PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS TRANS* EN EL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

PAIPTEX

Protocolo de Atención Integral a Personas Trans* en el Servicio Extremeño de Salud

PAIPTEX

TÍTULO

Protocolo de Atención Integral a Personas Trans* en el Servicio Extremeño de Salud.

LUGAR Y FECHA DE PUBLICACIÓN

Mérida, abril 2019.

EDITA

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

Servicio Extremeño de Salud.

AUTORES

Beatriz Martín Morgado. Psiquiatra. Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales.

Concepción Viñuela Villa. Trabajadora Social. Responsable de Atención Sociosanitaria. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales.

Mª Concepción Gutiérrez Montaño. Medicina Interna. Subdirectora de Atención Especializada.

Manuela Bobadilla del Pozo. Enfermera Especialista en Salud Mental. Subdirección De Salud Mental y Programas Asistenciales.

Rafael Hernández Lavado. Endocrinólogo.

Javier Alonso de la Torre. Psicólogo Clínico.

Teresa Martínez Rey. Psiquiatra.

Vicente Alonso Núñez. Director General de Asistencia Sanitaria.

COLABORADORES

Profesionales que integran las Unidades Funcionales de Atención a la Transexualidad.

Integrantes del grupo de trabajo que elaboró el primer borrador, punto de partida para el presente documento.

REVISORES EXTERNOS

Chrysallis: Asociación de familias de menores transexuales.

Fundación Triángulo.

Manuela Rubio González. Subdirectora de Atención Primaria.

Concepción Carmona Torres. Subdirectora de Gestión Farmacéutica.

DEPÓSITO LEGAL

ISBN

ENFOQUE DE GÉNERO

En la elaboración del presente protocolo, con el fin de evitar los usos sexistas del lenguaje, se han seguido las recomendaciones recogidas en la Guía de lenguaje no sexista en la Administración Pública en Extremadura publicada en febrero de 2019.

INDICE

PRÓLOGO

1.- INTRODUCCIÓN ---------- 4

2.- JUSTIFICACIÓN ---------- 5

3.- ATENCIÓN A PERSONAS TRANS* ADULTAS ---------- 6

3.1.- ACTUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA ---------- 7

3.1.1.- Identificación e intervención ---------- 7

3.1.2.- Derivación ---------- 8

3.2.- UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN A LA TRANSEXUALIDAD (UFAT) ---------- 9

3.2.1.- Tratamiento hormonal ---------- 9

3.2.2.- Tratamiento quirúrgico ---------- 13

3.2.3.- Atención psicosocial ---------- 15

4.- ATENCIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA ---------- 19

4.1.- ACTUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA ---------- 20

4.1.1.- Identificación e intervención ---------- 20

4.1.2.- Derivación ---------- 21

4.2. UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCION A LA TRANSEXUALIDAD ---------- 22

4.2.1. Tratamiento hormonal ---------- 22

4.2.2. Tratamiento quirúrgico ---------- 22

4.2.2. Atención psicosocial ---------- 23

5.- FLUJOGRAMAS ---------- 24

6.- TABLAS Y ANEXOS ---------- 26

7.- SIGLAS Y ACRÓNIMOS ---------- 40

8.- GLOSARIO DE TÉRMINOS ---------- 41

8.- BIBLIOGRAFÍA ---------- 42

PRÓLOGO

Las identidades trans* no son un fenómeno reciente. A lo largo de la historia y en todas las culturas se han manifestado conflictos entre la identidad de género y el sexo asignado al nacer.

Las sociedades modernas se distinguen por la defensa y el reconocimiento de los derechos humanos y en este proceso de reconocimiento se han conseguido logros sustanciales que visibilizan la realidad de las personas trans*. En este sentido, Extremadura, cuya ciudadanía ha hecho de la tolerancia y el respeto a la dignidad de las personas su bandera, cuenta con la Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género, que supone un logro colectivo.

Al amparo de la citada ley surge este protocolo de atención integral a las personas trans*, que trata de dar una respuesta adecuada, de calidad y que, a pesar de la necesaria individualización que precisa la asistencia de cada persona, reduzca la variabilidad clínica, facilitando también la tarea a nuestros y nuestras profesionales.

La elaboración de este documento no ha resultado tarea fácil por los vertiginosos cambios sociales y legislativos que se están produciendo en los últimos años, y que buscan, como no puede ser de otra manera, la despatologización y la desestigmatización de las personas trans*.

Este protocolo pretende guiar la asistencia sanitaria en el Servicio Extremeño de Salud, dando respuesta a las demandas de las personas trans* y sus familias, y facilitando al personal sanitario ejercer su actividad asistencial de manera orientada y homogénea.

D. Jose María Vergeles Blanca

Consejero de Sanidad y Políticas Sociales

1.- INTRODUCCION

La transexualidad es cuestión de diversidad y no de patología. De hecho, una de las principales novedades que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el borrador de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11), es un cambio en la consideración de las personas transexuales, que son excluidas del apartado de los trastornos mentales y ubicadas en una nueva clasificación de salud sexual, bajo el término de incongruencia de género.

Las personas trans* (utilizaremos este término como un concepto que refleje esta realidad diversa) no se identifican con el género que socialmente se corresponde con su sexo biológico de nacimiento. Esto lleva consigo el deseo de vivir y ser aceptada como una persona con otra opción de género, en ocasiones acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el sexo sentido. *La disforia de género* se refiere a la incomodidad o malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el papel de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias). Algunas personas trans* pueden experimentar disforia de género en algún momento de su vida.

Ninguna de estas condiciones debe ser una licencia para la estigmatización o la privación de los derechos civiles y humanos.

Los sistemas actuales de clasificación de enfermedades como el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) intentan clasificar los grupos de síntomas y condiciones, no a las personas. Por lo tanto, las personas trans* no están inherentemente enfermas. La angustia de la disforia de género, cuando está presente, es una condición que podría ser diagnosticable, y para la que existen distintas opciones de tratamiento.

El abordaje de la transexualidad debe ser individualizado ya que las personas trans* realizan manifestaciones de su identidad de género en diversas formas y con necesidades distintas, sin que exista un itinerario único aplicable a todas ellas. Algunas personas únicamente requieren adaptación social; otras necesitan una adaptación física al género sentido como propio, y otras manifiestan además un malestar clínicamente significativo o deterioro en sus áreas de funcionamiento (disforia de género).

El personal sanitario puede acompañar a las personas trans* en la vivencia de su identidad de género, explorar las diferentes alternativas para la expresión de esa identidad, y proponer las distintas opciones de tratamiento.

Para las personas trans* en Extremadura, existen una variedad de opciones terapéuticas que pueden ser consideradas. El número y tipo de intervenciones aplicadas, y el orden en que éstas tienen lugar, pueden ser diferentes de unas personas a otras.

Este documento está sujeto a modificaciones en función de los cambios y avances en el marco legislativo y social, así como en la evidencia científica disponible. Para ello, se propone la creación de una comisión técnica que vele por el cumplimiento de este protocolo y valore e incorpore los posibles cambios **(ANEXO I).**

2.- JUSTIFICACIÓN

Como recoge la exposición de motivos de la Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, trans*, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura, la sociedad extremeña ha adquirido un grado cada vez mayor de conciencia sobre la necesidad de una aplicación real del principio de igualdad y de erradicar cualquier forma de discriminación por causa de orientación sexual, identidad y expresión de género. En esta evolución en pro de los derechos de la ciudadanía de nuestra comunidad, es destacable la actuación llevada a cabo por las entidades que representan a los colectivos de gays, lesbianas, bisexuales, transexuales, transgéneros e intersexuales en nuestra comunidad y el compromiso de los poderes públicos regionales, para promover políticas que garanticen el respeto a la orientación sexual y la identidad de género de todas las personas.

Así, en el Artículo 10 de dicha ley está referenciado el *"Protocolo de atención integral a personas trans*"* con el objetivo de mejorar la identificación temprana de las manifestaciones de transexualidad y la calidad de la asistencia sanitaria y social que se presta a este colectivo, que respete los principios de libre autodeterminación de género, de no discriminación y de no segregación.

Este protocolo comprenderá, con atención especializada e interdisciplinar, incluyendo de manera específica la atención a la infancia y adolescencia, el proceso completo que abarca la identificación temprana de las manifestaciones de transexualidad, así como las prestaciones que desde el ámbito sanitario se puedan ofrecer a las personas trans* que demanden tratamiento especializado.

Para el desarrollo del presente protocolo se ha partido del borrador de un documento previo, en cuya elaboración participaron profesionales del Servicio Extremeño de Salud de diferentes disciplinas (de Atención Primaria y Hospitalaria) junto con representantes de la Fundación Triángulo y de la Administración Sanitaria. Dicho borrador, se ha modificado en coherencia con la actual tendencia despatologizadora acorde al marco normativo vigente.

El objetivo fundamental es garantizar una atención integral, personalizada y respetuosa con la autodeterminación de género de las personas trans*, que asegure la calidad y equidad de las intervenciones, de manera que se logre la máxima normalización de la atención a dichas personas y sus familias. Recoge las actuaciones a realizar a lo largo del proceso asistencial y siempre de manera individualizada, desde la demanda inicial hasta el abordaje en los distintos servicios médicos-quirúrgicos, así como los procedimientos de coordinación y derivación entre los servicios implicados, tanto de la propia comunidad autónoma como de fuera de ella.

Para garantizar una atención integral de calidad y establecer unos circuitos de información y coordinación adecuados entre los diferentes ámbitos asistenciales que faciliten la continuidad de la atención, se definen dos **Unidades Funcionales para la Atención a la Transexualidad (en adelante UFAT)** de cobertura provincial. Estas Unidades funcionales incluirán, inicialmente, profesionales de Endocrinología, Trabajo Social y Salud Mental.

3.- ATENCIÓN A PERSONAS TRANS* ADULTAS

3.1.- ACTUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

El Equipo de Atención Primaria (EAP) tiene un papel relevante en la coordinación y la continuidad asistencial de las personas trans*. El equipo (Medicina, Enfermería, Trabajo Social) iniciará una valoración clínica completa debiéndose evaluar cada situación particular, y, ante la demanda por transexualidad, se procederá a intervenir conforme al presente protocolo, informando y orientando a la persona sobre los diferentes recursos y posibilidades de intervención, manteniendo el seguimiento y el acompañamiento a lo largo de todo el proceso. Para ello, el EAP deberá contar con las habilidades y la formación necesarias.

3.1.1.- Identificación e intervención

Es frecuente que las personas adultas trans* no consulten abiertamente a los y las profesionales de AP sobre las diferentes problemáticas sociosanitarias asociadas a su identidad de género. Quienes consultan, generalmente lo hacen en relación al asesoramiento en materia de tratamientos hormonales o quirúrgicos.

Es por ello que el personal sanitario en el ámbito de la Atención Primaria debe estar alerta ante las necesidades de comunicación de la persona trans*, ofreciendo un espacio de diálogo y comprensión que resulta básico para la correcta anamnesis, de donde derivará la precisa valoración y actitud terapéutica. Algunas preguntas guía para la entrevista se recogen en el **ANEXO II**.

Se debe realizar una **historia clínica completa**, que deberá incluir:

- Antecedentes y datos médicos específicos consustanciales a su situación especial (incluyendo el desarrollo psicosexual, el uso de tratamientos hormonales previos y posibles técnicas quirúrgicas).
- Exploración clínica completa.
- Solicitud de analítica completa, que debería incluir: hematimetría, perfil hepático, lipídico, función renal, ácido úrico, estudio de coagulación, estudio para descartar alteración hormonal (FSH, LH, estradiol, testosterona, DHEA-S, 17-OH-progesterona, androstendiona y prolactina).
- Valoración psicosocial relativa a la situación personal, familiar y del entorno.

La **intervención** por parte del EAP deberá:

- Concretar la demanda expresada de la persona, revisando las diferentes posibilidades vivenciales, e identificando los recursos propios (red social de apoyo, referentes afectivos para acompañamiento, etc.).

- Informar de las diferentes opciones de tratamiento, en caso de requerirlo, asegurándose de que la persona conoce las posibilidades y limitaciones de estos procedimientos, y dejando constancia de ello en la historia clínica.
- Informar de las UFAT y coordinar su derivación a las mismas, así como de los distintos recursos comunitarios existentes.
- Acompañar a la persona a lo largo de todo el proceso asistencial, garantizando el cuidado de la salud antes, durante y después de cualquier cambio en la expresión de género.

OTRAS ACTUACIONES:

Es papel fundamental del Equipo de Atención Primaria en la atención integral a las personas trans* desarrollar **acciones de sensibilización** a familiares, profesionales de la salud e instituciones públicas y privadas para favorecer el proceso de **despatologización** de la transexualidad y **prevenir** actitudes de transfobia.

3.1.2.- Derivación

Desde Atención Primaria se podrá derivar a la UFAT según los siguientes criterios:

- Directamente a la **UFAT** en caso de personas trans* mayores de 18 años.
- Al **Equipo de Salud Mental** (ESM) de referencia ante sospecha de psicopatología (salvo disforia de género, en cuyo caso se derivarán a la UFAT de referencia.) o ante demanda de la persona trans* o su familia.
- A **Endocrinología,** ante sospecha de patología endocrinológica.

La derivación a Salud Mental o Endocrinología por sospecha de patología no exime de la derivación a la UFAT.

La derivación a cualquiera de los recursos previamente referidos se realizará siempre mediante orden clínica a través de JARA y se establecerá contacto directo con la persona de referencia de la UFAT, que será el trabajador o la trabajadora social adscrita a cada unidad, favoreciendo en cualquier caso la coordinación y cooperación entre el personal implicado.

3.2.- UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN A LA TRANSEXUALIDAD (UFAT)

Las UFAT tienen como objetivo fundamental ofrecer una intervención integral y multidisciplinar, desde el ámbito sociosanitario a las personas trans* para garantizar una atención sanitaria de calidad y establecer unos circuitos de información y coordinación adecuados entre los diferentes niveles asistenciales que faciliten la continuidad de la atención a estas personas.

Existen en nuestra comunidad dos UFAT de referencia provincial. Estas unidades incluirán inicialmente profesionales de Endocrinología, Cirugía Plástica y Reparadora, Trabajo Social y Salud Mental. Al tener un carácter funcional, el personal sanitario que forma parte de las mismas se podrá encontrar en emplazamientos físicos diferentes. **ANEXO III**.

El acceso a estas Unidades puede ser a través de Atención Primaria o Atención Especializada, pero siempre desde el Sistema Sanitario. Se realizará obligatoriamente a través de orden clínica en JARA y, si se considera necesario, se establecerá contacto directo con la persona de referencia de la UFAT.

ATENCIÓN en las UFAT

La acogida inicial se realizará por el trabajador o la trabajadora social de la UFAT de referencia.

El trabajo del personal sanitario integrante de estas Unidades se vincula a **tres procesos**, que pueden ser simultáneos en diferentes momentos de la atención, aunque no son ni obligatorios ni secuenciales:

1. Tratamiento hormonal.
2. Coordinación y acompañamiento en el tratamiento quirúrgico.
3. Atención psicosocial.

3.2.1.- Tratamiento hormonal

La valoración e intervención hormonal se llevará a cabo por el personal facultativo de Endocrinología de referencia, que atenderá a las personas trans* en las UFAT:

Las **FUNCIONES** de Endocrinología serán:

A. Evaluación inicial

B. Determinar si existen contraindicaciones al tratamiento hormonal

C. Valorar los criterios de elegibilidad para iniciar tratamiento hormonal

D. Intervención

E. Seguimiento

A. EVALUACIÓN INICIAL

- **Historia clínica completa**, recogiendo de manera concreta en la anamnesis, hábitos de vida, antecedentes familiares de neoplasias, enfermedad cardiovascular precoz, fenómenos trombóticos, intervenciones quirúrgicas, desarrollo puberal e historia sobre función gonadal.

Importante es explorar el **empleo de tratamiento hormonal cruzado (THC) y/o bloqueo prepuberal** previos. Se reflejan también en esta parte de la historia los resultados clínicos obtenidos y el grado de satisfacción conseguido.

- **Exploración física completa**:

- Caracteres sexuales secundarios.
- Exploración mamaria y genital.
- Antropometría, índice cintura/cadera y bioimpedanciometría.
- Cifras de presión arterial.
- Auscultación cardiopulmonar.
- Exploración abdominal.
- Signos de insuficiencia venosa crónica.

- **Exploraciones complementarias** con el objetivo de descartar la presencia de alteraciones hormonales o cromosómicas que puedan contraindicar o condicionar la terapia hormonal (Tabla 1).

En caso de toma no supervisada de hormonas sexuales se intentará proceder a un **periodo de lavado** de al menos un mes (dependiendo del preparado empleado) previo a la realización de las exploraciones complementarias.

B. CONTRAINDICACIONES A LA TERAPIA HORMONAL

- **Estrógenos: mujeres trans*:**

- Enfermedad tromboembólica, cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular.
- Hepatopatía activa (transaminasas más de 3 veces límite superior normalidad).
- Insuficiencia renal.
- Hipertrigliceridemia grave, obesidad mórbida o diabetes mal controlada.
- Migrañas graves.
- Historia familiar de cáncer de mama.
- Prolactinoma.

- **Andrógenos: hombres trans*:**

- Hepatopatía activa.
- Insuficiencia renal.

- Cardiopatía isquémica.
- Hipertrigliceridemia grave, obesidad mórbida o diabetes mellitus mal controlada.

C. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Son los criterios específicos mínimos que deben documentarse antes de iniciar el tratamiento. Para la instauración de la terapia hormonal deben cumplirse los siguientes criterios:

1. **Conocimiento** por parte de la persona de las distintas opciones terapéuticas con sus beneficios (expectativas reales) y riesgos para la salud, elección de la más apropiada, **compromiso** de la misma a realizar el seguimiento establecido por el endocrinólogo o la endocrinóloga de la UFAT y firma de **consentimiento informado.**
2. **No contraindicación** a la terapia tras la revisión de las exploraciones complementarias solicitadas.

Todas las personas deben de ser informadas acerca de las **opciones de fertilidad** disponibles antes del inicio de la supresión hormonal en adolescentes o previo al tratamiento con hormonas sexuales del sexo deseado tanto en la adolescencia como en la edad adulta.

D. INTERVENCIÓN HORMONAL

Los dos **objetivos principales** de la terapia hormonal son:

- Reducir la concentración de hormonas endógenas, y por tanto, las características sexuales secundarias del sexo asignado al nacer.
- Reemplazar estas características sexuales secundarias, por aquellas propias del sexo de identificación, empleando en principio terapia hormonal similar a la de pacientes hipogonadales.

La desaparición total de estas características no es posible. En las **mujeres trans*** no hay forma de revertir el desarrollo del esqueleto si se ha completado la maduración puberal; tampoco hay respuesta completa en la eliminación del vello facial, feminización de la voz, ni siempre se consigue un desarrollo mamario del grado deseado. Por el contrario en los **hombres trans* e**s más sencillo conseguir los caracteres masculinos.

Los cambios físicos y psicológicos esperados con la terapia hormonal cruzada se recogen en la **tabla 2.**

El efecto máximo en determinados aspectos puede que no se manifieste hasta después de 2 o 3 años del tratamiento (**Tabla 5 y 6**). La herencia influye en la respuesta de los tejidos diana a la terapia hormonal, con una gran variabilidad interindividual y no se puede superar su efecto administrando dosis suprafisiológicas.

En los **ANEXOS V-A y V-B** se aportan documentos de información para las personas que vayan a iniciar el tratamiento. Es importante explicar verbalmente y por escrito las modificaciones corporales que se van a producir con la utilización del tratamiento hormonal.

La persona trans* y el endocrinólogo o la endocrinóloga responsable firmarán en esta fase el **consentimiento informado** en el que quede reflejado, no solo los posibles efectos secundarios de la terapia, sino el compromiso a cumplir los plazos terapéuticos fijados y a asumir indicaciones y contraindicaciones.

- **Tratamiento hormonal cruzado en mujeres trans***

La combinación de compuestos que suprimen la producción endógena de andrógenos o su acción, junto con la administración de estrógenos es la terapia más eficaz (**Tabla 3**).

El objetivo es eliminar el crecimiento del vello sexual, inducir la formación de mamas y una distribución femenina de la grasa corporal.

- **Tratamiento hormonal cruzado en hombres trans*:**

El tratamiento hormonal cruzado en hombres trans* causa, entre otros cambios, el cese de la menstruación e induce virilización, incluyendo un patrón de vello sexual y un morfotipo masculino e hipertrofia del órgano eréctil. El tratamiento hormonal también conlleva un aumento en la masa muscular, un descenso de la masa grasa y un incremento de la libido (**Tabla 4**).

E. SEGUIMIENTO CLÍNICO-ANALÍTICO

El seguimiento endocrinológico será más exhaustivo durante el primer año de terapia hormonal, pudiéndose espaciar tras la reasignación quirúrgica, en caso de que ésta se produzca. En la **tabla 2** queda reflejada una monitorización estándar.

Durante la fase de tratamiento médico es también el momento de ir evaluando la satisfacción o no por los cambios físicos experimentados.

En las fases iniciales las modificaciones fisonómicas y funcionales son reversibles total o parcialmente; no así cuando el tratamiento ha sido utilizado largo tiempo.

Las personas trans* que no se hayan sometido a cirugía previa de prostatectomía, histerectomía y mastectomía, deberán mantener revisiones periódicas en Urología o Ginecología de acuerdo con los criterios que se apliquen a las personas cisexuales.

*Para el cambio de documentación registral y el procedimiento para el cambio en la base de datos poblacional CIVITAS, SNS y Tarjeta Sanitaria, consultar normativa vigente en el **ANEXO VI.***

3.2.2.- Tratamiento quirúrgico

A. COORDINACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Para algunas personas trans*, la cirugía es un paso importante para alcanzar los cambios que consideran necesarios para vivir plenamente su identidad de género.

Se recomienda valorar la realización o no de los diferentes procedimientos quirúrgicos de reasignación de sexo y su secuenciación procurando el acto único en aquellos procedimientos que sean posibles.

Es importante garantizar que las personas tengan una expectativa realista de los resultados. Se proporcionará información clara, compresible y detallada sobre las distintas técnicas, con sus ventajas e inconvenientes y sobre la que se considere más adecuada en cada caso.

- **Criterios generales de elegibilidad:**

- **Ser mayor de 18 años.**
- **En caso de optar por terapia hormonal** previa, ésta debería estar **supervisada** por Endocrinología de la UFAT. En caso de contraindicación a la terapia hormonal o en caso de elección, podría indicarse la cirugía directamente.
- Conocimiento por parte de la persona de las características específicas de la intervención quirúrgica, a través de **consentimientos informados.**

- **Criterios de exclusión:**

- Índice de Masa Corporal (IMC) > 32.
- Edad > 65 años.
- Ausencia de seguimiento por la UFAT.
- Cualquier patología o situación clínica que contraindique la cirugía.

B. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La intervención quirúrgica permite una modificación de los caracteres sexuales primarios y/o secundarios que posibilita alcanzar una mayor congruencia con el sexo sentido en algunas personas. La cirugía tiene como objetivo alcanzar el mejor resultado funcional posible. El seguimiento posoperatorio de la persona ayudará a mejorar la calidad de los resultados quirúrgicos.

- **Cirugía de masculinización.**

- **Histerectomía más doble anexectomía**. Es aconsejable no demorarla más de 3-5 años tras el inicio de tratamiento hormonal, dado que el uso prolongado de andrógenos se ha asociado a la aparición de neoplasia ovárica.
- **Mastectomía.** Está condicionada por el volumen mamario, exceso de piel, ptosis y elasticidad. Por ello se valorará la elección de la técnica más adecuada en cada caso.
- **Cirugía genital:** La genitoplastia masculinizante no debe realizarse antes de los 2-3 años de tratamiento androgénico para objetivar la máxima hipertrofia del órgano eréctil sobre el que se aplicarán con posterioridad las técnicas quirúrgicas: reconstrucción de uretra, faloplastia, vaginectomía, escrotoplastia y colocación de prótesis peneana y testicular. Se trata de técnicas complejas, no exentas de posibles complicaciones que pueden requerir otras intervenciones adicionales para mejorar los resultados.

- **Cirugía de feminización.**

- **Orquiectomía inguinal bilateral:** se valorará su realización en el mismo acto de la cirugía de genitoplastia.
- **Mamoplastia de aumento.** Se realiza, habitualmente mediante prótesis mamaria y ocasionalmente, mediante técnicas de lipofilling.
- **Cirugía para la feminización de la voz:** para un alto porcentaje de mujeres trans* la voz representa un rasgo muy importante a considerar en el recorrido emprendido en su transición, ya que puede llegar a influir en su vida social, profesional y personal. Existen diferentes técnicas quirúrgicas: condroplastia tiroidea, avance de comisura anterior, acortamiento de cuerdas vocales, cordotomía láser, laringoplastia de feminización. Como toda actividad quirúrgica, no está exenta de riesgos ni de malos resultados fonatorios. La terapia vocal (logopedia) es complementaria e imprescindible después de la cirugía.
- **Cirugía genital:** incluye la penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y vulvoplastia.

C. SEGUIMIENTO POSCIRUGÍA

Se recomienda seguimiento por Endocrinología tras la cirugía. Las personas a las que se les practique gonadectomía precisarán tratamiento de sustitución hormonal y vigilancia especializada para prevenir efectos adversos de insuficiencia hormonal crónica.

De manera individual se valorará la necesidad de acompañamiento y apoyo psicoemocional según lo común previsto para los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Los servicios quirúrgicos de referencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura en función de la técnica quirúrgica a realizar se recogen en el **ANEXO VII**.

3.2.3.- Atención psicosocial

La atención psicosocial se llevará a cabo por los y las profesionales referentes de Salud Mental de las UFAT y, en algunas ocasiones, por los Equipos de Salud Mental generales, que atenderán a las personas trans* que lo demanden expresamente o requieran acompañamiento.

Las **FUNCIONES** de tales profesionales de salud mental serán:

A. Evaluación

B. Información y coordinación con otros servicios

C. Intervención

D. Otras

A. <u>EVALUACIÓN</u>

- **Valoración inicial biopsicosocial:**

- Se debe realizar una **entrevista clínica** pormenorizada, dirigida fundamentalmente a recabar la historia de desarrollo psicosexual y aspectos de la vida cotidiana, especialmente por lo que se refiere al previsible impacto del cambio en su vida familiar, social y laboral y la disponibilidad de apoyo de familiares, amigos, amigas y pares.
- Es conveniente realizar una valoración del **perfil de personalidad** para poder establecer más adelante una intervención individualizada contextualizada a su ajuste psicosocial.
- Explorar **signos y síntomas** compatibles con el diagnóstico de disforia de género o con otro problema de salud mental.
- Evaluación de la **capacidad cognitiva y volitiva** para poder determinar la capacidad para dar su consentimiento informado respecto a los tratamientos médicos.

- **Valoración y diagnóstico social:**

- Se llevará a cabo el estudio y el **diagnóstico social sanitario**, relativo a la situación personal, familiar y del entorno, dirigido a la identificación de factores de riesgo y problemas sociales, así como la identificación de recursos propios y externos potencialmente utilizables en cada momento. Se completará dicho estudio con la valoración y la identificación de los factores psicosociales y los condicionantes socioeconómicos y culturales influyentes en el proceso de salud de la persona-familia.

B. <u>INFORMACIÓN Y COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS</u>

- **Proporcionar información sobre las opciones de identidad y expresión de género y las posibles intervenciones médicas:**

- Así se facilita un proceso en que las personas exploren diversas opciones, con el objetivo de encontrar un rol y una expresión de género cómoda y prepararse para tomar una decisión plenamente informada acerca de las intervenciones médicas disponibles. Se deben plantear todas las implicaciones posibles, a corto, medio y largo plazo, tanto psicológicas como sociales, físicas, sexuales, reproductivas, incluso laborales, administrativas y legales.
- Ayudar a las personas que están considerando la terapia hormonal a estar preparadas psicológicamente, para que puedan tomar una decisión plenamente informada y con expectativas claras y realistas. Explorar si han sido valoradas las posibles complicaciones médicas, las implicaciones psicosociales, las opciones reproductivas…

- **Consensuar las opciones de tratamiento para posibles problemas de salud mental coexistentes:**

- La presencia de problemas de salud mental coexistentes no excluye necesariamente los posibles cambios en la expresión de género o el acceso a tratamientos hormonales o cirugías, pero sí deben ser tratados antes o simultáneamente.
- El tratamiento de estos problemas comórbidos se puede realizar en la UFAT, en AP o en los ESM correspondientes según su mayor o menor relación con el proceso de cambio o de influencia en los diferentes tratamientos médicos, siempre consensuado con las y los pacientes.

- **Derivación y coordinación con los servicios responsables de los tratamientos hormonales y quirúrgicos:**

- Se derivará a la persona a **Endocrinología** de referencia de las UFAT para que se realice la confirmación de la idoneidad para el tratamiento hormonal si no ha sido aún valorada por esta especialidad.
- La derivación se realizará mediante orden clínica a través de JARA.
- Una vez finalizada la evaluación interdisciplinar inicial tendrá lugar la **sesión clínica** correspondiente utilizando las distintas herramientas de comunicación disponibles, en la cual se analizará el caso en cuestión por el equipo de la UFAT, al que se incorporará su referente de Medicina o Pediatría de Atención Primaria. Durante esta sesión se elaborará el **Plan de Acción Personalizado (PAP),** donde deben incluirse los datos clínicos, psicológicos, funcionales y sociales más relevantes, así como la estrategia terapéutica y de cuidados establecidos conjuntamente con el usuario o la usuaria, previo consentimiento expreso de la persona o sus representantes legales en el caso de menores, para el inicio del protocolo y el intercambio de información entre profesionales (**ANEXOS IV-A y IV-B**). El PAP tiene funciones de información, de coordinación y de apoyo para

la toma de decisiones a lo largo del proceso y se irá adaptando a las decisiones que la persona trans*, acompañado del equipo de la UFAT, vaya tomando respecto a su proceso individual.

- Una vez definido el PAP, se procederá por parte del equipo de la UFAT a la devolución de la información del mismo a la persona y, en el caso de menores, a sus representantes legales.
- Posteriormente, se procederá a realizar las derivaciones necesarias para las **intervenciones quirúrgicas** recogidas en dicho plan y atendiendo a la Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud (mamoplastia, mastectomía, histerectomía, orquiectomía, faloplastia o metaidoplastia…). Las gestiones necesarias para las citaciones en las diferentes especialidades quirúrgicas, dentro o fuera de la comunidad autónoma, se llevarán a cabo por Endocrinología de la UFAT según los procedimientos establecidos en cada caso.

C. INTERVENCIÓN

La intervención psicosocial debe ser individualizada y estar recogida dentro del PAP. Los objetivos que se plantean son, entre otros, apoyo en dificultades emocionales, desarrollo de estrategias de afrontamiento y adaptación al proceso de tránsito social (si se lleva a cabo) y a todos los cambios en la esfera personal, familiar y social que se vayan produciendo a lo largo del proceso de socialización de la identidad de género sentida. Es tarea del personal de la UFAT el acompañamiento de la persona transexual durante todo el proceso de cambio.

- **Intervención psicosocial durante la fase de tránsito social:**

La intervención durante la fase de **tránsito social** es, de producirse, fundamentalmente de **apoyo psicológico y acompañamiento social** y estaría orientada a manejar las posibles dificultades en la adaptación al proceso de cambio, para las personas que así lo requieran o demanden.

Algunas personas suelen **modificar sus roles y aspecto**, adecuándolos al sexo sentido. Desde la UFAT se debe acompañar en este proceso, si es necesario, ayudando a resolver las posibles dificultades que aparezcan en la esfera psicosocial, a explorar y anticipar las consecuencias de los cambios.

Es especialmente relevante la **coordinación con Endocrinología**, ya que durante la fase inicial de tratamiento hormonal y sobre todo a los 6 meses del inicio, es cuando los cambios físicos se hacen más evidentes.

Para todo ello, la **intervención psicosocial** se centraría, de modo individualizado o grupal, en:

- Apoyo en el proceso de autodefinición de la identidad de género.
- Apoyo en el tránsito social: adaptación social conforme a la identidad de género (trabajo, estudios, redes sociales).
- Trabajo ante las posibles dificultades sociales partiendo de los propios recursos.
- Orientación en el ritmo de implementación de los cambios ante demanda de la persona.
- Trabajo con la familia y la pareja.

La **intervención social** puede ser fundamental en esta fase. Los objetivos prioritarios de dicha intervención serían la adaptación de la persona al medio comunitario y la coordinación entre profesionales referentes a través del trabajador o trabajadora social sanitaria.

Estos objetivos podrían desarrollarse mediante diferentes acciones como:

- Acompañamiento social y familiar durante todo el proceso de cambio.
- Desarrollo de actividades de promoción y protección de carácter social o jurídico en situaciones de desprotección o vulnerabilidad.
- Activación de la red de apoyo social y / o comunitaria.
- Información y asesoramiento de los recursos comunitarios disponibles.
- Dinamización del trabajo en red.
- Gestión activa para actualizar la información de trámites ya iniciados.
- Otros servicios de tramitación de prestaciones, servicios y recursos sociales y sanitarios.
- Coordinación y figura de enlace en la UFAT.

- **Intervención psicoterapéutica:**

La necesidad de intervención psicológica antes o después de las posibles intervenciones quirúrgicas se considerará de manera individualizada según lo común previsto para los usuarios y las usuarias del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Después de la cirugía, la persona puede sentirse especialmente vulnerable ante la situación que se le presenta, dado el estrés psicológico que en ocasiones supone el proceso, por la adaptación al propio procedimiento quirúrgico o a las complicaciones que puedan surgir, y teniendo en cuenta que no siempre el resultado es satisfactorio o acorde a sus expectativas.

En esta fase serían también de vital importancia las intervenciones psicoeducativas en todo lo relativo a la sexualidad vivida y sentida bajo el género de la persona trans*.

En ocasiones será necesario reformular nuevos objetivos del PAP ante la detección de nuevas necesidades.

D. OTRAS FUNCIONES

Serán también funciones de la UFAT:

- Desarrollar acciones de sensibilización que favorezcan el proceso de despatologización de la transexualidad.
- La atención a las interconsultas demandadas desde otros servicios.
- La formación y orientación a ESM, EAP, centros escolares, Servicios Sociales de Atención Social Básica (SSASB) y programas de familia, asociaciones/fundaciones, a través de charlas informativas, cursos en la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria…
- Participar activamente en la coordinación entre los distintos niveles y dispositivos de la red sanitaria, social y educativa, garantizando la continuidad en la atención.

4.- ATENCIÓN EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La identidad sexual y las expresiones de género forman parte de la personalidad, siendo ésta un sistema dinámico que se desarrolla en relación recíproca con el medio y que incluye, al mismo tiempo, factores disposicionales, culturales y sociales.

El **inicio** de la transexualidad puede evidenciarse en la infancia, apareciendo en muchos casos antes de los 10 años. Pero no es hasta la etapa prepuberal, con la perspectiva de los cambios que conlleva la pubertad a nivel físico, psicológico y sexual, cuando las personas toman conciencia clara de que existe una discordancia entre cómo se ven a sí mismas y cómo les ven las y los demás.

Hay que distinguir entre varios conceptos:

- Las *conductas no conformes con el género* son aquellas conductas que los niños y las niñas llevan a cabo y que son inconsistentes con los estereotipos culturales reinantes (atribuidos a cada uno de los sexos); se dan con independencia de la identidad o/y orientación sexual.
- La *transexualidad* es una variante más de la diversidad humana. Tiene que ver con la identidad de género, con la manera de identificarse cada persona. Así, las personas trans* no se sienten identificadas con el sexo que se les asignó al nacer.
- La *disforia de género como entidad psicopatológica (según el DSM V) hace* referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por la persona y el género asignado*, a*unque no todas las personas presentarán malestar como consecuencia de tal incongruencia.

4.1.- ACTUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La actuación desde Atención Primaria consistirá en la **identificación e intervención** en aquellas situaciones de transexualidad. Para ello, el personal sanitario deberá informar a menores y representantes legales (madres, padres, tutoras o tutores), valorar, asesorar y derivar a profesionales especializados si fuera procedente, manteniendo el apoyo y el acompañamiento durante todo el proceso.

4.1.1.- Identificación e intervención

Se debe realizar una **historia clínica completa** (biopsicosocial) del o de la menor**,** que incluya una exploración física y las pruebas complementarias que se consideren necesarias, debiéndose realizar además entrevistas más específicas con menores y representantes legales.

La entrevista tendrá como objetivo concretar las demandas del o de la menor y su familia, para responder a sus necesidades en función de su edad y entorno. Se valorarán dos aspectos fundamentales:

Los comportamientos referidos por el o la menor y su familia:

- La expresión de la identidad sexual o de género distinta a la asignada al nacer.

- Preferencia por roles, nombre y género identificativos, ropas, juguetes y juegos que se asocian comúnmente con un sexo distinto del asignado al nacer.
- Sentimientos de infelicidad.

Los aspectos psicobiográficos:

- Biografía del o de la menor.
- Historia psicosocial y familiar.
- Grado de apoyo y respeto de la identidad sexual por parte de familia o representantes legales.
- Grado de apoyo y respeto de la identidad sexual en el ámbito escolar.

Una vez realizada la historia clínica completa, se derivará a la UFAT, con acompañamiento por parte del Equipo de Atención Primaria, seguimiento y apoyo del caso durante todo el proceso (coordinación con especialistas de referencia, solicitud de analíticas de control, realización de informes, etc…).

Las cuestiones relativas al cuidado y mantenimiento de la salud deben ser abordadas antes, durante y después de cualquier intervención sanitaria.

Se debe informar sobre los recursos existentes y las diferentes posibilidades de intervención.

4.1.2.- Derivación

Desde Atención Primaria se podrá derivar a la UFAT según los siguientes criterios:

- Directamente a la **UFAT**, en caso de personas trans* menores de 18 años.
- Al **ESM Infanto-Juvenil** de referencia en menores de 18 años si se considera necesario por sospecha de psicopatología (salvo disforia de género, en cuyo caso se derivarán a la UFAT de referencia.) o ante demanda de la persona trans* o su familia.
- A **Endocrinología,** ante sospecha de patología endocrinológica.

La derivación a Salud Mental o Endocrinología por sospecha de patología no exime de la derivación a la UFAT.

La derivación a cualquiera de los recursos previamente referidos se realizará siempre mediante orden clínica a través de JARA y se establecerá contacto directo con la persona de referencia de la UFAT, que será el trabajador o la trabajadora social adscrita a cada unidad, favoreciendo en cualquier caso la coordinación y cooperación entre el personal implicado.

4.2.- UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN A LA TRANSEXUALIDAD (UFAT)

La acogida inicial se realizará por el trabajador o la trabajadora social de la UFAT de referencia.

El trabajo del personal sanitario integrante de estas Unidades se vincula a **tres procesos**, que pueden ser simultáneos en diferentes momentos de la atención, aunque no son ni obligatorios ni secuenciales:

1. Tratamiento hormonal.
2. Coordinación y acompañamiento en el tratamiento quirúrgico.
3. Atención psicosocial.

4.2.1.- Tratamiento hormonal

Recomendamos informar de forma detallada tanto a menores como a representantes legales de los posibles eventos adversos derivados del tratamiento hormonal antes de iniciar cualquier actuación, y cumplimentar un consentimiento informado (**ANEXO IV-B**).

Los criterios de elegibilidad para el inicio de cualquier intervención hormonal son superponibles a los de la edad adulta, pero con requerimientos adicionales en adolescentes:

- Es necesario alcanzar un estadío Tanner 2 de desarrollo puberal. En caso de estadíos más avanzados, priorizar el acceso a Endocrinología para inicio de bloqueo puberal a la mayor celeridad posible.
- Tener un adecuado soporte psicológico y social.

Se puede iniciar la intervención médica de forma precoz mediante la supresión del eje gonadal en los estadíos iniciales del desarrollo puberal para una adaptación psicosocial más adecuada y mejores resultados físicos. Esta intervención es reversible, permitiendo en el futuro el desarrollo puberal del sexo asignado al nacer, si fuese necesario.

La asociación de Tratamiento Hormonal Cruzado en adolescentes se iniciará cuando se considere oportuno por Endocrinología, induciendo una pubertad del sexo deseado con una titulación progresiva del tratamiento, superponible a la de individuos adolescentes hipogonadales.

Se recomienda individualizar cada caso teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y emocional de cada persona (capacidad y madurez suficiente para la toma de decisiones.

4.2.2.- Tratamiento quirúrgico

Por norma general, el tratamiento quirúrgico se indicará siempre a partir de los 18 años (mayoría de edad legal), o antes si existieran cambios en la legislación actual que lo permitieran.

Se valorará de manera individualizada la indicación de tratamiento quirúrgico no genital en menores de 18 años en función del criterio de especialistas, de acuerdo con el o la menor y representantes legales y atendiendo siempre al interés superior del o de la menor. En estos casos será necesaria la autorización judicial.

4.2.3.- Atención psicosocial

Cuando la o el menor o su familia requieran o demanden atención psicosocial o acompañamiento especializado, se llevará a cabo por profesionales de Salud Mental de la UFAT. Sus **intervenciones** serán las siguientes:

- **Estudio y evaluación de la demanda:**

La evaluación de la demanda se realizará por el equipo interdisciplinar integrado por profesionales de la Psiquiatría, la Psicología Clínica y el Trabajo Social.

- **Asesoramiento familiar y psicoterapia de apoyo**:

La psicoterapia debe centrarse en la reducción de la angustia y en disminuir cualquier otra dificultad psicosocial. Para los y las jóvenes que se plantean la adecuación de su sexo al género sentido, la psicoterapia puede apoyarlos durante el proceso. Tanto menores como sus familiares deben recibir apoyo en la toma de decisiones con respecto a la expresión de un rol coherente con su identidad de género, ayudándoles al desarrollo de un autoconcepto positivo y de estrategias de adaptación e integración social.

- **Información** sobre los posibles tratamientos.
- **Derivación a otros profesionales cuando se considere procedente (Endocrinología, Cirugía General…)**.
- **Intervención en el entorno** familiar, escolar y social de las o los menores atendidos en los casos en los que se considere necesario, incluyendo la información y referencias que faciliten la ayuda entre pares. Esta intervención irá fundamentalmente dirigida a formar, informar y sensibilizar sobre la realidad trans*, previniendo y contribuyendo a la erradicación de la transfobia.
- **Intervención específica en adolescentes**

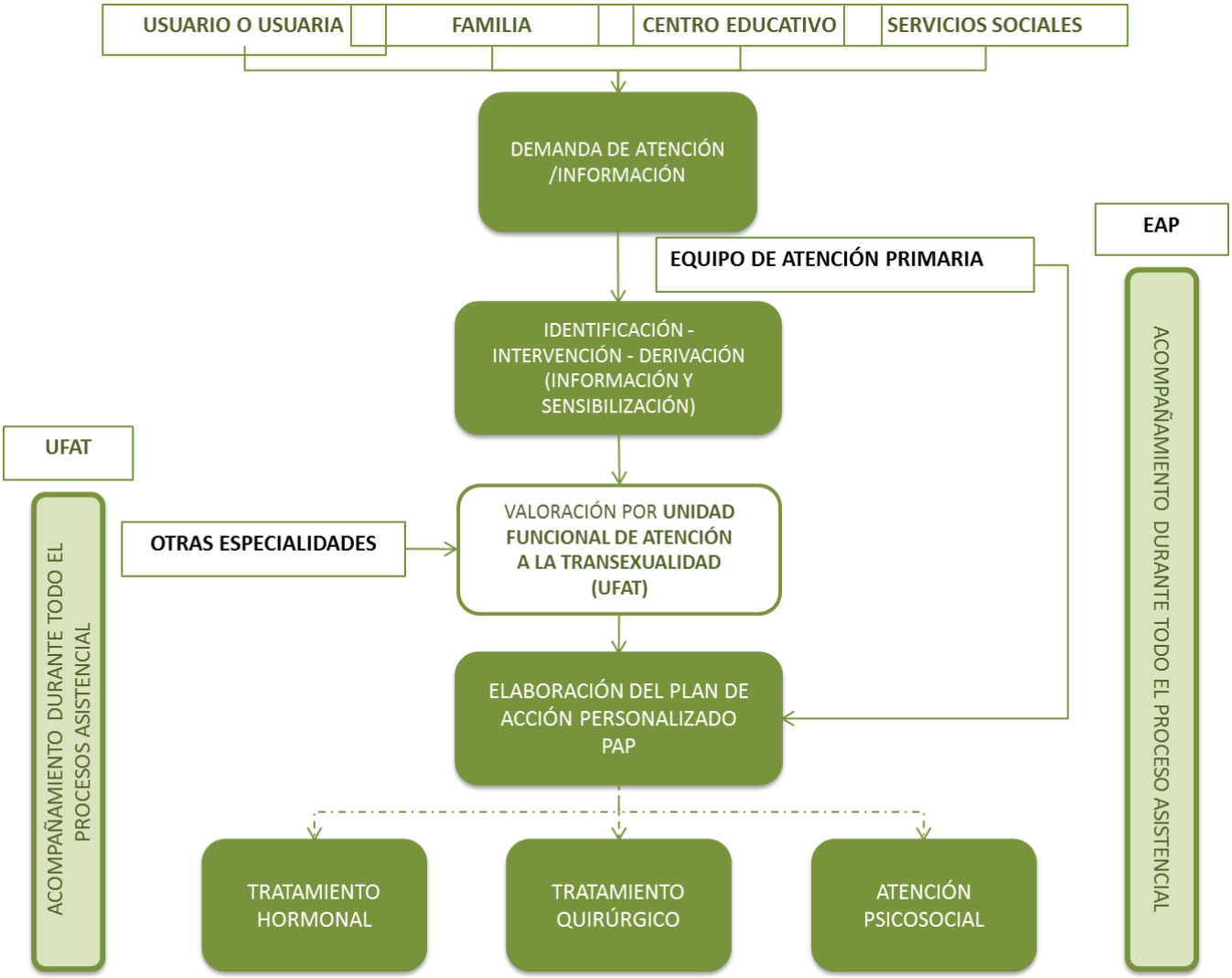
Considerar de manera individualizada, la opción de realizar una interconsulta al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil para asesoramiento, acompañamiento, valoración del sufrimiento y ante dudas sobre la identidad sexual.

Siempre es preferible el **consentimiento y la colaboración de los representantes legales**, teniendo en cuenta que en España se consideran los 16 años como mayoría de edad sanitaria. En casos excepcionales de negativa de los representantes legales y tras evaluación del caso por el equipo multidisciplinar, considerando los riesgos / beneficios de dicha intervención, se pondrá el caso en conocimiento del servicio competente en materia de infancia y familia de la Comunidad Autónoma.

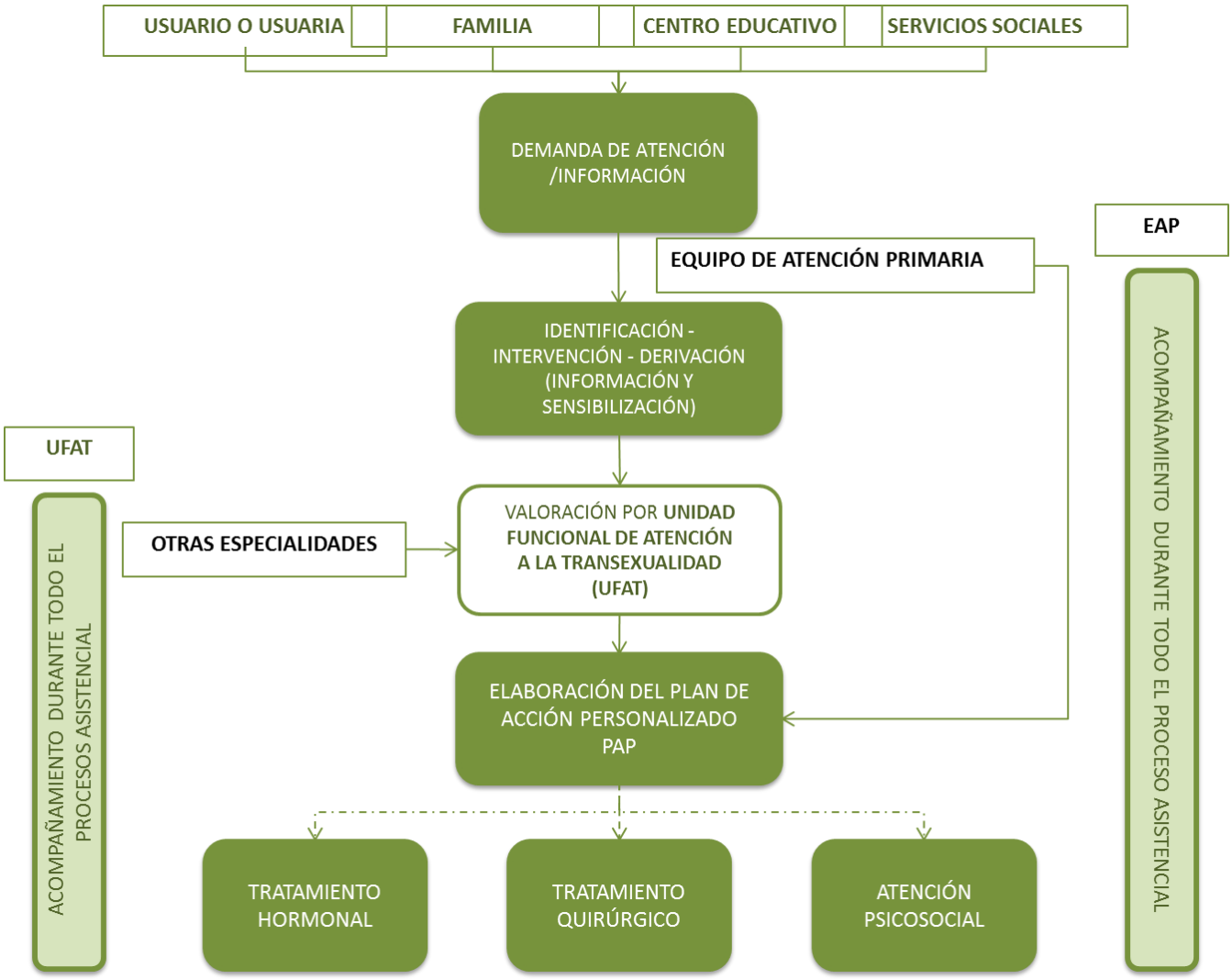
Siguiendo el PAP, se valorará por parte del equipo multidisciplinar de la UFAT el inicio del tratamiento supresor de la pubertad con análogos de GnRh, incluyendo en dicha valoración a los o las profesionales de Atención Primaria que correspondan.

5.- FLUJOGRAMAS

ATENCIÓN EN LA EDAD ADULTA



ATENCIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA



6.- TABLAS Y ANEXOS

TABLA 1. Valoración inicial y monitorización de la terapia hormonal en la edad adulta.

Determinaciones comunes	Mujeres trans*	Hombres trans*
Estudio inicial		
Anamnesis Exploración: caracteres sexuales secundarios, somatometría, tensión arterial, exploración mamaria. Analítica: bioquímica completa, perfil lipídico (LDLc, HDLc, TG), ácido úrico, función hepática. Cariotipo Hormonas basales: FSH, LH, E2, Testosterona SHBG, DHEA-S, 17OH-progesterona, PRL, TSH. Serologías: VHB, VHC, VIH y Lúes Hemograma y coagulación	Estudio de hipercoagulabilidad PSA. Prolactina	DHEA, androstenediona, 17OH-Progesterona
Visita trimestral-semestral		
Eventos adversos. Somatometría, tensión arterial. Bioquímica completa, perfil lipídico (LDLc, HDLc, TG), función hepática, hemograma, Hormonas Basales: FSH, LH, E2, Testosterona, SHBG	Prolactina	
Visita anual		
Somatometría, tensión arterial. Bioquímica completa, perfil lipídico (LDLc, HDLc, TG), ac. úrico, función hepática, hemograma, Hormonas Basales: FSH, LH, E2, Testosterona, SHBG. Coagulación básica Serologías: VHB, VHC, VIH y Lúes	PSA, prolactina. Exploración mamaria, testicular (hasta CRS)	Exploración mamaria (hasta CRS) Revisión ginecológica, ecografía pélvica, citología (hasta CRS)
Otras determinaciones		
Densitometría ósea. Si factores de riesgo, incumplimiento terapéutico tras gonadectomía o en mayores de 60 años Radiografía de tórax inicial y electrocardiograma (anual-bianual)	Despistaje rutinario de cáncer de mama y de próstata,	Síntomas compatibles con SAOS
E2: estradiol; TT: testosterona total; PSA: antígeno prostático específico; LDLc: Lipoproteína de baja densidad; HDLc: lipoproteína de alta densidad; SHBG: globulina fijadora de hormonas sexuales; CRS: cirugía reasignación de sexo; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; VHB: virus de hepatitis B; VHC: virus de hepatitis C; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.		
(3) Modificado de Moreno-Pérez O, Esteva de Antonio I y Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN. Endocrinol Nutr. 2012;**59(6)**:367---382		

TABLA 2. Efectos favorables (deseados) y desfavorables de la terapia hormonal cruzada en la edad adulta.

Efectos	Mujer trans*	Hombre trans*
Favorables	Psicológicos Descenso TT, aumento E2 Hiperplasia mamaria Descenso de erección, espermatogénesis y volumen testicular Descenso de vello terminal sexual Leve modificación tono voz Composición corporal, distribución ginecoide de la grasa	Psicológicos. Incremento líbido Incremento TT, descenso E2, PG Amenorrea secundaria Atrofia mamaria parcial Hipertrofia de órgano eréctil 3-4 cm Aumento vello terminal sexual Modificación tono de voz Composición corporal, aumento masa muscular, distribución androide grasa
Desfavorables	Depresión (antiandrógenos) Descenso libido anómalo Aumento bilirrubina, prolactina Trombosis venosa Colelitiasis Descritos (infrecuentes): cáncer de mama, próstata Conductas agresivas, psicosis	Conductas agresivas, psicosis Incremento líbido anómalo Acné facial Alopecia androgénica Poliquistosis ovárica Hiperplasia endometrial SAOS Poliglobulia, aumento de bilirrubina, descenso HDLc Descritos (infrecuentes): cáncer de ovario
CRS: Cirugías de reasignación sexual; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; La mayoría de los efectos favorables se inician entre 3 y 6 meses del inicio de la terapia, con efecto máximo entre 2 y 5 años		

TABLA 3. Farmacología clínica y monitorización del tratamiento hormonal cruzado en mujeres trans*.

Formulación	Dosificación	Mecanismo de acción	Ventajas	Desventajas
Valerato 17B-estradiol	2-6 mg/día vo	-	Económico, autoadministración, flexibilidad de la dosis, monitorización	
Estrógenos transdérmicos	Parches 100 mcg/3 días		Flexibilidad de la dosis, fácil aplicación, monitorización	Irritación de la piel
Acetato de ciproterona	50 mg dvd vo (100 mg/día)	Agonista parcial androgénico	Económico	Riesgo de hepatotoxicidad
Triptorelina	3,75 mg im/mes	Análogos de GnRH, con inhibición completa de la esteroido-génesis testicular	Gran eficacia modo de administración	Coste
Objetivo terapéutico. Las concentraciones de estradiol deberían mantenerse en los valores medios normales de una mujer premenopáusica o en el límite superior de la fase folicular normal para cada laboratorio de referencia, junto unas concentraciones de Testosterona en los límites femeninos. Monitorización. Determinación de E2, cada 3 meses (primer año), luego semestral-anual. El momento de la determinación de la misma dependerá del preparado de E2 empleado: a las 24 horas de la última dosis de estrógeno vo o a las 48 horas de la aplicación del estrógeno transdérmico Dvd, 2 veces al día; E2: estradiol; im: intramuscular; s, semana; T: testosterona; vo, vía oral.				

TABLA 4. Farmacología clínica y monitorización del tratamiento hormonal cruzado en hombres trans*.

Formulación	Dosificación	Perfil farmacológico	Ventajas	Desventajas
Cipionato o Propionato de testosterona	100 mg/s o 250 mg cada 3 s im	Elevación de niveles séricos de testosterona supra-fisiológicos tras la inyección, con descenso gradual hasta el rango hipogonadal al final del intervalo de la dosis	Económico, Flexibilidad de la dosis	Inyección im. Oscilaciones importantes en las concentraciones de la testosterona sérica
Gel de testosterona	50-100 mg testosterona aplicados de forma diaria	Restauración testosterona y E2 al rango fisiológico en varones	Flexibilidad de la dosis, fácil aplicación, buena tolerancia piel	Transferencia potencial a la pareja o niños por directo contacto piel-piel; elevación moderada DHT
Parches de Testosterona	4.8 mg cada 48 h	Restauración testosterona y E2 al rango fisiológico en varones	Flexibilidad de la dosis, fácil aplicación,	Rash eritematoso
Undecanoato de testosterona	1.000 mg cada 12 s.	Las concentraciones de testosterona sérica se mantienen en rango normal en la mayoría de los hombres tratados	No financiado Administración infrecuente	Requiere la inyección im de un gran volumen (4 ml)

Monitorización. Determinación de testosterona total, cada 3 meses (primer año), luego semestral-anual. El momento de la determinación de la misma dependerá del preparado de testosterona empleado: Cipionato o propionato de testosterona im medición a mitad y final de inyecciones. Gel de T en cualquier momento tras haber recibido al menos una semana de terapia parche transdérmico, entre 12 y 36 horas después de la aplicación. Undecanoato de testosterona im de acción prolongada justo antes de la siguiente inyección.
Objetivo terapéutico. Mantener testosterona en rango medio de la normalidad para varón biológico según laboratorio de referencia. Estradiol2 en límite superior de la normalidad para varón biológico según laboratorio de referencia.
DHT: dihidrotestosterona; im: intramuscular; s: semana.

TABLA 5. Efectos feminizantes en mujeres trans*.

Efecto	Comienzo*	Máximo*
Redistribución de la grasa corporal	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución de la masa y fuerza muscular	3 a 6 meses	1 a 2 años
Disminución de la libido	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Disminución de las erecciones espontaneas	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable
Crecimiento de las mamas	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución de volumen testicular	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución de la producción de esperma	Desconocido	>3 años
Disminución de del crecimiento del vello corporal	6 a 12 meses	>3 años˙
Cabello	No aumenta	Δ
Cambios de Voz	Ninguno	◊

* Según estimaciones de las observaciones clínicas. • La eliminación completa del vello requiere tratamiento con electrolisis y/o láser. Δ Si los estrógenos son suprimidos puede aparecer calvicie familiar. ◊ El tratamiento por Foniatría para entrenar la voz, es lo más efectivo.

TABLA 6. Efectos masculinizantes en hombres trans*.

Efecto	Comienzo (meses)*	Máximo (años)*
Piel grasa/acné	1 a 6	1 a 2
Crecimiento de vello corporal y facial	6 a 12	4 a 5
Calvicie	6 a 12	•
Aumento de la fuerza y masa muscular	6 a 12	2 a 5
Redistribución de la grasa corporal	1 a 6	2 a 5
Amenorrea	2 a 6	Δ
Aumento de tamaño de clítoris	3 a 6	1 a 2
Atrofia vaginal	3 a 6	1 a 2
Agudización de la voz	6 a 12	1 a 2

* Según estimaciones de las observaciones clínicas.

• Las recomendaciones para la prevención y tratamiento son similares a las del varón biológico.

Δ la presencia de menorragia requiere el diagnóstico y tratamiento por Ginecología.

ANEXO I

COMISIÓN TÉCNICA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PAIPTEX.

Integrantes:

Presidente: Director o Directora General de Asistencia Sanitaria o persona en quien delegue.

Vocales: Subdirectora o Subdirector de Atención Especializada o persona en quien delegue, Subdirectora o Subdirector de Salud Mental o persona en quien delegue, Subdirectora o Subdirector de Atención Primaria o persona en quien delegue, cuatro profesionales representantes de las UFAT (Endocrinología, Trabajo Social, Salud Mental y Cirugía Plástica) y dos miembros de las entidades más representativas del colectivo Trans*. De manera excepcional, podrán incorporarse a la misma otras personas, que tendrán voz, pero no voto.

Sus funciones serán las siguientes:

- Velar por el cumplimiento de lo recogido en el presente protocolo: puesta en marcha, control, seguimiento, evaluación y revisión de lo previsto en el mismo.

- Asesorar a los órganos rectores del Servicio Extremeño de Salud y de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales en los temas relacionados con la atención integral a las personas trans* en el ámbito del Servicio Extremeño de Salud.

ANEXO II

PREGUNTAS GUÍA ANTE LA SOSPECHA DE TRANSEXUALIDAD

El o la profesional seleccionará las que le parezcan más convenientes y las adaptará en función de la situación, grado de confianza. En el caso de que una persona manifieste una situación de transexualidad:

- ¿Desde cuándo?
- ¿Ha consultado previamente?
- ¿Le gustaría iniciar algún tratamiento para adecuar su corporalidad a su identidad?
- Le gustaría:
    - Iniciar un tratamiento hormonal
    - Recibir apoyo psicológico

ANEXO III

UNIDADES FUNCIONALES DE ATENCIÓN A LA TRANSEXUALIDAD (UFAT): ámbito provincial:

Unidad Funcional de Atención a la Transexualidad de Badajoz.

-Mª del Mar Sánchez García. Trabajadora Social.
Centro de Salud Ciudad Jardín. Badajoz. Ext. 41522.

-M.ª Teresa Martínez Rey. FEA Psiquiatría.
Centro de Salud Ciudad Jardín. Badajoz. Ext. 41523.

-José Díaz Pérez de Madrid. FEA Endocrinología.
Servicio de Endocrinología del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Ext. 49507.

- Álvaro Jesús Sillero Sánchez. FEA endocrinología.
Servicio de Endocrinología del Hospital de Mérida. Ext. 81485.

- Rafael Hernández Lavado. FEA Endocrinología.
Servicio de Endocrinología del Área Llerena-Zafra. Ext. 47215 (Llerena). 40327 (Zafra).

- Francisco Javier Arroyo Díez. FEA Endocrinología Pediátrica.
Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Badajoz. Ext. 46157

Unidad Funcional de Atención a la Transexualidad de Cáceres.

- Cristina Lancho Blázquez. Trabajadora Social
(Referencia para las áreas de Cáceres y Navalmoral de la Mata).
C.S La Mejostilla. Cáceres. Ext. 53334; 54509

- **Raquel Navarro Martínez**. Trabajadora Social
(Referencia para las áreas de Coria y Plasencia).
Hospital Ciudad de Coria. Ext. 77227

- Javier Alonso de la Torre Núñez. Psicólogo Clínico.
Centro de Salud La Mejostilla. Cáceres. Ext. 53340.

- Fidel Jesús Enciso Izquierdo. FEA Endocrinología.
- Maria José Amaya García. FEA Endocrinología.
Servicio de Endocrinología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. Ext. 56390.

- David Peñalver Talavera. FEA Endocrinología.
Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Ext. 78298.

- José Miguel Jaraíz Arroyo. FEA Cirugía Plástica.
Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Hospital Universitario de Cáceres. Ext. 56733.

- Jesús Fernando González de Buitrago Amigo. FEA Endocrinología Pediátrica.
Servicio de Pediatría del Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. Ext. 51471

ANEXO IV-A

MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA LA INCLUSIÓN EN EL PROTOCOLO (EDAD ADULTA).

AUTORIZACIÓN PERSONAL PARA EL INICIO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PERSONAS TRANS* EN EXTREMADURA Y EL INTERCAMBIO DE LA INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES.

Nombre y apellidos: ….....

con DNI …. …….....domicilio en: ….....

Tfno. ……...…….....…… ….……

Declara que ha sido informado/a por (especificar profesional y servicio):.....…….....

.....y autoriza a la administración sanitaria a llevar a cabo las actuaciones recogidas en el protocolo de actuación, con el correspondiente intercambio de información entre profesionales implicados.

En……a……de……de 20……...

Fdo: ……....

ANEXO IV-B

MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA LA INCLUSIÓN EN EL PROTOCOLO (MENORES).

AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA EL INICIO DE PROTOCOLO Y EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES.

Nombre y apellidos (madre/padre/representante legal): ...….....…….....

con DNI nº.:…….....……..y domicilio en :….....…….....

Nombre y apellidos (madre/padre/representante legal): ...….....…….…….…..

con DNI……..y domicilio en : ……...…….....…….…….……..

como madre/padre/representante legal (táchese lo que no proceda) de la persona menor, declaran que han recibido información por (especificar profesional y servicio): ……..…

...…..…….....

□ Autorizamos a las Administraciones Sanitaria, Educativa y Social de la Comunidad Autónoma de Extremadura a coordinarse y llevar a cabo las actuaciones recogidas en el Protocolo de Atención a Personas Trans*, en relación a mi hijo/a.

□ Autorizamos y damos nuestro consentimiento para que se inicie el Protocolo y el intercambio de información para la coordinación de actuaciones de los profesionales implicados.

DECLARO. (rellenar en caso de ser firmado por uno de los progenitores):

□ Familia monoparental o monomarental.

□ Fallecimiento del otro/a progenitor/a.

□ Privación del otro/a progenitor/a de la patria potestad de los hijos/as por resolución judicial.

□ Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares.

□ Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor para actuar en el ejercicio ordinario de la patria potestad (artículo 156 del Código Civil).

□ Otras circunstancias (especificar): …….. ……..

En. ……..a …….. de. …….. de 20……...

(Firmas: madre/padre/representante legal).

ANEXO V-A

INFORMACIÓN DE LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO HORMONAL FEMINIZANTE.

Los efectos del tratamiento aparecen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. Su acción suele empezar a notarse después de 2-4 meses de tratamiento, siendo algunos de sus efectos irreversibles después de 6-12 meses. Los estrógenos, utilizados para desarrollar las características femeninas, no se deben utilizar a dosis altas, pues sus resultados a medio y largo plazo son similares que con dosis menores, siendo también menores sus efectos secundarios. Los antiandrógenos se usan para impedir la acción de los andrógenos y hacer retroceder las características masculinas. Los resultados obtenidos pueden ser menos evidentes si no se han extirpado los testículos.

Los efectos que se van a observar son:

1. En relación con la actividad sexual, la capacidad de erección disminuye hasta desaparecer totalmente. Los orgasmos eyaculatorios son menos intensos al disminuir la producción de semen. La satisfacción sexual es variable y subjetiva y va a depender de cada persona.
2. Los testículos y la próstata se atrofian.
3. La fertilidad disminuye al descender la producción de semen. Puede ser reversible al suspender el tratamiento, pero puede ocurrir esterilidad permanente tras 6 meses del uso de estrógenos.
4. El aumento de las glándulas mamarias es variable, no predecible y no es siempre simétrico. No se puede elegir el tamaño deseado aumentando la dosis de estrógenos.
5. La grasa se redistribuye aumentando en la zona de las caderas y muslos, hombros y brazos, y cara.
6. El vello corporal (el que depende de los andrógenos) disminuye. El facial no siempre desaparece del todo, aunque se hace menos denso y oscuro.
7. La voz sufre pocos cambios, ya que la laringe adulta es poco sensible a estas hormonas.
8. Hay un cambio del carácter con incremento de la emotividad, que depende mucho de las características psicológicas previas de cada persona.

También pueden aparecer, con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables: depresión, retención de líquidos, alteraciones digestivas, alteración de la función hepática, cálculos en la vesícula, alteraciones en la coagulación, tromboflebitis o tromboembolismo pulmonar (muy excepcional).

En caso de no solicitar la extirpación de sus testículos deberá realizarse exploraciones periódicas en su especialista ante la posibilidad, aunque escasa, de que aparezcan lesiones degenerativas.

En algunos casos, la aparición de efectos secundarios obliga a suspender el tratamiento (casi siempre temporalmente) o a reducir las dosis. Esto puede retrasar o dificultar la consecución de los objetivos previstos del cambio corporal.

En nuestro servicio recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga, y se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto.

ANEXO V-B

INFORMACIÓN DE LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO HORMONAL MASCULINIZANTE.

Los efectos del tratamiento se producen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. Su acción se suele empezar a notar a partir de las primeras dosis de andrógenos y sus efectos son prácticamente irreversibles casi desde el principio. Los andrógenos, que se emplean para desarrollar las características masculinas, no deben utilizarse en dosis altas, ya que sus resultados a medio y largo plazo van a ser similares que con dosis menores, siendo también menores sus efectos secundarios. Los efectos que se van a observar son:

1. La actividad sexual aumenta. El clítoris aumenta su tamaño varios centímetros, a veces con dolor.
2. La fertilidad disminuye y desaparecen los ciclos menstruales.
3. Aumento del vello facial y corporal de distribución masculina, haciéndose más grueso y oscuro.
4. Pueden aparecer acné y alopecia.
5. La masa muscular aumenta y la grasa adopta una distribución masculina.
6. La voz puede hacerse más grave, aunque no siempre llega al tono masculino clásico.
7. Hay un cambio del carácter, con un aumento de la agresividad, que depende mucho de las características psicológicas previas de cada persona.
8. El tamaño de las glándulas mamarias apenas disminuye, aunque pueden ablandarse.

También pueden aparecer, con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables, retención de líquidos, dolor de cabeza, alteraciones de la función hepática, aumento de las cifras de la tensión arterial, elevación de la glucosa y del colesterol en la sangre. Los tres últimos aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (infarto de corazón o cerebral, trombosis cerebral, etc.).

En algunos casos, la aparición de efectos secundarios obliga a suspender el tratamiento (casi siempre temporalmente) o a reducir las dosis. Esto puede retrasar o dificultar la consecución de los objetivos previstos del cambio corporal.

En nuestro servicio recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga, y se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto.

ANEXO VI

INFORMACIÓN SOBRE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.

La realización del cambio de documentación registral se realizará conforme a la normativa vigente. En el momento actual, la normativa reguladora para este procedimiento es la Ley Reguladora de la Rectificación Registral relativa al sexo de las personas (Ley 3/2007 de 15 de marzo), que permite el cambio de la inscripción en el Registro Civil relativa al sexo, así como al cambio de nombre.

La Instrucción de la Dirección General de los Registros y del Notariado, de 23 de octubre de 2018, permite adaptar el DNI cambiando el nombre con tan solo solicitarlo en el Registro Civil. Enlace: https://www.boe.es/boe/dias/2018/10/24/pdfs/BOE-A-2018-14610.pdf.

El cambio de nombre en la tarjeta sanitaria en la Comunidad Autónoma de Extremadura se regula mediante el **procedimiento de la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales para el cambio de nombre y género sentido de personas trans*, en la base de datos poblacional y en la tarjeta sanitaria individual (6 de julio de 2018)**. Se gestionará en la Unidad Central de Gestión Poblacional (Servicios Centrales de Mérida. Avda. de las Américas, nº2. 06800, Mérida).

A continuación se exponen modelos de anexos I y II de la solicitud de cambio en la base de datos (edad adulta y menores), disponibles en los Centros de Salud y a través del siguiente enlace:

https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/PROCEDIMIENTO%20EXTREMADURA%20TARJETA%20GENERO%20SENTIDO.pdf

SOLICITUD DE CAMBIO EN LA BASE DE DATOS POBLACIONAL Y EXPEDICIÓN DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL ACORDE AL NOMBRE Y GÉNERO SENTIDO. (*Para personas mayores de edad y menores emancipados).*

Don/Doña _____, con Documento Nacional de Identidad Nº_____ y con domicilio a efectos de notificaciones en _____
Población_____, código postal_____

EXPONE:

1.- Que tengo la condición de persona transexual.

2.- Que la Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura establece en su artículo 16 que: *"la Junta de Extremadura, en el ámbito de sus competencias, adoptará los mecanismos necesarios para que la documentación administrativa y los formularios médicos se adecuen a la heterogeneidad del hecho familiar y a las circunstancias de las personas LGBTI".*

3.- Que habiendo sido informado o informada del procedimiento para la realización del cambio de nombre y género sentido tanto en mi tarjeta sanitaria individual como en la Base de datos poblacional,

SOLICITA:

Se me expida la tarjeta sanitaria individual o documento acreditativo válido para todo el Sistema Nacional de Salud, en la que se modifique mi nombre registral por el nombre sentido de_____, y con género sentido_____, manteniéndose mi código de identificación autonómico, así como el código de identificación en el Sistema Nacional de Salud identificativos de mi historial clínico.

Adjuntando para ello, la siguiente documentación a la solicitud:

☐ Copia cotejada del documento que acredita mi identidad (NIF/NIE/Pasaporte).

En _____, a_____de_____de 201__

PERSONA INTERESADA:

Fdo: _____

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, FORMACIÓN Y CALIDAD SANITARIAS Y SOCIOSANITARIAS.
Unidad Central de Gestión Poblacional. Avda de las Américas Nº 2 06800- MÉRIDA

SOLICITUD DE CAMBIO EN LA BASE DE DATOS POBLACIONAL Y EXPEDICIÓN DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL ACORDE AL NOMBRE Y GÉNERO SENTIDO. *(Para menores de edad)*

Don/Doña _____,
con Documento Nacional de Identidad Nº_____ y con domicilio a efectos de notificaciones en_____
Población_____, código postal_____, como padre/madre/tutor y representante legal de *(Nombre según se recoge en el documento identificativo del menor)*_____

EXPONE:

1.- Que la persona menor de edad mencionada tiene la condición de persona transexual.

2.- Que la Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura establece en su artículo 16 que: *"la Junta de Extremadura, en el ámbito de sus competencias, adoptará los mecanismos necesarios para que la documentación administrativa y los formularios médicos se adecuen a la heterogeneidad del hecho familiar y a las circunstancias de las personas LGBTI".*

3.- Que habiendo sido informado o informada del procedimiento para la realización del cambio de nombre y género sentido tanto en la tarjeta sanitaria individual como en la Base de datos poblacional,

4.- Que como padre, madre o representante legal de la persona interesada, declara que los datos anteriormente expuestos son ciertos, así como la documentación que se adjunta, asumiendo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos.

SOLICITA:

Se expida la tarjeta sanitaria individual o documento acreditativo válido para todo el Sistema Nacional de Salud, en la que se designe a la persona menor con el nombre sentido de_____, y con género sentido_____, manteniendo su código de identificación autonómico, así como el código de identificación en el Sistema Nacional de Salud identificativos del historial clínico.

Adjuntando para ello, la siguiente documentación a la solicitud: *(Han de entregarse ambos documentos)*

☐ Copia cotejada del documento que acredita la identidad de la persona interesada (NIF/NIE/Pasaporte).

☐ Copia cotejada del documento que acredita la identidad del padre/madre o tutor legal de la persona interesada.

En _____, a_____de_____de 201__

PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL:

Fdo: _____

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, FORMACIÓN Y CALIDAD SANITARIAS Y SOCIOSANITARIAS.
Unidad Central de Gestión Poblacional. Avda de las Américas Nº 2 06800- MÉRIDA

ANEXO VII

SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE REFERENCIA EN LA COMUNIDAD DE EXTREMADURA.

Como en cualquier intervención quirúrgica, es necesario un estudio preoperatorio realizado por Anestesiología en el que se confirme que el estado de salud de la persona es óptimo para poder llevar a cabo la intervención.

Las intervenciones quirúrgicas se realizarán conforme a la cartera de servicios existente en el Sistema Nacional de Salud.

Cirugía de baja complejidad:

Las técnicas simples (histerectomía, anexectomía, orquiectomía), y especialmente en las situaciones que no vayan a conllevar una cirugía compleja adicional, se realizarán en el hospital de referencia del paciente, por parte de la especialidad correspondiente: Ginecología o Urología.

El servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Cáceres será de referencia regional para la cirugía de la mama en las personas trans* (mastectomía, mamoplastia).

Los servicios de Otorrinolaringología de Cáceres y de Badajoz, serán de referencia provincial para la cirugía de la voz en las personas trans*.

Cirugía compleja de reasignación genital:

No existe en la actualidad ningún centro acreditado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social como CSUR (Centros, Servicios y Unidades de Referencia) para la cirugía compleja de reasignación genital.

Los pacientes trans* que decidan someterse a la cirugía de reasignación de sexo, se valorarán de forma individualizada para su derivación a los servicios que realicen dichas técnicas.

7.- SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CSUR: Centros, Servicios y Unidades de Referencia.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

EAP: Equipo de Atención Primaria.

ESM: Equipo de Salud Mental.

ESM-IJ: Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

FEA: Facultativo o Facultativa Especialista de Área.

JARA: Sistema Integrado de Información Sanitaria del SES.

LGTBI: Acrónimo que se refiere a personas Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales e Intersexuales.

PAIPTEX: Protocolo de Atención Integral a Personas Trans* en el Servicio Extremeño de Salud.

PAP: Plan de Acción Personalizado.

SES: Servicio Extremeño de Salud.

SSASB: Servicios Sociales de Atención Social Básica.

THC: Tratamiento Hormonal Cruzado.

UFAT: Unidad Funcional de Atención a la Transexualidad.

8.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **BINARISMO DE GÉNERO** (o sistema de género binario): El binarismo de género clasifica a las personas según dos géneros correspondientes al sexo masculino o femenino, excluyendo cualquier matiz intermedio e impidiendo o dificultando cualquier elección personal que no encaje en aquellos.
- **CONDUCTAS NO CONFORMES CON EL GÉNERO:** son aquellas conductas que los niños o niñas llevan a cabo y que son inconsistentes con los estereotipos culturales reinantes (atribuidos a cada uno de los sexos); se dan con independencia de la identidad o/y orientación sexual del niño o la niña.
- **DISFORIA DE GÉNERO (DSM V):** entidad psicopatológica que hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por el sujeto y el género asignado, aunque no todos los sujetos presentarán malestar como consecuencia de tal incongruencia.
- **EXPRESIÓN DE GÉNERO:** es la presentación externa de una persona a través de la apariencia, del comportamiento, la indumentaria, el peinado, la voz, las características físicas, etc. La expresión de género no tiene que ser fija ni tiene que coincidir necesariamente con el sexo asignado al nacer o con la identidad de género de la persona.
- **GÉNERO ASIGNADO**: es el género que se le asigna a un recién nacido basándose en el aspecto de los genitales u órganos sexuales de esa persona. También se puede medir por medio de las hormonas o cromosomas en el cuerpo.
- **IDENTIDAD DE GÉNERO:** la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.
- **INTERSEXUAL:** "inter" de "en medio". Persona que nace con características sexuales que varían respecto del estándar corporal, impuesto culturalmente, para hombres y mujeres.
- **ORIENTACIÓN SEXUAL**: patrón de atracción sexual, erótica o amorosa hacia un determinado grupo de personas definidas por su género o su sexo. Es independiente de la identidad de género, ya que la identidad de género no presupone la orientación sexual, y viceversa.
- **PERSONA CIS (cisexual o cisgénero):** persona que se identifica con el sexo que le ha sido asignado al nacer.
- **PERSONA TRANS*:** persona con una identidad de género diferente a la que le ha sido asignada al nacer. El asterisco hace referencia a una categoría paraguas que engloba todas las identidades de género no normativas (trans, trans*, transgénero, no binarias, de género fluido, de género neutro y cualquier otra autodefinición social emergente).
- **TRANSEXUALIDAD:** es una variante más de la diversidad humana. Tiene que ver con la identidad de género, con la manera de identificarse cada persona. Así, las personas trans* no se sienten identificadas con el sexo que se les asignó al nacer.
- **TRANSFOBIA:** aversión, odio, miedo, prejuicio o discriminación hacia las personas trans*.

9.- BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson, G.L., Limacher, M., Assaf, A.R., Beresford SA, Black H, Bassford ,T., (2004) Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA;291:1701---12.

2. American Psychiatric Association (APA). (2014) DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2000.) Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR. Barcelona Editorial: Masson.

4. Asscheman, H., Gooren, LJ., Assies, J., Smits, JP., de Slegte R.,(1988) Prolactin levels and pituitary enlargement in hormonetreated male-to-female transsexuals. Clin Endocrinol (Oxf).;28:583---8.

5. Becerra, A., De Luis, D.A., Piédrola, G. (1999) Morbilidad en pacientes trans* con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. Med Clin (Barc).;113:484---7.

6. Becerrra Fernández, A., (2003) Transexualidad: La búsqueda de una identidad. Revisión de Garaizabal, Christina. 'Algunos problemas diagnósticos de la transexualidad', Ed. Díaz de Santos, Madrid.

7. Becerra Fernández, A., Lucio-Pérez M.J., Rodríguez Molina J.M., Asejo Aranque N., Pérez López, G., Rabito MF, Román NM., (2018) Transexualidad y adolescencia. Revista Internacional de andrología,; 8(4): 165-171

8. Bhasin S., Cunningham, G.R., Hayes, F, Matsumoto, AM., Snyder, PJ., Swerdloff, RS., et al. (2006)Testosterone therapy in adult men with androgen deficiency syndromes. J Clin Endocrinol Metab.;91:1995---2010.

9. Borrador de Protocolo de Atención sanitaria a los problemas de identidad de género en Castilla y León (borrador de 13 de noviembre de 2014). Recuperado en: http://www.fundaciontriangulo.org/visibilidadtrans/documentos/PROTOCOLO_DE%20ATENCI%C3%93N_A_LA_DISFORIA_DE_G%C3%89NERO_CASTILLA_Y_LE%C3%93N_borrador_fin_8_131114_.pdf

10. Delemarre-Van de Waal, H.A., Cohen-Kettenis, P.T.(2006) Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. Eur J Endocrinol.;155:S131---7.

11. Dittrich, R., Binder, H., Cupisti, S., Hoffmann, I., (2005). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review, et al. Endocrine treatment of maleto-female transsexuals using gonadotropin-releasing hormone agonist. Exp Clin Endocrinol Diabetes.;113:586---92.

12. Dizon, D.S, Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., Granai, C.O. (2006) Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. Gynecol Obstet Invest.;62:226---8.

13. Drummond, K.D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M., Zucker, K.J. (2008) A follow-up study of girls with gender identity disorder. Dev Psychol.;44:34---45

14. eCIE10ES. Edición electrónica de la CIE -10-ES- Diagnósticos 2º Edición enero 2018. Clasificación Internacional de las Enfermedades. 10ª Revisión. Modificación clínica. Edición Española. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Disponible en: www.mscbs.gob.es

15. Ettner, R., Monstrey, S., Eyler, E.(2007.) Principles of transgender medicine and surgery. New York: Haworth Press;

16. Fernández García, O., et al. (2018)"Transexualidad y adolescencia: una revisión sistemática". International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, Nº 1, 2018. ISSN: 0214-9877.pp:91-104

17. Futterweit, W., Deligdisch, L.(1986) Histopathological effects of exogenously administered testosterone in 19 female to male transsexuals. J Clin Endocrinol Metab.;62: 16-21

18. Garcia-Malpartida, K., Martin-Gorgojo, A., Rocha, M., Gómez-Balaguer, M., Hernandez-Mijares, A.(2010) Prolactinoma induced by estrogen and cyproterona acetate in a male-to-female transsexual. Fertil Steril.;94:1097, e13-5.

19. Gender Identity Research and Education Society Article of Gender Variance (dysphoria). [consultado 1/10/2011]. Disponible en http://www.gires.org.uk

20. Giraldo, F., Esteva, I., Bergero, T., Cano, G., González, C., Salinas, P.(2004), et al., (2004) Andalusia Gender Team. Corona Glans Clitoroplasty and Urethropreputial Vestibuloplasty in Male-to-Female Transsexuals: The vulval aesthetic refinement by the Andalusia Gender Team [IDEAS AND INNOVATIONS]. Plast Reconstr Surg.;114:1543---50.

21. Gómez-Gi,l E., Esteva de Antonio, I. (2006)Ser transexual. Barcelona: Editorial Glosa; (ISBN 84-7429-267-0).

22. Gooren, L.J., Giltay, E.J., Bunck, M.C., (2008) Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. J Clin Endocrinol Metab.;93:19---25.

23. Gooren, L.J., Giltay, E.J. (2008). Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: effects and risks of administration of androgens to females. J Sex Med.;5:765---76.

24. Guía de Buenas Prácticas para la Atención Sanitaria a Personas Trans en el Marco del SNS, 2012

25. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN. Endocrinología y Nutrición 2012; 59:357-382.

26. Grupo de Trabajo para el abordaje integral de la atención a personas trans*. Guía de atención integral a las personas trans*. Actuaciones recomendadas desde los ámbitos educativo, social y sanitario. Gobierno Vasco 2016.

27. Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre, H.A., Gooren, L.J., Meyer III, W.J., Spack, N.P., et al. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab.;94:3132---54.

28. Hurtado Murillo, F., Gómez Balaguer, M., Donat Colomer, F., (2008) Transexualismo hombre a mujer: intervención en adolescentes.Sexología Integral.;5:85---7.

29. Khaw, K.T., Dowsett, M., Folkerd, E., Bingham, S., Wareham, N., Luben, R., et al. (2007).Endogenous testosterone and mortality due to all causes, cardiovascular disease, and cancer in men: European prospective investigation into cancer in Norfolk (EPICNorfolk) Prospective Population Study. Circulation.;116: 2694---701.

30. Kristina, R., Olson, PhD., 2016. "Prepubescent Trasngender Children: What we do and do not know. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Volumen 55. nº 3 March

31. Laughlin, G.A., Barrett-Connor, E., Bergstrom, J., (2008). Low serum testosterone and mortality in older men. J Clin Endocrinol Metab.;93:68---75.

32. Levy, A., Crown, A., Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. Clin Endocrinol (Oxf).;59:409---18.

33. Mas Grau, J. (2017) Del Transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante". Revista Internacional de Sociología 75 (2):e059: Disponible en: doi: http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63

34. Michel, A., Mormont, C., Legros, J.J. (2001). A psycho-endocrinological overview of transsexualism. Eur J Endocrinol.;145:365---76.

35. Michelle, A., Cretella, M.D., et al. (2016). American College of Pediatricians. Gender Ideology Harms Children.

36. Moore, E., Wisniewski, A., Dobs, A., (2003) Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. J Clin Endocrinol Metab.;88: 3467---73.

37. Moreno-Pérez, O. (2010)Transexualidad: control del tratamiento. En: Función androgénica en el laboratorio. Editado por: Comité de Comunicación de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular, (ISBN: 84-89975-40-X).

38. Moreno-Pérez, O., Esteva de Antonio, I. y Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN. (2012).Endocrinología y Nutrición.;59(6):367---382

39. Mueller, A., Gooren, L., (2008) Hormone-related tumors in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. Eur J Endocrinol.;159:197---202

40. Peggy T Cohen-Kettenis, Friedemann Pfäfflin. (2003.)Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: Making Choices. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry.

41. Polo-Usaola, C., Olivares-Zarco, D. (2011). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la Transexualidad. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 31 (10), 285-302. Disponible en http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200008

42. Protocolo de Actuación Dirigido a Menores sobre Identidad y Expresión de Género. Castilla La Mancha. Resolución de 25 de enero de 2017. Publicado en El Diario Oficial de Castilla La Mancha el 8 de febrero de 2017. Instituto de la Mujer. Disponible en:
43. https://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2017/02/08/pdf/2017_1128.pdf&tipo=rutaDocm

44. Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Trans*. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales. Año 2009. ISBN: 978-84-693-2565-5.

45. Real Decreto 1302/2006 se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del SNS. En diciembre de 2007 el Consejo Interterritorial del SNS aprobó los criterios que debían cumplir los centros para ser acreditados como CSUR para la atención a las personas trans*.

46. Ruetsche, A.G., Kneubuehl, R., Birkhaeuser, M.H.(2005) Cortical and trabecular bone mineral density in transsexuals after long-term cross-sex hormonal treatment: a cross-sectional study. Osteoporos Int.;16:791---8.

47. Sánchez Lorenzo, I. et al. “Atención piscomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia”. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Disponible en: doi: 10.1006/j.rpsm.2015.04.002.

48. Sánchez Planell, L. (1994) Psychophatological disorders in intersexual states. En: Martínez-Mora J, editor. Textbook intersexual states. Disorders of sex differentation. Barcelona: Ediciones Doyma;. p. 369---78.

49. Schoemaker, M.J, Swerdlow, A.J., Higgins, C.D., Wright, A.F., Jacobs, P.A., et al., (2008). U.K. Clinical Cytogenetics Group. Clinical Cytogenetics Group. Cancer incidence in women with Turner syndrome in Great Britain: a national cohort study. Lancet Oncol.;9:239---46.

50. The World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (7th version). (2011).

51. Tinahones Madueño, F.J. (coord.), y col. (2016.). Atención Sanitaria a personas trans* en la infancia y adolescencia. Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud, Junta de Andalucía

52. Torres Vela, E. (coord.) y col. (2016.). Atención Sanitaria a personas trans* adultas: proceso asistencial integrado. Consejería de salud, Junta de Andalucía.

53. Toorians, A.W., Thomassen, M.C., Zweegman, S. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. J Clin Endocrinol Metab.;88:5723---9.

54. Tugnet, N., Goddard, J.C., Vickery, R.M., Khoosal, D., Terry, T.R. (2007) Current management of male-to-female gender identity disorder in the UK. Postgrad Med J.;83:638---42

55. Van Kesteren, P.J., Asscheman, H., Megens, J.A., Gooren, L.J.(1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. Clin Endocrinol (Oxf);47:337---42.

56. Van Kesteren, P., Lips, P., Gooren, L.J., Beckmann, M.W., Mueller, A. (1998) Long-term follow-up of bone mineral density and bone metabolism in transsexuals treated with cross-sex hormones. Clin Endocrinol (Oxf).;48:347---54.

57. Wallien, M.S.C., Cohen-Kettenis, P.T.(2008). Psychosexual outcome of gender dysphoric children. Am J Child Adolesc Psychiatry.;47:1413---23.

58. Yahyaoui R, Esteva I, Haro-Mora JJ, Almaraz MC, Morcillo S, Rojo-Martínez G, et al. Effect of long-term administration of cross-sex hormone therapy on serum and urinary uric acid in transsexual persons. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93: 2230---3.

59. Zucker, K. J., Bradley, S.J., Sullivan, L., Kuksis, M., Birkenfeld-Adams, A. y Mitchel, J.N (1993).: A gender identity interview for children. Journal of personality assessment, 61, 443-456.

Servicio Extremeño de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales