

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

# **La terapia hormonal cruzada como factor protector de la Salud Mental en la atención de la salud integral de personas trans. Estudio de un caso.**

Blanco, Jimena Soledad.

Cita:

Blanco, Jimena Soledad (2023). *La terapia hormonal cruzada como factor protector de la Salud Mental en la atención de la salud integral de personas trans. Estudio de un caso. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/553>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/8a9>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# LA TERAPIA HORMONAL CRUZADA COMO FACTOR PROTECTOR DE LA SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS TRANS. ESTUDIO DE UN CASO

Blanco, Jimena Soledad

Ministerio de Salud de Neuquén. Hospital Ramón Carrillo de la Zona Sanitaria IV. San Martín de los Andes, Argentina.

## RESUMEN

Se presenta el estudio de un caso de un varón trans de 19 años que en 1 año tuvo 4 internaciones de salud mental por riesgo suicida (26 días de internación). Un equipo interdisciplinario trabajó en el encuadre adecuado y la facilitación del acceso a la terapia hormonal cruzada. El inicio de tratamiento con testosterona en gel 1% fue una compleja decisión clínica dado que el consultante presentaba hiperprolactinemia (169,90 ng/ml y los valores normales son hasta 29,50ng/ml), lo que es una contraindicación para el inicio con testosterona y estaba en seguimiento por salud mental por trastorno límite de la personalidad. Se descartó la causa más grave de hiperprolactinemia (prolactinoma) y se decidió iniciar tratamiento con testosterona. A su vez, el psiquiatra del equipo combinó aripiprazol con risperidona para bajar la hiperprolactinemia ya que ésta podría ser un efecto inducido por el antipsicótico. Favorecer la accesibilidad a esta terapia de afirmación de género médica mejoró la adherencia del consultante al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico. A partir de ese momento no hubo más internaciones ni consultas por guardia. En el dosaje en sangre a los 3 meses de la incorporación del aripiprazol el valor de prolactina había descendido a 28,79ng/ml (normal).

## Palabras clave

Terapia hormonal cruzada - Riesgo suicida - Afirmación de género - Hiperprolactinemia

## ABSTRACT

CROSS HORMONE THERAPY AS A PROTECTIVE FACTOR FOR MENTAL HEALTH IN COMPREHENSIVE HEALTH CARE FOR TRANS PEOPLE. CASE STUDY

A case study of a 19-year-old trans man who in 1 year had 4 mental health hospitalizations due to suicidal risk (26 days of hospitalization) is presented. An interdisciplinary team worked on the appropriate setting and facilitation of access to cross-hormone therapy. Starting treatment with 1% testosterone gel was a complex clinical decision given that the patient had hyper-

prolactinemia (169.90 ng/ml and normal values are up to 29.50 ng/ml), which is a contraindication for starting with testosterone and was under mental health follow up for borderline personality disorder. The most serious cause of hyperprolactinemia (prolactinoma) was ruled out and it was decided to start treatment with testosterone. In turn, the team's psychiatrist combined aripiprazole with risperidone to lower hyperprolactinemia, since this could be an effect induced by the antipsychotic. Favoring accessibility to this medical gender affirmation therapy improved the client's adherence to psychopharmacological and psychotherapeutic treatment. From that moment there were no more hospitalizations or consultations on guard. In the blood dosage 3 months after the incorporation of aripiprazole, the prolactin value had decreased to 28.79ng/ml (normal).

## Keywords

Cross hormone therapy - Suicide risk - Gender affirmation - Hyperprolactinemia

## Introducción

Estudios transversales internacionales observaron que mujeres y hombres trans muestran prevalencias de trastornos psicológicos y/o psiquiátricos significativamente mayores en comparación con la población cisgénero (Budge, Adelson & Howard, 2013). Dentro del eje I, las prevalencias más elevadas corresponden a diagnósticos de trastornos afectivos (27%) y trastornos de ansiedad (17%), mientras que la prevalencia de diagnósticos del eje II se estimó en un 18% (Heylens et al., 2014). Sin embargo, esta misma cohorte - el estudio más riguroso hasta el momento según Dhejne et al., 2016- muestra que las prevalencias son aún mayores si se consideran, no sólo los diagnósticos presentes, sino también los realizados a lo largo de la vida de la persona, ascendiendo a 60% para los trastornos afectivos y a 28% para los de ansiedad (Heylens et al., 2014).

Una de las principales preocupaciones acerca de la salud mental de las personas trans es el riesgo de suicidio (pensamientos suicidas e intentos de suicidio), así como las autolesiones (cortar-

se, golpearse o quemarse). **Las tasas de autolesión no suicida en el período anterior a las intervenciones de afirmación de género[i] se estiman en un 38% para la población trans - 57,7% en hombres trans y 26,2% en mujeres trans** (Claes et al., 2015). Las personas trans tienen significativamente más probabilidades de padecer síntomas depresivos e intentar suicidarse que las personas cisgénero (Su et al., 2016). Las tasas de suicidio en personas trans son alarmantes, entre 30% y 80% a nivel internacional (Grant et al., 2011; Reisner, White, Bradford & Mimiaga, 2014).

Argentina, por su parte, muestra una prevalencia de 33% de intento de suicidio para la población trans, siendo la edad modal del primer intento de 13 años para hombres trans y de 16 años para mujeres trans (Marshall et al., 2016). Los *factores predictivos de suicidio*, detectados tanto en estudios locales como en otros contextos, incluyen **antecedentes de maltrato, victimización de género, discriminación por identidad de género, discriminación en el sistema de salud, estigmatización por consumo de sustancias** (Clements-Nolle, Marx & Katz, 2006; Marshall et al., 2016).

#### **Transodio (mal llamado transfobia) internalizado y estigma de minorías.**

A priori, podría postularse que *la psicopatología está relacionada con el estigma y el contexto de vulnerabilidad*. La estigmatización experimentada o percibida y la internalización de las normas y expectativas de género de la sociedad, llevan a muchas personas trans a sentir malestar con relación a su propia identidad o expresión de género.[ii]Esta internalización en el autoconcepto de las actitudes negativas y prejuicios que la sociedad sostiene hacia ellas -presentada en la literatura como **transfobia internalizada**- puede generar sentimientos de vergüenza, culpa, soledad, enojo, tristeza, auto-rechazo y autodesvalorización. Como consecuencia de la percepción de estigma en el entorno y de experiencias previas de rechazo, las personas trans desarrollan una constante anticipación de situaciones de discriminación, que resulta en **hipervigilancia** y en **conductas evitativas**, como **autoexclusión** y **autoaislamiento**. El resultado de la conjunción de estos fenómenos (experiencias concretas de discriminación, expectativa y anticipación del rechazo y transfobia internalizada) es un exceso de estrés crónico, conocido como **estrés de las minorías**, que puede afectar negativamente el bienestar psicológico de estas personas (Valentine & Shipherd, 2018). De hecho, **el estrés de las minorías es lo que mayormente explica el incremento de las prevalencias de ansiedad y depresión, así como de otros síntomas psicopatológicos** en esta población (Chodzen, Hidalgo, Chen & Garofalo, 2019; Valentine & Shipherd, 2018).

En párrafos anteriores se hacía mención a la afirmación de género que es un proceso interpersonal a través del cual la identidad y expresión de género de la persona son socialmente reconocidas y afirmadas (Sevelius, 2013). Existen diferentes ti-

pos de afirmación de género: 1) **Social** (llamando a la persona por su nombre, reconociendo su género en las interacciones y utilizando el pronombre adecuado), 2) **Psicológica** (mediante el acceso a **servicios de salud mental competentes y sensibles a población trans**), 3) **Legal** (reconociendo legalmente el cambio de identidad en documentos oficiales o promoviendo leyes antidiscriminatorias) y 4) **Médica** a través de procedimientos de modificación corporal (logrando los caracteres sexuales del género auto-percibido mediante el uso de hormonas o cirugía). La afirmación de género (social, psicológica y médica) se asocia significativamente a **mayor bienestar psicológico, menos síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático y mayor autoestima**, tanto en mujeres (Bouman et al. 2016; Glynn et al., 2016) como en hombres trans (Rotondi et al., 2011; Tomita, Testa & Balsam, 2018). Los procedimientos médicos de afirmación de género han demostrado tener un impacto positivo en la salud mental y el bienestar psicológico de las personas trans (Tomita et al., 2018). Por ejemplo, **investigaciones longitudinales muestran los efectos positivos de la terapia hormonal, logrando reducciones significativas de la psicopatología luego de 12 meses** (Dhejne et al., 2016; Gómez-Gil et al., 2012; Hepp et al., 2005). Y, como resultado de la hormonización, se observan reducciones significativas en el malestar que las personas trans sienten con su cuerpo (Fisher et al., 2014). En contraste, Witcomb et al. (2018) encontraron que **las personas trans que no se encuentran en tratamiento hormonal presentan 4 veces más riesgo de trastorno depresivo**. De acuerdo a la evidencia, la afirmación de género médica -ya sea hormonal o quirúrgica- *no debe demorarse ni interrumpirse bajo ningún punto de vista, ella es en sí misma una intervención en salud mental*.

Por otro lado, se sabe que la hiperprolactinemia inducida por antipsicóticos es un efecto adverso conocido y documentado. Se conoce que el 65% de las personas con útero y producción de estrógenos en edad reproductiva y el 40-70% de personas con testículos y producción de testosterona que toman antipsicóticos tienen hiperprolactinemia (Montgomery et al., 2004). La hiperprolactinemia inducida por antipsicóticos puede causar irregularidades menstruales, amenorrea, galactorrea, ginecomastia, disfunción sexual y osteoporosis (Ajmal et al., 2014; Kishimoto et al., 2012; La Torre et al., 2013, citado en Jing-Xu Chen, Yun-Ai Su, Qing-Tao Bian, Li-He Wei, Rong-Zhen Zhang, Yan-Hong Liu, Christoph Correll, Jair C. Soares, Fu-De Yang, Shao-Li Wang, Xiang-Yang Zhang, 2015, p. 131), que a su vez interfiere con la adherencia al tratamiento psicofarmacológico. Los antipsicóticos atípicos[iii] (risperidona, paliperidona y amisulprida) se asocian con mayores aumentos de prolactina (70—100%) (Bushe et al., 2008, citado en J.-X. Chen et al., 105, p. 131). La risperidona y su principal metabolito activo la 9-hidroxisperidona (paliperidona) producen niveles de prolactina significativamente más altos en comparación a algunos antipsicóticos convencionales, como el haloperidol (Leucht et al.,

2013, citado en J.-X. Chen et al., 105, p. 131).

Un estudio en donde se evaluaron las dosis adyuvantes de aripiprazol para disminuir la prolactina arrojó mejoras significativas dentro de las 4 semanas de tratamiento con aripiprazol (3, 6, 9 y 12 mg) (Yasui-Furukori et al., 2010, citado en J.-X. Chen et al., 105, p. 131). Los efectos de la combinación con aripiprazol fueron evidentes incluso a dosis bajas de 3 mg/día, y las mejoras más sólidas se observaron con la dosis de 9 y 12 mg/día. Por el contrario, un metanálisis informó que la dosis adecuada de aripiprazol adyuvante para mejorar la hiperprolactinemia puede ser tan baja como de 5 mg/día (Li et al., 2013, citado en J.-X. Chen et al., 105, p. 131).

### Método

El estudio de casos es un método de investigación cualitativa que habitualmente se utiliza para comprender en profundidad la realidad social. Para Stake (1998) es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas. Teniendo en cuenta la clasificación de Yin y los pocos años de estudio y la escasez de evidencia a largo plazo que tiene la terapia hormonal cruzada para la realización de modificaciones corporales en población trans, este estudio se enmarca dentro del tipo exploratorio, ya que los resultados que de aquí se obtengan, servirán como base para formular nuevas preguntas de investigación que permitan la emergencia de nuevos desarrollos teóricos. Se desarrollará este escrito siguiendo las 5 fases propuestas por Montero y León (2002).

### Selección y definición del caso

Se presenta el caso de un varón trans adulto con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (según criterios DSM5). Se autopercebe varón desde la niñez y lo ha comunicado a su familia alrededor de los 6/7 años. En un plazo de 8 meses estuvo internado 4 veces con un total de 26 días de internación. Lo que motiva estas hospitalizaciones es el riesgo suicida (ideación e intento suicida por ingesta farmacológica, esta última fue la causa de su segunda internación). Cuando acontece la primera hospitalización, ya había tenido consultas con psiquiatría y estaba en seguimiento por las médicas tocoginecólogas del equipo de diversidad. También estaba en seguimiento por salud mental con baja adherencia al tratamiento combinado (psicofarmacoterapia y psicoterapia). En ese momento tenía prescrito la ingesta diaria de 20mg de fluoxetina y 2,5mg de lorazepam 2 veces al día.

El consultante deseaba reiniciar terapia hormonal cruzada [THC] (testosterona en gel 1%) por lo que se le indica laboratorio para evaluar perfil hormonal y dar inicio. Ya la había usado durante un mes y le fue suspendida 9 días antes de la primera internación (día 1) por evaluación de efectos adversos de la incorporación de fluoxetina (se temía el aumento de la irritabilidad y/o impulsividad).

El día 199 durante su cuarta hospitalización, me interconsultan desde la internación de salud mental para ofrecer psicoterapia cognitivo conductual con perspectiva en diversidad sexual. Ese mismo día, una de las médicas tocoginecólogas del equipo registra valores de prolactina de 169,90ng/ml, niveles compatibles con hiperprolactinemia, lo que es una contraindicación para el inicio de la THC.

**Ámbitos en los que es relevante este estudio.** Este estudio es relevante en el ámbito clínico debido a que las personas trans sufren padecimientos específicos que tienen que ver con las violencias y situaciones de vulnerabilidad permanente a la que son expuestas (estrés de minorías) y que es difícil advertir si el equipo de salud mental no tiene conocimientos específicos sobre esta población.

**Sujetos que pueden ser fuente de información.** Se construye este caso a través del intercambio en entrevistas de psicoterapia con el consultante y los ateneos clínicos generados por este equipo interdisciplinario[iv] además de la lectura de impresiones del equipo de salud mental no especializado en diversidad sexual registrados en historia clínica.

**Problema.** El problema eran las conductas que atentaban contra la vida del paciente y la terapia (baja o nula adherencia al tratamiento combinado).

**Objetivo de la investigación.** El objetivo de esta investigación es exponer, precisar y conceptualizar la importancia del trabajo interdisciplinario para el tratamiento de la salud integral de las personas trans que muchas veces confronta a los equipos con decisiones clínicas difíciles debido a la complejidad del impacto de éstas en la salud física y mental.

### Elaboración de una lista de preguntas.

El consultante no muestra motivación para el cambio ni manifiesta ningún deseo concreto para su vida más que iniciar la THC, ¿es pertinente obstruir el inicio de esta terapia porque la hiperprolactinemia es una contraindicación? ¿es seguro iniciar la THC a pesar de las contraindicaciones presentes?

¿Cuál es el riesgo de suspender la risperidona -teniendo en cuenta los intentos de suicidio en la trayectoria de vida del paciente- para que la prolactina baje? ¿Bajaría de todos modos? ¿Funcionaría alguna otra estrategia como emplear una dosis adyuvante de aripiprazol? ¿Qué priorizar en el tratamiento, el deseo del consultante, el riesgo de la hiperprolactinemia o la desesperanza[v]?

### Localización de la fuente de datos.

Se extraen y analizan los datos de la historia clínica del consultante con su correspondiente consentimiento informado firmado.

### **Análisis e interpretación.**

Históricamente se ha separado la salud física, para hacer referencia a las intervenciones sobre el cuerpo, de la salud mental para comprender lo relativo al psiquismo. Existe un consenso general en aspirar a brindar una atención que contemple las diferentes aristas de las personas. Esto, es particularmente importante en la atención de la salud de las personas trans, por eso hablamos de salud integral. Las barreras entre salud física y mental son difíciles de trazar porque existe una corporalidad señalada por la cultura como diferente comparada con los parámetros y estereotipos que la sociedad espera para varones y mujeres.

Entonces, el hecho de tomar consciencia de estas miradas de la cultura que juzgan y patologizan estas formas corporales -que son parte de la identidad- generan un malestar psíquico asociado a lo corporal. Este malestar está relacionado con el cisexismo. Millet (2020) en "Cisexismo y salud" lo define así:

Es Julia Serano quien acuña el término, definiendo el cisexismo como la "creencia o suposición de que las identidades, expresiones y encarnaciones de géneros de las personas cis, son más naturales y legítimas que aquellas de las personas trans". En 2019 An Millet aporta que el cisexismo es un "sistema complejo y totalizador capaz de hegemonizar la creencia de que las opiniones, las identidades, los deseos, las experiencias, **los cuerpos**; en suma, las vidas de las personas trans, valen menos que los de las personas cis y a partir de esta idea arbitra una distribución desigual de violencias y privilegios". (p. 10)

Reconociendo el impacto de la mirada social que juzga los cuerpos de las personas trans, es esperable que deseen realizar cambios corporales. También, tiene sentido que el peso de estas miradas genere padecimiento psíquico. Y, como se mencionaba anteriormente, la terapia cognitivo conductual de afirmación de género (social, psicológica, legal y médica) ha obtenido evidencia para el tratamiento de síntomas depresivos, de ansiedad y riesgo suicida. En conclusión, la primera intervención que debe hacerse con personas trans es la afirmación de género en sus diferentes modalidades. Cuando la persona desea realizar modificaciones corporales por vía quirúrgica o farmacológica (afirmación de género médica) éstas no deben obstaculizarse ante ningún evento adverso que pueda aparecer (WPATH, 2022, p.126 y 174).

Entonces, teniendo en cuenta la complejidad del caso, es decir, el diagnóstico (trastorno límite de la personalidad) con riesgo suicida, la necesidad de sostener la fluoxetina -para manejo de los síntomas depresivos y de ansiedad-y la risperidona -para el manejo de la impulsividad y los pensamientos irracionales- (Marín, J.L & Fernández Guerrero M, 2007, p.276) con la hiperprolactinemia como posible consecuencia del uso de risperidona y la necesidad de iniciar THC, ¿qué factor de riesgo priorizar y atender primero? Es importante aclarar que en el día 139 se había descartado la causa más grave de la hiperprolactinemia (prolactinoma) a través de RMN[vi].

Finalmente, siguiendo los lineamientos de la terapia dialéctica

conductual, la terapia cognitivo conductual de afirmación de género y los consensos y lineamientos de asociaciones de salud integral trans, se eligió priorizar la THC por impresionar una motivación del paciente para vivir (y tratar así las conductas que atentan contra la vida) y como estrategia para la adherencia al tratamiento combinado (para tratar las conductas que atentan contra la terapia). Además de iniciar la THC, se sumó una dosis adyuvante de aripiprazol a la risperidona como estrategia para normalizar los valores de prolactina.

### **Elaboración del informe.**

El día 1 se produce la primera internación por riesgo suicida de un varón trans. El día 199 y en el contexto de su cuarta internación por el mismo motivo se hace interconsulta de psicología clínica con perspectiva en diversidad sexual. A partir de ello, se trabaja en equipo y de forma interdisciplinaria haciendo psicoeducación al equipo acerca de la existencia y necesidad de la terapia de afirmación de género médica y los lineamientos de la terapia dialéctica comportamental de Marsha Lineham.

A partir de esta intervención, se descartan los riesgos más graves para la salud física y se prioriza la THC. Por su parte, el psiquiatra del equipo propone una estrategia farmacológica para el manejo de la hiperprolactinemia posiblemente generada por el antipsicótico atípico (risperidona). Así, el día 264[vii] se incorpora el aripiprazol a la farmacoterapia[viii].

Se inició con THC el día 224. A partir de este momento, el consultante mejoró la adherencia al tratamiento combinado asistiendo a los turnos y respetando el esquema de medicación. Desde esta fecha, ha habido un solo ingreso por guardia cubriendo esa demanda sin necesidad de internación y no se ha vuelto a evaluar riesgo suicida en el seguimiento. En el día 352 los valores de prolactina habían descendido a 28,79ng/ml siendo éstos valores normales. Este mismo día se modifica la vía de administración de la THC pasando a aplicación intramuscular[ix].

### **Discusión.**

Es escasa la evidencia relacionada con los efectos de la THC a largo plazo debido a que hay pocas investigaciones que releven esta información[x]; por lo que son necesarias más publicaciones que esclarezcan este punto. Por otro lado, es necesario clarificar los diferentes elementos que contribuyen a instalar la transfobia (transodio) internalizada como así también su impacto en el desarrollo del padecimiento psíquico asociado a la vivencia de la corporalidad trans, constantemente juzgada por el cisexismo.

Por último, será necesario relevar una mayor cantidad de experiencias clínicas dado que con un caso no es posible realizar generalizaciones al total de la población para clarificar las estrategias clínicas más eficaces

## Apéndice 1

### Detalle de la progresión del plan farmacológico.

Contexto	Período	Cantidad de días internación	Plan Psicofarmacológico	Psicoterapia
1° internación	Día 1 a 5	4	Fluoxetina 20mg Lorazepam 2.5 mg 10 hs y 2.5mg 22hs	Baja o nula adherencia
2° internación	Día 7 al día 19	13	Fluoxetina 20mg 1 y ½ comp. Clonazepam 2 mg 1 comp. Quetiapina 25mg 1 comp.	Baja o nula adherencia
3° internación	Día 59 al 63	5	Fluoxetina 20mg 1 y ½ comp. Clonazepam 2 mg 1 y ½ comp.	Baja o nula adherencia
4° internación	Día 197 a 201	4	Fluoxetina 30mg 8hs Clonazepam 2 mg 22hs Risperidona 2mg.	El día 199 1° entrevista de psicoterapia con perspectiva en diversidad sexual. DBT y TCC de afirmación de género.
Consultorio externo tocoginecología.	Día 224 29/12		Testosterona en gel 1%.	Se reinicia THC. Mejora la adherencia a todas las terapéuticas.
Seguimiento en consultorio externo psiquiatría.	Día 264	-	Risperidona 2mg 0 - 0 - 1 Fluoxetina 20mg 1 y 1/2 - 0 - 0 Aripiprazol 5mg: 1/2 - 0 - 0	Se prioriza el entrenamiento de habilidades de tolerancia al malestar. Prácticas de Mindfulness formales e informales. Afirmación de género.
Seguimiento en consultorio externo psiquiatría.	Día 274		Se continua con titulación de aripiprazol, aumentando dosis a 5mg/día. Risperidona 2mg 0 - 0 - 1 Fluoxetina 20mg 1 y 1/2 - 0 - 0 Aripiprazol 10mg: 1/2 - 0 - 0	Se prioriza el entrenamiento de habilidades de tolerancia al malestar. Prácticas de Mindfulness formales e informales. Afirmación de género.
Seguimiento en consultorio externo psiquiatría.	Día 344		Se continua con titulación de aripiprazol, aumentando dosis a 5mg/día. Risperidona 2mg 0 - 0 - 1 Fluoxetina 20mg 1 y 1/2 - 0 - 0 Aripiprazol 10mg: 1/2 - 0 - 0	Se entrenan habilidades de regulación emocional. Afirmación de género.
Seguimiento consultorio externo tocoginecología.	Día 352 05/05		Undecanoato de Testosterona 1000 mg/4 ml. Cambio de vía de administración de la testosterona. Se pasa a intramuscular.	Se entrenan habilidades de regulación emocional. Afirmación de género.
Seguimiento en consultorio externo psiquiatría.	Día 379		Se mantiene plan farmacológico: Risperidona 2mg 0 - 0 - 1/2 Fluoxetina 20mg 1 y 1/2 - 0 - 0 Aripiprazol 10mg: 1 - 0 - 0	Se entrenan habilidades de regulación emocional. Afirmación de género.

## NOTAS

[i] Se desarrollará más adelante. Constituye uno de los tratamientos basados en la evidencia para la depresión, ansiedad e intentos de suicidio en esta población.

[ii] Es la forma en la que las personas manifiestan su género: a través del nombre, la vestimenta, el comportamiento, los intereses y las afinidades. Resulta imprescindible destacar la importancia de no asumir la identidad de género de las personas a través de la observación de la expresión de género. Es importante también, poder distinguir que la expresión de género no define una determinada orientación sexual ni una identidad de género. Es un elemento más que se involucra en la construcción de las identidades.

[iii] La lanzapina causa una elevación transitoria de la prolactina y se asocia con menos frecuencia con hiperprolactinemia, mientras que la clozapina y la quetiapina tienen una afinidad muy débil por los receptores D2 y rara vez elevan los niveles de prolactina (Fraguas et al., 2011; Leucht et al., 2013, citado en J.-X. Chen et al., 105, p. 131).

[iv] El equipo está conformado por un médico general, un médico psi-

quiatra, dos médicas tocoginecólogas, un médico pediatra, una fonoaudióloga, una psicóloga y una agente del servicio de estadística y gestión de pacientes). Cabe aclarar que de los ateneos clínicos participan únicamente las personas involucradas en el trabajo asistencial.

[v] Predictor más robusto de riesgo suicida en la clínica psicológica.

[vi] Resonancia magnética nuclear.

[vii] Cabe aclarar que esta modificación no se hace inmediatamente alrededor del día 200 porque el aripiprazol no está dentro del vademécum de fármacos del sistema de salud público provincial y el médico psiquiatra tuvo que tramitar una vía de excepción. En cuanto se aprobó la terapia y llegó a farmacia del hospital se notificó al paciente para su inicio.

[viii] Consultar el anexo para ver el detalle del plan farmacológico.

[ix] Undecanoato de Testosterona 1000 mg/4 ml.

[x] Y probablemente esté relacionado con la realidad de que la esperanza de vida de las personas trans en Argentina es de 35 años y de 42 en la provincia de Neuquén donde la esperanza de vida de la población en general es más alta en comparación al resto del país.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2015). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. España: Editorial Médica Panamericana.
- Aristegui, Zalazar, Rudinsky, Cardozo. De la Psicopatología a la Diversidad: Salud mental en Personas Trans Adultas. Revista Perspectivas en Psicología vol 17, 2022, pp.21-29.
- Austen Yeager, Mujeeb U (2020). Aripiprazole for the Management of Antipsychotic-Induced Hyperprolactinemia: A retrospective Case Series.
- Austin A, Craig SL. Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. Prof Psychol Res Pr 2017;46:21-9.
- Barberá Belda, B. (2010). Diferenciación sexual y su patología. Recuperado el 21 de abril de 2022 de [https://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100626\\_1.pdf](https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100626_1.pdf).
- Conde Sylburski, S. (2017). Disidencia sexual, heteronormatividad y atención en salud en el Uruguay Centro de Salud Ciudad Vieja - ASSE ¿Un centro de salud libre de homolesbotransfobia?
- Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56:116-23. [PubMed: 28117057]
- Garay, C. (2016). Terapia cognitivo-conductual y Psicofarmacología. Una guía para combinar tratamientos en salud mental, 1ra. Ed., Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Garay, C. & Korman, G. (2018). Innovaciones en los modelos cognitivo-conductuales. Aceptación, Compasión, Metacognición y Mindfulness.
- Helien, A. (2021). Manual de Atención de la Salud Transgénero. Buenos Aires: Akadia.
- Jing-Xu Chen, Yun-Ai Su, Qing-Tao Bian, Li-He Wei, Rong-Zhen Zhang, Yan-Hong Liu, Christoph Correll, Jair C. Soares, Fu-De Yang, Shao-Li Wang, Xiang-Yang Zhang (2015). Adjunctive aripiprazole in the treatment of risperidone-induced hyperprolactinemia: A randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-response study. *Psyconeuroendocrinology* 58, pp. 130-140.
- Linehan, M., Rathus, J. & Miller, A. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. United States of America: The Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Ley N° 26150 Educación Sexual Integral.
- Ley N° 26618 Matrimonio Igualitario.
- Ley N° 26743 Identidad de Género.
- Mansilla, G. (2014). Yo nena, yo princesa. Luana, la niña que eligió su propio nombre. Buenos Aires: Ediciones UNGS.
- Mansilla, G. (2018). Mariposas libres. Derecho a vivir una infancia trans. Buenos Aires: Ediciones UNGS.
- Marín, J.L. y Fernández Guerrero, J. (2007). Tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad. *Clínica y Salud*, vol 18 N°3, pp. 259-285.
- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20193), 165.
- Millet, A. (2020). Cissexismo y Salud. Algunas ideas desde otro lado. Buenos Aires: Colección Justicia Epistémica Puntos Suspensivos ediciones.
- Ministerio de Salud Argentina Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2015). Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud.
- Ministerio de Salud Argentina (2021). Recomendaciones para la Atención integral de la Salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binarios.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.
- Ortiz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Salud mental*, vol 28, N° 4 de Agosto de 2005.
- Paván, V. (2016). Niñez trans. Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad. Buenos Aires: Ediciones UNGS
- Preciado, B. (2020). Yo soy el monstruo que os habla. Informe para una academia de psicoanalistas. Barcelona: Anagrama.
- Preciado, B. (2002). Manifiesto contrasexual. Madrid: Editorial Opera Prima.
- Preciado, B. (2008). Testo yonqui. Madrid: Espasa.
- Provincia del Neuquén Subsecretaría de Salud Pública (2018). Guía de Atención Integral de Salud de Personas Trans. Aportes locales para los equipos de salud.
- Provincia del Neuquén Subsecretaría de Salud Pública (2018). Guía de Atención Integral de la Salud de Personas LGTBI. Aportes para las buenas prácticas en salud desde una perspectiva local.
- Quintanilla, R., Sánchez-Loyo, L.M., Correa-Márquez, P. & Luna-Flores, F. (2015). Proceso de Aceptación de la Homosexualidad y la Homofobia Asociados a la Conducta Suicida en Varones Homosexuales Masculinities and Social Change, 4(1), 1-25. doi: 10.4471/MCS.2015.58
- Raíces Montero, J. (2010). Un cuerpo: mil sexos. Intersexualidades. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Seth J. Schwartz Koen Luyckx · Vivian L. Vignoles (2010). Handbook of identity Theory and Research. Springer, London.
- Shock, S. (2019). Crianzas. Historias para crecer en toda la diversidad. Buenos Aires: Editorial muchas nueces.
- Schwartz, S., Luyckx, K. y Vignoles, V (2011). Handbook of Identity Theory and Research. Volume 1 and 2. Londres: Springer.
- Skinta, M. & Curtin, A.(2016). Mindfulness & Acceptance for Gender & Sexual Minorities. A clinician's guide to fostering Compassion, Connection & Equality Using Contextual Strategies. Context Press, Oakland, 2016.
- Sociedad Española de endocrinología Pediátrica, Sección de la Asociación Española de Pediatría (2001). Estados sexuales e hipogonadismo. <https://www.seep.es/images/site/publicaciones/oficialesSEEP/LibrosPostgrado/intersexuales.pdf>.



- Testa, S. (2018). Soy Sabrina Soy Santiago. Buenos Aires: Ariel.
- Wayar, M. (2019). Travesti/Una teoría lo suficientemente buena. Buenos Aires: Editorial muchas nueces.
- Wayar, M. (2021). Furia travesti. Diccionario de la T a la T. Buenos Aires: Paidós.
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7ma version. <https://www.wpath.org>
- World Professional Association for Transgender Health. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People. Version 8. <https://www.wpath.org>