

Guía de Anticoncepción* para personas trans y/o NB

María Garrido, médica del grupo de trabajo de Salud LGTBI+ de la SEMFyC
en colaboración con EUFORIA. Familias Trans-Aliadas



2025

EUFORIA
Familias Trans-Aliadas

2ª Edición revisada noviembre de 2025

1ª Edición agosto de 2024

Autora: María Garrido, médica del grupo de trabajo de Salud LGTBI+ de la SEMFyC en colaboración con EUFORIA. Familias Trans-Aliadas

Prohibida la reproducción total o parcial sin citar la fuente, así como su alteración y uso comercial.

ÍNDICE

1. Introducción 5

2. Información general sobre los tratamientos hormonales afirmativos y la fertilidad 6

A. Testosterona 6

B. Estrógenos y bloqueadores de andrógenos 8

3. Algunas ideas sobre las hormonas sexuales y sus efectos en el cuerpo 10

4. Interacción de la testosterona con los métodos anticonceptivos 8

5. Anticonceptivos disponibles 13

6. Sangrado/amenorrea 24

7. Bibliografía 26

I INTRODUCCIÓN



Esta guía nace con la intención de **facilitar la autogestión de la salud sexual a las personas trans y/o NB.**

Muchas veces, los materiales sobre anticoncepción que podemos encontrar, están fuertemente enfocados en las mujeres cis y no responden a las dudas y necesidades específicas de las personas trans. **Con esta guía se pretenden abordar aquellas implicaciones que pueden tener más peso para las personas trans y/o NB** y a las que, quizás, no es tan fácil de acceder.

La guía se ha creado a partir de la información contenida en varios artículos sobre este tema que han sido incluidos en la bibliografía del final. Por desgracia es mucho lo que todavía se desconoce. Es decir, **muchas conclusiones incluidas en esta Guía provienen de lo que han observado profesionales con bastante experiencia en el acompañamiento a personas trans, más que de estudios científicos con una calidad alta.**



2 INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS TRATAMIENTOS HORMONALES AFIRMATIVOS Y LA FERTILIDAD

A. Testosterona

- El tratamiento con **testosterona a dosis plenas suele suprimir el sangrado menstrual a los 6 meses** (la palabra técnica para la interrupción del sangrado es amenorrea). Esto no es así en todas las personas, especialmente si se emplean dosis bajas de testosterona. En caso de que pasados 6 meses con dosis completas no haya una desaparición de los sangrados, sería conveniente consultar con tu médique para hacer algunos estudios.
- El hecho de **estar en amenorrea no garantiza que no pueda producirse un embarazo**, según un estudio el 20% de los embarazos no deseados en hombres trans/personas NB fueron en situación de amenorrea por testosterona. Por lo tanto, **la testosterona no se puede considerar un método anticonceptivo fiable**.

- La **testosterona puede producir malformaciones importantes en el feto si se administra durante el embarazo**, por lo que mientras se está usando testosterona está muy desaconsejado tener un embarazo.
- Precisamente **al estar en amenorrea, es fácil que un embarazo pase desapercibido** durante demasiadas semanas, por lo que es aconsejable ante cualquier duda hacerse un test.
- Hay escasez y necesidad de investigación sobre el efecto del tratamiento mantenido con testosterona en la fertilidad futura. Se sabe que **en muchos casos al interrumpir el tratamiento con testosterona se recupera la fertilidad, pero no está claro que siempre sea así**. Por tanto, **si te planteas tener hijos en el futuro con tus propios óvulos, quizás quieras plantearte la posibilidad de congelar ovocitos**, que es algo a lo que tienes derecho dentro de la asistencia sanitaria pública en el estado español.



B. Estrógenos y bloqueadores de andrógenos



Hay algunos estudios que miran los efectos de los tratamientos hormonales con estrógenos y bloqueadores de andrógenos sobre la producción de espermatozoides en personas alosexuales con testículos, pero no son muy clarificadores:

- En la mayor parte de los casos, **al cabo de unas semanas con tratamiento a "dosis plenas" se dejan de producir espermatozoides, pero no siempre es así.** En un porcentaje que varía entre un estudio y otro se encontraban personas que seguían produciendo cierta cantidad de espermatozoides.
- Es muy difícil interpretar bien estos resultados, porque **los tratamientos con estrógenos y con bloqueadores de andrógenos son mucho más variados que los tratamientos con testosterona.** No se han estudiado específicamente los efectos de cada uno de los tratamientos por separado y en los estudios no se explica claramente que son "dosis plenas" para cada tratamiento. Incluso en algunos de los estudios se había detenido el tratamiento unas semanas antes.

- Lo que sí se sabe es que **en bastantes casos la ausencia de espermatozoides seguía viéndose bastante tiempo después de interrumpir el tratamiento**, es decir, que podría perderse la fertilidad a largo plazo después de un tiempo de tratamiento hormonal afirmativo.

En resumen:

- Aunque **parece que en la mayoría de casos con dosis plenas de los tratamientos no hay espermatozoides**, faltan estudios para saber el porcentaje de fiabilidad de los tratamientos afirmativos para personas trans con testículos como método anticonceptivo. **Para mayor seguridad, se recomienda emplear algún método anticonceptivo.**
- **Si te planteas tener hijos en el futuro con tus propios espermatozoides, quizás quieras plantearte la posibilidad de congelarlos** antes de empezar el tratamiento, que es algo a lo que tienes derecho dentro de la asistencia sanitaria pública en el estado español.



3 ALGUNAS IDEAS SOBRE LAS HORMONAS SEXUALES Y SUS EFECTOS EN EL CUERPO



Un miedo habitual en personas trans y/o NB es que usar anticonceptivos que contienen estrógenos o progesterona (las llamadas hormonas “femeninas”) vaya a aumentar la “feminización” de su cuerpo. Aquí es interesante entender un par de cosas:

- La principal diferencia entre el cuerpo de una persona endosex* con ovarios y una con testículos es la cantidad de testosterona (hasta 10 veces más en personas con testículos, siguiendo parámetros europeos). La cantidad de estradiol (el estrógeno principal) aunque es algo mayor de media en personas con ovarios, es una diferencia mucho más pequeña e incluso en algunos momentos del ciclo menstrual puede ser más bajo que los niveles naturales de algunas personas con testículos. Por eso cuando las personas trans con testículos hacen una transición hormonal utilizan bloqueadores de la testosterona mientras que las personas trans con ovarios solo usan testosterona sin bloquear los estrógenos. La presencia de estrógenos en el cuerpo tiene algunos efectos en el aspecto físico pero **la principal diferencia entre los cuerpos que la sociedad lee como masculinos o femeninos dependen de la presencia o ausencia de testosterona.**

- **Los niveles de estrógenos que hace falta tomar con un anticonceptivo para frenar el ciclo menstrual son mucho más bajos que los que alcanza el cuerpo de forma natural durante el ciclo menstrual.** Así que no es tanto que estés tomando “más estrógenos” de los que tu cuerpo ya produce, sino que con una cantidad pequeña pero constante estás frenando la producción de muchos más estrógenos por parte de tu cuerpo.

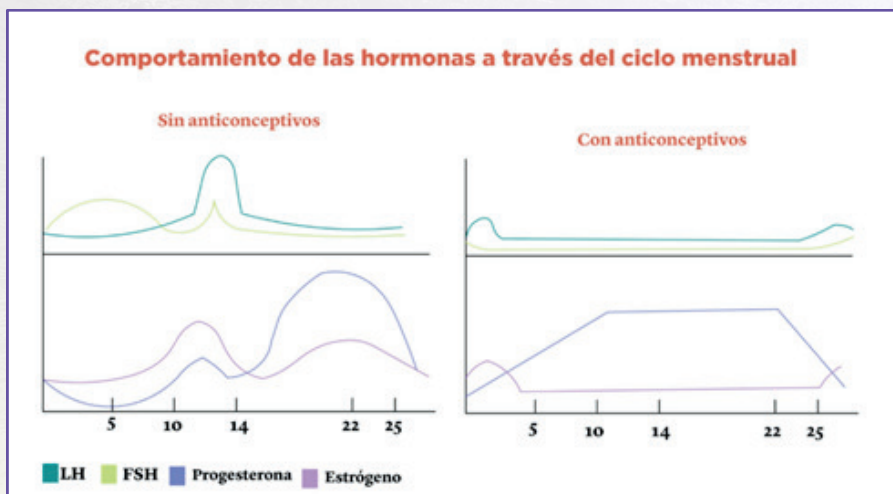


Imagen procedente de <https://www.tusreglas.com/>

* Situación en la cual una persona nace con características sexuales (cromosomas, genitales, gónadas, niveles hormonales...) que encajan en la definición binarista tradicional. Antónimo de Intersex.

4 INTERACCIÓN DE LA TESTOSTERONA CON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



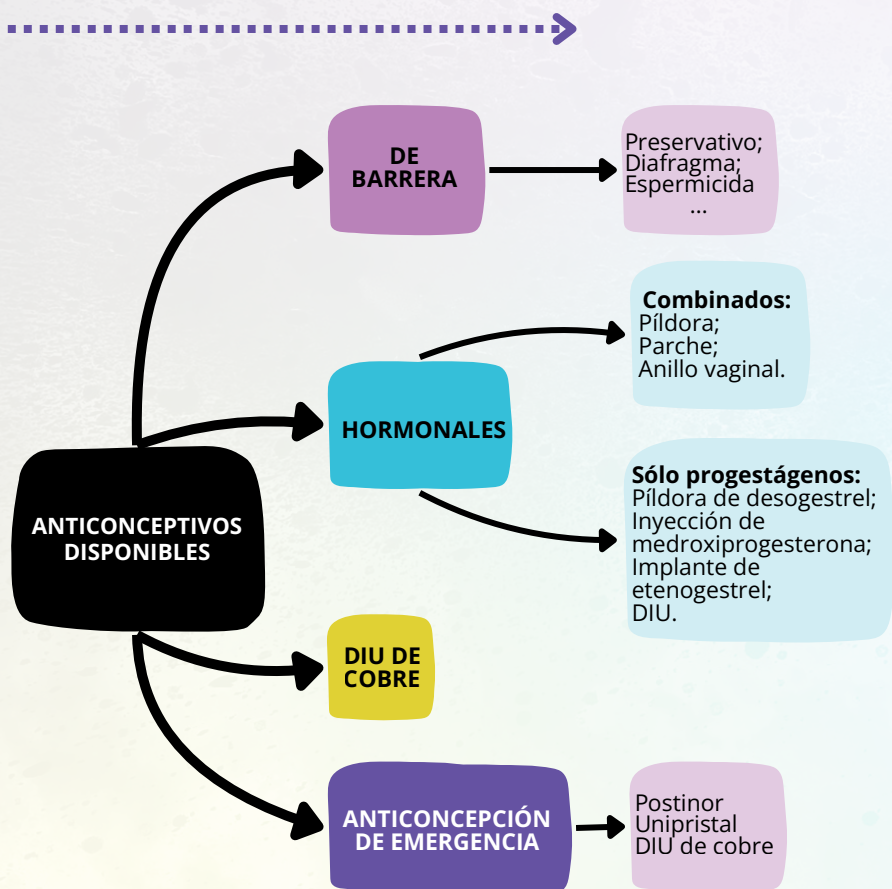
Tampoco hay una investigación exhaustiva sobre la posible influencia de la testosterona en el uso de distintos anticonceptivos, pero lo que dicen las publicaciones es que la experiencia parece mostrar que:

- **No hay datos de interacciones farmacológicas** entre ningún anticonceptivo y la testosterona.
- **Todos los métodos anticonceptivos para mujeres cis se pueden emplear en personas trans y/o NB con capacidad de gestar**, con o sin uso de testosterona a la vez.
- **La utilización** de un método u otro **depende de las condiciones de salud de la persona** (algunos métodos están contraindicados en algunas condiciones de salud) y **de la preferencia personal** por un método u otro (porque tienen distinta forma y frecuencia de administración**, y distinto perfil de efectos secundarios).

** Es útil replicar el patrón de administración de testosterona para evitar olvidos.

- **No parece haber disminución de la eficacia de los anticonceptivos por el uso de testosterona** (de hecho, aunque no está estudiado, la comprensión de la fisiología de la reproducción más bien nos hace pensar que la testosterona aumentaría la eficacia).

5 ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES



A. Anticonceptivos de barrera: preservativo, diafragma, espermicida... son los menos eficaces en la prevención de embarazos pero **son los únicos que protegen de la transmisión de infecciones de transmisión sexual**, por lo que en muchos casos está bien usarlos además de un método hormonal.



B. Anticonceptivos hormonales: En general, en todos ellos puede haber unos efectos incómodos o beneficiosos más o menos probables en cada uno, como explicaremos a continuación. La respuesta individual es muy variable, por lo que la única forma de saber cómo te va a sentar es probándolos. La única excepción a esto es el riesgo trombótico de los anticonceptivos hormonales combinados, que al ser un efecto secundario peligroso sí intentamos minimizarlo evitando su uso en personas con más riesgo trombótico añadido (antecedentes personales o familiares de trombosis, fumadoras... etc, explicado un poco más adelante).

Por esa misma variabilidad entre personas, hay otros efectos secundarios que puedes notar que no están aquí explicados. Si quieres conocerlos puedes consultar en Internet la ficha técnica de cada anticonceptivo. Aquí hemos intentado explicar los más relevantes y los que pueden interferir de alguna manera con la transición médica (porque esa información no va a ser tan fácil de encontrar en la ficha técnica).

Hay 2 grandes grupos según las hormonas que contienen:

1) Anticonceptivos hormonales combinados (ACHC en adelante)

2) Anticonceptivos de sólo progestágenos

1) Anticonceptivos hormonales combinados (ACHC)

Típicamente, son todos aquellos que se suelen administrar en pauta cíclica: en general se dan durante 3 semanas y se deja 1 semana de descanso (en la que se produce un sangrado), aunque hay opción de darlos en pauta continua con solo 4 periodos de descanso (y sangrado) al año, e incluso una continua 365 días (en esta se pueden producir algunos sangrados ocasionales leves). La ventaja es que el sangrado es cíclico y por tanto predecible, excepto cuando se dan de forma continua que serán impredecibles.

Si estás en amenorrea por el tratamiento con testosterona, es probable que los periodos de descanso no te produzcan ningún sangrado.

Formas de administración

- **Píldora (diario):** hay muchas marcas y principios activos posibles, pero en todas ellas es clave acordarse de tomarla a diario y aproximadamente a la misma hora.
- **Parche (semanal):** se coloca un parche en la piel cada semana durante 3 semanas y la 4ª semana se descansa.
- **Anillo vaginal (mensual):** se introduce un anillo en la vagina durante 3 semanas, se quita y se deja 1 semana de descanso antes de introducir el siguiente anillo.

Ninguno de ellos requiere un seguimiento médico concreto, solamente comprobar que la persona no tenga ninguna contraindicación médica y tomar la tensión arterial antes de empezar.

Todos ellos dejan de tener efecto muy poco después de dejar de usarlos (días, para algunos efectos secundarios como mucho alguna semana).

Perfil de efectos secundarios

- Aumentan el riesgo de trombosis x3 veces y en menor medida el riesgo cardiovascular (riesgo de tener un infarto o un ictus) y por eso son menos seguros que los de solo gestágenos. No se aconseja su uso en personas con antecedentes personales o familiares de trombosis, en personas que fumen, personas gordas, con hipertensión, diabetes, migrañas con aura y tampoco se suelen escoger en mayores de 35 años.
- En principio, nada indica que la testosterona aumente el riesgo de trombosis pero teóricamente puede aumentar el riesgo cardiovascular, ya que puede subir el colesterol y la tensión arterial. No hay estudios en los que se haya visto que su uso junto con testosterona aumente más esos riesgos.
- En algunos artículos se recomienda utilizar preferente--

mente anticonceptivos de solo gestágenos por la falta de evidencia, mientras que en otros se indica que no habría problema. La mayoría coinciden en que se debe evaluar el riesgo trombotico y cardiovascular de forma individual (puedes hacerlo con ayuda de tu médique) y si no son altos se pueden ofrecer los anticonceptivos combinados, explicando bien los posibles riesgos.

- A menudo producen aumento del tejido mamario y sensibilidad, que puede ser bastante molesto con el uso del binder. Suele disminuir mucho o resolverse a los 3-5 meses.

De nuevo, faltan datos de calidad para afirmarlo pero es posible que puedan interferir ligeramente con los efectos “masculinizantes” de la testosterona (no por el estrógeno en sí sino por aumento de la SHBG, una proteína en sangre que capta la testosterona y disminuye la cantidad de testosterona activa) en algunas personas. La única forma de saber si esto va a pasar es probarlo, y si ocurre se puede dejar y los efectos se revertirían pronto.



2) Anticonceptivos solo progestágenos

Contienen solo 1 hormona derivada de la Progesterona.

Se administran en pauta continua (sin descansos) y en general pueden producir distintos patrones de sangrado que son un poco impredecibles: desde amenorrea hasta un manchado escaso pero continuo, un sangrado cíclico escaso o incluso sangrados muy abundantes que hacen que se tenga que quitar el método. Esto puede ser más o menos probable según cada método, lo abordaremos más adelante en un apartado concreto (sangrado/amenorrea).

Formas de administración

- **Píldora de desorgestrel (diario):** igual que los ACHC, hay una píldora de sólo gestágenos que se toma a diario y es importante acordarse de tomarla todos los días a hora similar.
- **Inyección de medroxiprogesterona** (cada 12 semanas): normalmente administrada por un profesional sanitario, pero si ya tienes experiencia pinchándote la testosterona no habría problema en que te la administres tú.



- **Implante de etonorgestrel** (3 años): es una varilla de plástico que se introduce bajo la piel del brazo y va liberando una dosis constante de hormona durante años. Es el más efectivo previniendo el embarazo pero también uno de los que más problemas de sangrados produce.
- **DIU con Levonorgestrel** (5 años): es de los más efectivos previniendo el embarazo y el mejor para conseguir la amenorrea. Hay que introducirlo en el útero por vía vaginal. Por lo general en el momento de introducirlo produce algo de dolor bien tolerado, pero hay personas trans que comentan que este método de inserción les provoca bastante disforia. Si llevas mucho tiempo en tratamiento con testosterona, es posible que tengas algo de atrofia vaginal (es decir, que la mucosa esté más fina, menos elástica y menos húmeda) y esto puede hacer que la colocación del espéculo (el instrumento que permite abrir ligeramente la vagina para ver el cérvix) sea un poco más molesta o dolorosa. Este problema se puede reducir usando una crema de estrógeno vaginal durante 2 semanas antes de la colocación del DIU.



En la píldora, el implante y el DIU su efecto desaparece poco después de retirar el método, y también los efectos secundarios. Sin embargo, en la inyección, se pueden tardar algunos meses en “volver a la normalidad”.

El implante y el DIU de Levonorgestrel son algo más caros (aunque como duran tanto llega a salir rentable), y dependiendo de la comunidad autónoma pueden estar o no financiados por la sanidad pública. En algunas comunidades autónomas, para que esté financiado te lo tienen que recetar profesionales de la ginecología.

Perfil de efectos secundarios

- No presentan problemas de seguridad como los de los ACHC porque no aumentan el riesgo trombótico.
- No deberían interferir con el efecto androgénico de la testosterona, de hecho, varios progestágenos tienen actividad androgénica (Levonorgestrel y Norgestrel) por lo que podrían potenciar ligeramente los efectos de la testosterona en lugar de contrarrestarlos.
- Es bastante menos frecuente que produzcan hinchazón y sensibilidad mamaria, pero en caso de que lo hagan también es menos probable que en los ACHC que este efecto disminuya con el tiempo.

- El principal problema que plantean a veces es el de los sangrados irregulares/abundantes, pero esto se puede tratar de otras maneras.



C. DIU de cobre: La inserción es igual que el DIU de Levonorgestrel pero este no tiene hormona. Dura también 5 años. La principal desventaja es que suele aumentar la cantidad de sangrado y el dolor asociado al sangrado.

D. Anticoncepción de emergencia (“píldora del día después”): Ninguno de los métodos de anticoncepción de emergencia presenta ningún problema demostrado al usarlos a la vez que la testosterona, por lo que se puede escoger entre todos los que haya disponibles. Todos ellos son más eficaces cuanto antes se utilicen después de la relación (¡mejor no esperar al “día después” aunque se les llame así!). Es aconsejable hacer un test de embarazo a las 4 semanas.

- **Postinor (Levonorgestrel):** se puede usar en las 72 horas siguientes a la relación.
- **Unipristal:** se puede usar en los 5 días siguientes a la relación.
- **DIU de cobre:** se puede usar en los 5 días siguientes a la relación, y ya se queda puesto y dura 5 años.

6 SANGRADO/AMENORREA



No hay datos sobre la aparición/desaparición de sangrados al añadir un anticonceptivo al tratamiento con testosterona. Lo que se sabe y no se sabe, más o menos, es lo siguiente:

- La experiencia clínica sugiere que **la aparición de sangrado tras iniciar un anticonceptivo en una persona que previamente está en amenorrea por testosterona es improbable.**
- De hecho, **en personas en las que no se está consiguiendo la amenorrea con testosterona a dosis plenas, después de una valoración médica para descartar causas importantes de ese sangrado, si la persona quiere no tener sangrados se suelen utilizar anticonceptivos hormonales para suprimirlos.**
- Los métodos que logran tasas de amenorrea mayores son: DIU de Levonorgestrel e inyección de medroxiprogesterona depot (cada 3 meses). Ambos son métodos de progestágenos solos. Puede tardar hasta 1 año en lograrse la amenorrea y no está garantizada.
- Los **ACHC son alternativa para lograr la amenorrea en plazo más corto pero tienen otros problemas** (riesgo tromboembólico, posible pequeña disminución de efecto de testosterona).

- El **DIU de cobre y el implante de progestágeno son los que más sangrados provocan**, en ocasiones hay que retirarlos por ese motivo.



7 BIBLIOGRAFÍA



1) Light A, Wang L, Zeymo A, Gomez-lobo V. Family planning and contraception use in transgender men ☆ , ☆ ☆ . Contraception [Internet]. 2022;98(4):266–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>

2) Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Clinical Opinion Contraception across the transmasculine spectrum. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2022;222(2):134–43. Available from: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(19\)30955-X/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(19)30955-X/abstract)

3) Bentsianov S, Gordon L, Goldman A, Jacobs A, Steever J. Use of Copper Intrauterine Device in Transgender Male Adolescents. Contraception [Internet]. 2022;98(1):74–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010>

4) Bonnington A, Dianat S, Kerns J, Hastings J, Hawkins M, Haan G De. Society of Family Planning clinical recommendations : Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth q , qq. Contraception [Internet]. 2022;102(2):70–82. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>

- 5) Alvisi S, Gava G, Seracchioli R, Cristina M. Contraception across transgender. Your Sex Med J. 2021;710-9.
- 6) Schwartz AR, Russell K, Gray BA. Approaches to Vaginal Bleeding and Contraceptive Counseling in Transgender and Gender Nonbinary Patients. 2019;134(1):81-90.
- 7) Nisly NL, Imborek KL, Miller ML, Kaliszewski SD, Williams RM, Krasowski MD. Unique Primary Care Needs of Transgender and Gender Non-Binary People. Clin Obstet Gynecol. 2018;61(4):674-86.
- 8) Francis A, Jasani S, Bachmann G. Contraceptive challenges and the transgender individual. Women's Midlife Heal. 2018;10-3.
- 9) Choi, J.Y.; Kim, T.J. Fertility Preservation and Reproductive Potential in Transgender and Gender Fluid Population. Biomedicines 2022,10, 2279.
- 10) F. Schneider, S. Kliesch, S. Schlatt and N. Neuhaus. Andrology of male-to-female transsexuals: influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. Andrology 2017.



EUFORIA. Familias Trans-Aliadas

<https://euforia.org.es/>

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

<https://www.semfyc.es/>



EUFORIA
Familias Trans-Aliadas