex Behav.* 2017;46:1307-12. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0955-z>
- [7] Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. *PLOS ONE.* 2011 jun. 9;6(6):e20476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
- [8] Manterola DC, Zavando MD. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. *Rev Chil Cir.* 2009 dic.;61(6):582-95. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262009000600017>
- [9] Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Rev Electrónica Investig Educ.* 2018 mzo.;20(1):38-47. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>
- [10] Moreno-Pérez Ó, Esteva-De Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1). *Endocrinol Nutr.* 2012 jun. 1;59(6):367-82. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.02.001>
- [11] Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BP. Gender Dysphoria in Adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016 mzo. 28;12(1):217-47. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034>
- [12] Ettner R. Mental Health Evaluation for Gender Confirmation Surgery. *Clin Plast Surg.* 2018 jun. 1;45(3):307-11. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.002>
- [13] Rew L, Young CC, Monge M, Bogucka R. Review: Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—a critical review of the literature. *Child Adolesc Ment Health.* 2021;26(1):3-14. <https://doi.org/10.1111/camh.12437>
- [14] Edwards-Leeper L, Leibowitz S, Sangganjanavanich VF. Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychol Sex Orientat Gen Divers.* 2016 jun.;3(2):165-72. <https://doi.org/10.1037/sgd0000167>
- [15] Chahín S. Cómo abordar la inconformidad/ incongruencia de género relacionado con la salud sexual en niños, niñas y adolescentes. En: Vásquez O, editor. *Disforia de género.* Bogotá: Edita Ediciones S.A.S; 2021. p. 63-85.