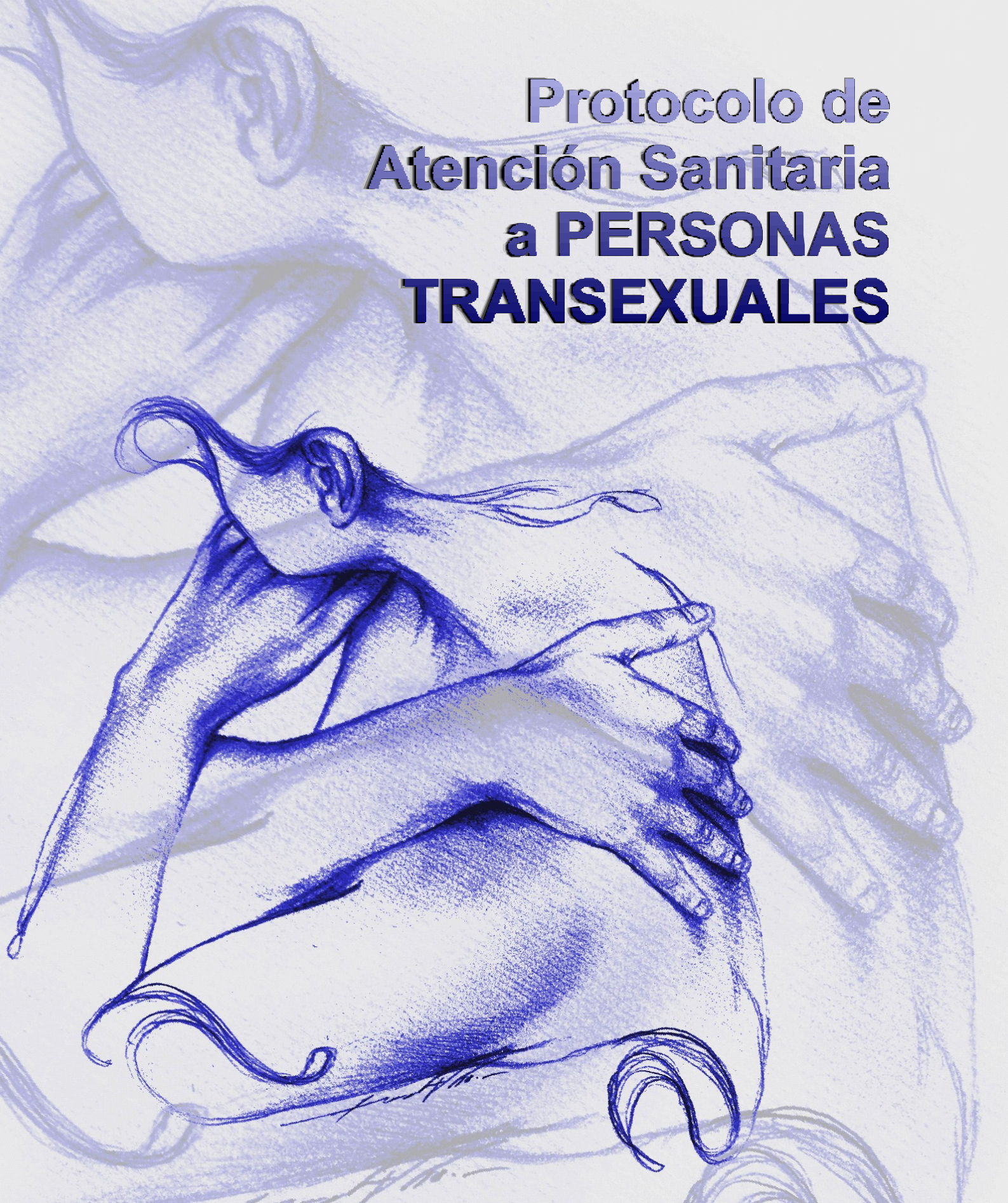


Protocolo de Atención Sanitaria a PERSONAS TRANSEXUALES



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias

EDICIÓN:

Gobierno de Canarias

Consejería de Sanidad

Servicio Canario de la Salud

Dirección General de Programas Asistenciales

I.S.B.N.: 978-84-693-2565-5

*“Sexo es lo que se ve,
género es lo que se siente.
La armonía entre ambos es esencial
para la felicidad del ser humano.”*

Harry Benjamín, 1976

DIRECTORA GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES

Hilda Sánchez Janáriz

Jefe de Servicio de Atención Especializada

Víctor Naranjo Sintés

Jefa de Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación

Rita Tristancho Ajamil

Jefe de Servicio de Salud Mental

José Luis Hernández Fleta

Coordinación

José Carlos del Castillo Rodríguez, *Técnico Atención Especializada. D.G. de Programas Asistenciales*

Santiago de la Hueriga Moreno, *Técnico Atención Primaria. D.G. de Programas Asistenciales*

María Adelaida Gutiérrez León. *Técnica Salud Mental. D.G. de Programas Asistenciales*

Grupo de trabajo

Delia Báez Quintana. *Ginecóloga del Hospital Universitario de Canarias*

Casimiro Cabrera Abreu. *Psiquiatra USM Canalejas*

Lila Damas Plasencia. *Técnica D.G. de Programas Asistenciales*

Javier Fernández Palacios. *Cirujano plástico del Hospital Universitario Dr. Negrín*

Miguel Fernández Sánchez-Barbudo. *Psicólogo de la UAM CS Ofra*

Ana González Isasi. *Psicóloga del Hospital Insular*

Pedro Gutiérrez Hernández. *Andrólogo del Hospital Universitario de Canarias*

Javier Martínez Martín. *Endocrinólogo del Hospital Universitario Dr. Negrín*

Francisco José Martínez Ramos. *Médico de familia del Centro de Salud Laguna-Mercedes*

Isabel de Miguel Mitre. *Pediatra del Centro de Salud Los Realejos*

Lud Mila Ocon Padrón. *Ginecóloga del Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular*

Pilar Olvera Márquez. *Endocrinóloga del Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria*

Jesús Pérez Luis. *Endocrinólogo del Hospital Universitario de Canarias*

Carmen Gloria Ramos Martín. *Técnica D.G. de Programas Asistenciales*

Concepción Rubiralta Juanola. *Técnica D.G. de Programas Asistenciales*

Pilar Valerón Domínguez. *Médico de familia del Centro de Salud Miller Bajo*

Diseño de la Portada

Teresa Rodríguez Delgado

Ilustración de la Portada

Inmaculada Juárez

Revisión de estilo y formato

Alejandrina Hernández Albertos. *D.G. de Programas Asistenciales*

ÍNDICE

Introducción	6
Antecedentes	6
Justificación	7
Objetivos	8
□ Generales	
□ Específicos	
Algoritmos de actuación	9
Atención a personas adultas	11
Atención en la infancia y adolescencia	17
Tratamiento hormonal	24
Tratamiento quirúrgico	36

ANEXOS

I. Conceptos básicos en Transexualidad	37
II. Asociaciones y contactos de interés	41
III. Valoración psicológica/psiquiátrica	42
IV. Datos Generales	59
V. Consulta de Inicio	60
VI. Consulta de Seguimiento	63
VII. Ejemplos de entrevista con un menor con posible disforia de género	65
VIII. Modelos de consentimiento informado	67

Introducción

La transexualidad es una realidad social presente desde los tiempos históricos más antiguos. Desde la Sociología y la Antropología son abundantes las referencias a las personas que habiendo nacido con un sexo morfológico determinado no se identifican con él. Por otra parte, la especial vulnerabilidad que supone es un hecho constatable, al igual que las situaciones de exclusión social en las que generalmente ha derivado.

La identidad sexual es la convicción personal que tiene cada individuo de ser hombre o mujer. Es decir, el sentimiento de pertenecer a un determinado sexo, biológica y psicológicamente.

La Ley 3/2007 define la **transexualidad** como la *“existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia”*. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define la transexualidad como *“un deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto, usualmente acompañado por una sensación de incomodidad con, o inadecuación de, el propio sexo anatómico, y un deseo de recibir cirugía y tratamiento hormonal para hacer al propio cuerpo tan congruente como sea posible con el sexo preferido”*.

Así pues, las personas transexuales son personas que no se identifican con el género que socialmente se corresponde con su sexo biológico de nacimiento, lo que lleva consigo el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el sexo sentido como propio.

En la infancia y adolescencia temprana no puede emitirse el diagnóstico de transexualidad, por lo que hablaremos de **disforia de género**, entendida como la sensación de profundo malestar que el niño/a siente con respecto a su identidad como niño/a y que se puede manifestar en un deseo de pertenecer al otro sexo o de sentirse como tal, junto con una preferencia marcada por conductas no conformes con el género.

Antecedentes

En las últimas décadas, se ha desarrollado un proceso de normalización social de las personas transexuales que se ha visto reflejado en avances tan importantes, como la aprobación de la Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Tras este reconocimiento legal se está trabajando en la esfera social, sanitaria y legal para que progresivamente se vaya dando respuesta a las necesidades de las personas transexuales.

Los colectivos representantes de las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales (LGBT) de Canarias, mantuvieron en la pasada legislatura varias reuniones con la Consejería de Sanidad, demandando respuestas a los problemas de salud de estos colectivos.

En el año 2007 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud organizó una Jornada de trabajo entre profesionales y personas transexuales, con el objetivo de conocer la percepción de todos ellos, sobre las principales demandas y problemas de atención sanitaria en las personas transexuales y realizar propuestas que ayuden a mejorar la atención. Una de las conclusiones de esta Jornada fue la creación de un grupo de trabajo para la elaboración de un protocolo de atención sanitaria a las personas transexuales.

En el año 2008 se formó un grupo multidisciplinar integrado por profesionales sanitarios de medicina de familia, endocrinología, cirugía plástica, urología, ginecología, psicología, psiquiatría, pediatría, enfermería y trabajo social para la elaboración de dicho protocolo.

Justificación

La desinformación tanto de la población como de los profesionales acerca del proceso que la persona transexual tiene que seguir, motivan y hacen necesaria la puesta en marcha de protocolos que den una respuesta a las demandas sentidas por afectados y familiares, respuesta que se reflejará finalmente en el adecuado estado de salud de la población.

Para cualquier ciudadano, la demanda de una atención digna y profesional es un derecho, que en ocasiones y por múltiples circunstancias (desde estructurales a profesionales) se puede traducir en una inadecuada falta de calidad en dicha atención. Este hecho puede originar en algunos casos, la búsqueda de soluciones alternativas que son caldo de cultivo de prácticas de dudosa ética, con los consabidos riesgos para la salud. Estas circunstancias se hacen especialmente patentes en determinados colectivos de pacientes, como es el caso de las personas transexuales.

Revisando los distintos estudios epidemiológicos realizados hasta el momento, es difícil estimar la cifra aproximada de personas transexuales existentes y/o atendidas en nuestro país (y por ende, en nuestra comunidad) por diversos factores como la inmigración, la actividad de la medicina privada, la marginalidad social, el miedo y/o vergüenza a solicitar ayuda, la desconfianza en el sistema, etc.

Este protocolo de atención sanitaria a personas transexuales pretende mejorar la atención sanitaria de las personas transexuales residentes en nuestra comunidad autónoma. Intenta articular un consenso profesional que garantice en la medida de lo posible la atención sanitaria integral y continuada de las personas transexuales, de forma que se logre la normalización de la atención de las mismas, permitiendo así facilitar el desarrollo personal y la calidad de vida de todas las personas implicadas. Recoge las actuaciones que se deben realizar en Atención Primaria y Especializada para normalizar la atención a estas personas y asegurar su remisión y tratamiento en las Unidades de Atención a Transexuales (UAT). Establece la idoneidad de constituir una Unidad en cada una de las dos provincias canarias. Estas Unidades con carácter de unidad funcional, incluirán inicialmente una valoración psicológica-psiquiátrica. En los pacientes en los que se confirme el diagnóstico de transexualidad, se iniciará el oportuno tratamiento, estableciendo el seguimiento individualizado que en cada caso se requiera.

Este protocolo pretende también contemplar la realidad de niños/as y adolescentes con conductas no conformes con el género o con disforia de género, ya que la adecuada información, el seguimiento y la intervención temprana con las familias y en el ámbito escolar puede ayudar, con la prudencia necesaria en estos casos, a evitar el peregrinaje que estas personas siguen antes de asumir su identidad o iniciar su proceso (aislamiento, marginalidad, abandono temprano de los estudios, incremento de los riesgos para su salud psíquica y física etc.) garantizando de esta manera una mejor calidad de vida (apoyo familiar, formación, acceso a un trabajo, mejor salud física y psíquica...).

OBJETIVOS:

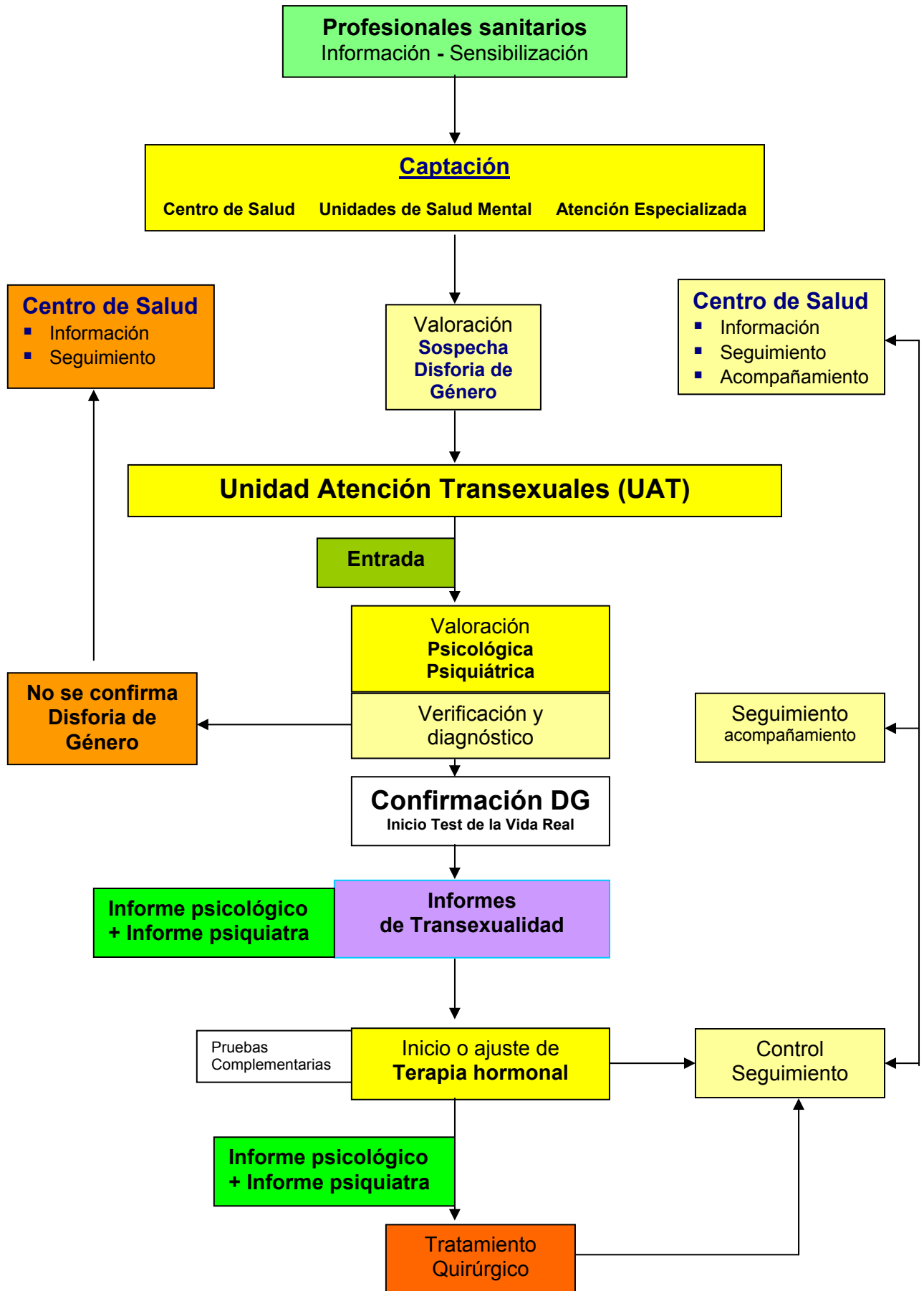
Generales

- Mejorar la detección y atención sanitaria de la transexualidad en nuestra comunidad autónoma.

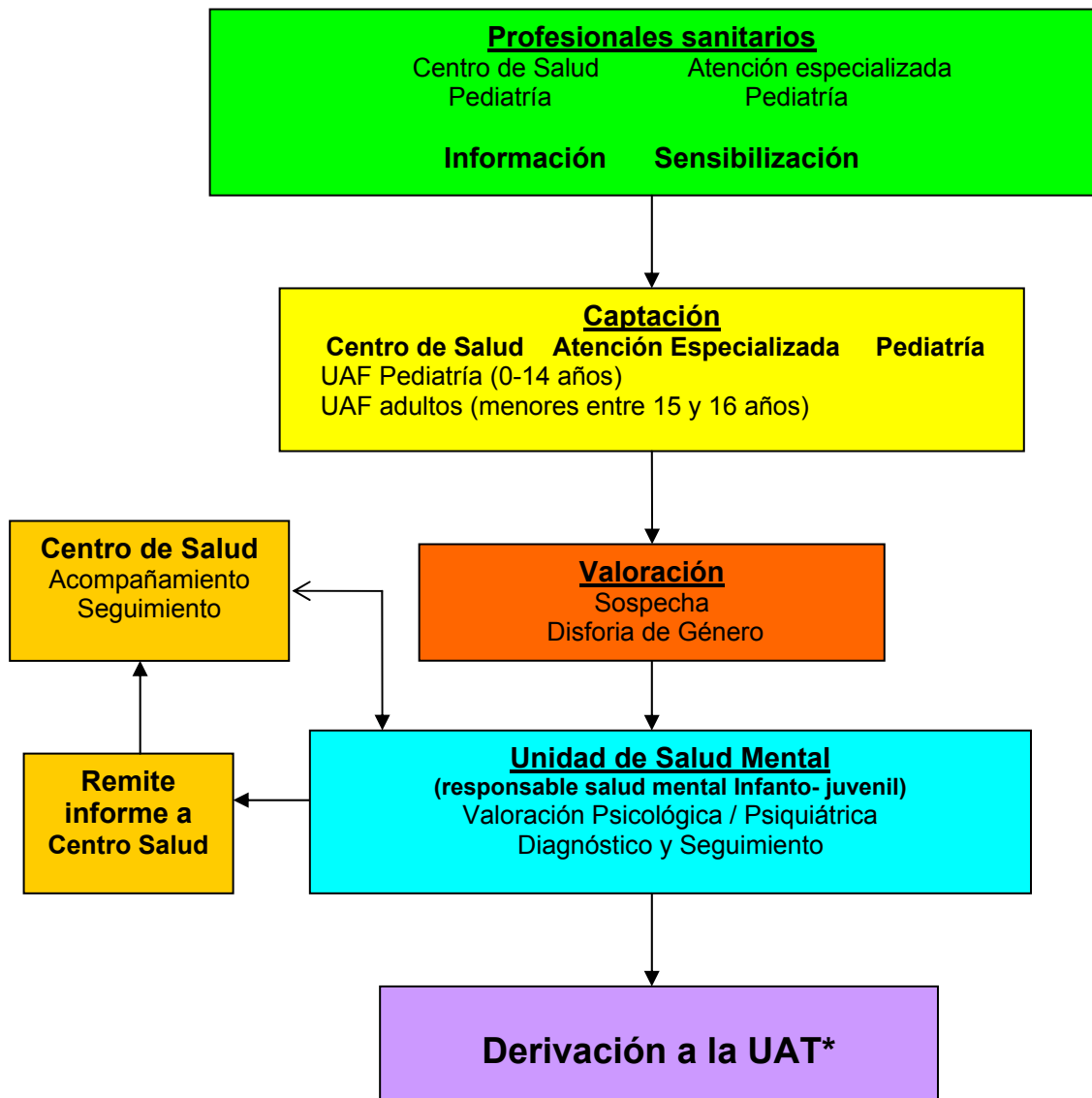
Específicos

- Mejorar la detección y atención sanitaria ante conductas no conformes con el género y disforia de género en la infancia y la adolescencia.
- Formar a los profesionales de salud en el abordaje diagnóstico-terapéutico de las personas transexuales.
- Definir las líneas de actuación a seguir para garantizar una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente para las personas transexuales de nuestra CCAA.
- Establecer los circuitos de información y coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales que faciliten la continuidad de la atención.
- Crear una unidad funcional de referencia de atención a transexuales (UAT) en cada provincia.
- Sensibilizar y prevenir la transfobia en el abordaje sanitario de las personas transexuales.

Algoritmo de actuación en mayores de 16 años



Algoritmo de actuación en menores de 16 años



* Si procede tras valoración individualizada de cada caso

1. ATENCIÓN A PERSONAS TRANSEXUALES ADULTAS

1.1. Actuación en Atención Primaria

Como en cualquier otra consulta, *los profesionales de salud deben estar alerta ante las necesidades de comunicación* de los pacientes, ofertando un espacio de diálogo y comprensión que resulta básico para la correcta anamnesis, de la que derivan el preciso diagnóstico y la actitud terapéutica. Hasta ahora, no ha sido habitual que los adultos transexuales consulten a los profesionales de atención primaria en relación con su identidad, no obstante, cuando lo hacen, generalmente acuden por dos motivos:

- Dudas respecto a su identidad sexual.
- Asesoramiento en materia de tratamientos hormonales o quirúrgicos (en este caso, cada vez se observa con más frecuencia que los/as adolescentes que viven esta situación se dirigen a sus médicos en demanda de un tratamiento hormonal para iniciar su proceso).

Detección e intervención inicial

Ante la demanda solicitada, o ante disonancias evidentes (como la no coincidencia de datos administrativos y fenotipo) el profesional sanitario ofertará, si el paciente acepta, la realización de una valoración clínica completa (bio-psico-social) por los profesionales del EAP implicados en la atención (medicina, enfermería, trabajo social).

En caso de constatarse la falta de asistencia sanitaria específica en temas relacionados con su identidad (valoración por la UAT, psicólogo clínico o psiquiatra; control hormonal por un endocrino; etc.) se debe realizar la oportuna derivación a la UAT y mantener posteriormente el seguimiento.

La buena praxis en el equipo de atención primaria (EAP) debe incluir:

- La recogida de datos médicos específicos consustanciales a su situación especial. Exploración física desde el punto de vista ginecológico, andrológico / urológico y endocrinológico. (uso de tratamientos hormonales, técnicas de cirugía)
- La evaluación clínica desde el punto de vista psiquiátrico / psicológico que detecte problemas psicopatológicos. Debe evaluarse la existencia de psicopatología asociada (adicción, tendencias suicidas, trastornos de la inclinación sexual, trastornos de personalidad, cuadros psicóticos, enfermedad mental orgánica o retraso mental).
- Una cuidadosa historia clínica (incluyendo historia sexual) orientada al desarrollo de la identidad de género, desarrollo psicosexual (incluyendo orientación sexual), comportamiento y orientación sexual, e imagen corporal) información general de la personalidad y aspectos de la vida cotidiana.
- La valoración psicosocial relativa a la situación personal, familiar y del entorno dirigida a la identificación de factores de riesgo y problemas sociales y a la identificación de recursos propios y externos potencialmente utilizables en cada momento.

Es indispensable informarle ampliamente sobre las posibilidades y limitaciones de este proceso para no levantar excesivas expectativas (Becker et al, 1998).

Preguntas guía ante la sospecha de disforia de género

(El profesional seleccionará las que le parezcan más convenientes y las adaptará en función de la situación, grado de confianza...).

¿Se encuentra satisfecho/a con su vivencia de la sexualidad?.

¿Hay algo que le gustaría cambiar en su vida sexual?.

¿Hay alguna cosa que le preocupe en el terreno de la sexualidad?.

¿Alguna vez se ha planteado dudas acerca de su identidad sexual (sentirte hombre o mujer)?.

En caso de que la respuesta sea SI, *¿desde cuando?.*

¿Le gustaría tratarlo?.

Le gustaría: Esclarecer su identidad sexual
 Recibir apoyo psicológico
 Iniciar un tratamiento hormonal

¿Ha consultado previamente?

En resumen, desde el Centro de Salud se realizará un asesoramiento específico e individualizado que supone:

1. Asegurar y mantener la confidencialidad.
2. Informar sobre Identidad y Orientación sexual.
3. Informar acerca del circuito de atención y de los recursos de apoyo existentes (asociaciones...).
4. Informar acerca del tratamiento: posibilidades, criterios de inclusión, eficacia, efectos secundarios.
5. Utilizar estrategias de counselling (asesoramiento) para facilitar la toma de decisiones.
6. Resolución de dudas (mitos, temores,...).
7. Derivación a la UAT, con compromiso de apoyo y seguimiento (repetición de tratamientos hormonales, realización de informes, sensibilidad a la hora de tratar la diferencia).

Acciones a desarrollar en Medicina/ Enfermería / Trabajo Social:

Desde la atención primaria de salud, en relación a las personas transexuales se debe valorar cada situación particular, y ante la sospecha de transexualidad, se debe informar, orientar y derivar a la Unidad de Atención a Transexuales (UAT), manteniendo el seguimiento y el acompañamiento a lo largo del proceso.

Las personas transexuales pueden acudir a demanda propia, si bien se recomienda ante la sospecha de disforia de género una búsqueda activa desde una perspectiva de atención integral que incluya la salud sexual, mediante preguntas guía.

1.2. Atención desde la Unidad de Atención a Transexuales (UAT)

La UAT tiene el carácter de unidad funcional, por lo que los profesionales que la integran pueden encontrarse en diferentes emplazamientos físicos.

El acceso a la UAT puede ser a través de Atención Primaria, Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) o desde la Atención Especializada de Salud. En cualquier caso, siempre ha de hacerse desde Servicios de Salud no desde educación o servicios sociales.

El trabajo de la UAT, se desarrolla a través de tres procesos:

1. Valoración psicopsiquiátrica.
2. Tratamiento Hormonal.
3. Tratamiento Quirúrgico.

1ª Fase. Valoración psicopsiquiátrica

La valoración supondría aproximadamente 6 visitas a psicólogo/a y 1-2 visitas a psiquiatra. Se debe seguir el protocolo habitual aunque se trate de personas que se hayan automedicado previamente.

Funciones

- Valoración diagnóstica.
- Seguimiento si hay psicopatología asociada por la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia (USMC).

Asistencia psicoterapéutica en relación con su identidad y/o acompañamiento durante todo el proceso de reasignación (antes, durante, después).

Trabajo con la persona

- Apoyo en el proceso de autodefinición de la identidad de género.
- Apoyo en el test de la vida real, adaptación social conforme a la identidad de género. (trabajo, estudios, redes sociales).
- Trabajo ante el posible rechazo social partiendo de los propios recursos.
- Trabajo con la familia.
- Trabajo con la pareja.

Entrevista psicopatológica

- Diagnóstico diferencial.
- Psicopatología asociada.

Para complementar la información de las personas transexuales que acuden, es conveniente realizar entrevistas con personas que hayan sido testigos privilegiados en su vida.

En la valoración se recogerían los siguientes datos:

- Recogida datos psicosociales (familia, pareja, estudios, trabajo...).
- Análisis de su demanda.
- Sexo biológico, Identidad Sexual, Rol sexual y orientación sexual.
- Diagnóstico diferencial (trastornos personalidad...).
- Proceso de integración personal, familiar, laboral.

- ❑ Antecedentes personales (Salud mental - prueba personalidad, salud física, hábitos tóxicos, cirugía, aspectos psicosociales relevantes).
- ❑ Antecedentes familiares.
- ❑ Antecedentes específicos (Historia de transexualidad: Inicio de su toma de conciencia de disforia de género, vida real, tratamientos utilizados para modificar su cuerpo y hacerlo acorde a su sexo psíquico, tratamientos hormonales, cirugía correctiva, tratamiento láser y otras técnicas correctivas...).
- ❑ Observaciones (fechas).

Para información más detallada de la valoración, ver el anexo 3 (pág. 42).

- **Si se confirma** la disforia de género se inicia la experiencia de la vida real. Tras evaluar la calidad de la experiencia de la vida real de la persona en su nuevo rol de género, si ha sido adecuada se emite el **Informe de transexualidad**.
- **Si no se confirma** la disforia de género se realiza un informe que se remite a atención primaria y a la USMC para su control y seguimiento con las oportunas orientaciones terapéuticas.

Con el informe de disforia de género de ambos profesionales (psicología + psiquiatría) se remite al siguiente escalón de la UAT (tratamiento hormonal) utilizando el anexo 4: Datos generales (pág. 59) y también se remite un informe a atención primaria (AP).

En el informe a AP se recoge la siguiente información:

“Se deriva a la 2ª fase de la UAT desde donde se remitirá otro informe con el tratamiento hormonal pautado.

Debe respetarse la identidad de la persona transexual (cambio de nombre en la tarjeta sanitaria individual, Historia de salud, hoja de cita previa y trato acorde a su identidad...)”.

Tras finalizar la valoración psicopsiquiátrica inicial se mantiene un seguimiento de la evolución física, emocional y sexual, si se precisa se realizaría un abordaje psicoterapéutico (tiempo que se estime necesario según evolución y características propias de cada paciente). Este seguimiento del/la paciente será con compromiso (en caso de abandonar la UAT intentar recaptarlo directamente o a través de los profesionales del centro de salud).

Se prestará una atención especial a los casos que estén fuera de la UAT, p. ej. personas que estiman que han completado su proceso, o abandonan el tratamiento por sus consecuencias (osteoporosis). Se respetará la decisión personal del usuario tras informar y asesorar de los posibles efectos y consecuencias.

INFORMES

Para terapia hormonal: 2 informes firmados por psicólogo/a y psiquiatra.

Para tratamiento quirúrgico: 2 informes firmados por psicólogo/a y psiquiatra.

2ª Fase. Terapia hormonal (inicio o ajuste)

Los/las pacientes acuden con el informe de valoración psicopsiquiátrica y el informe de AP. Puede ser para el inicio de la terapia hormonal o para su ajuste debido a que llevan tiempo automedicándose. Se prescribirá la terapia hormonal adecuada para obtener el cambio físico y morfológico hacia el sexo deseado bajo los principios de máxima eficacia y mínimo riesgo para la salud.

En general las **visitas** serían:

- Fase inicial de evaluación cada 3 meses, durante 1 año.
- Cada 6 meses durante 1 - 2 años.
- Posteriormente con carácter anual.

Si bien, cada situación particular y la existencia de otra patología asociada determina el ajuste de la periodicidad. Para pruebas complementarias (ver anexos en pág. 62 y 63).

La persona transexual deberá firmar el Consentimiento Informado para el tratamiento hormonal.

Opciones fertilidad

Las posibilidades terapéuticas con vistas a la reproducción en pacientes transexuales pasan por intentar preservar sus gametos antes de la hormonoterapia o en su defecto en los primeros estadios de la misma.

Espermatozoides en el caso de la mujer transexual, óvulos o tejido ovárico en el caso del varón transexual (incluso del ovario o fracciones si se realiza la ooforectomía). En los últimos años se ha desarrollado con notable éxito la criopreservación con vitrificación de óvulos y tejido ovárico. La diferencia es que la 1ª precisa la inducción del desarrollo folicular múltiple, en uno o dos ciclos, con FSH recombinante y la extracción de los óvulos por vía transvaginal o laparoscópica.

3ª Fase. Tratamiento quirúrgico

Tras la valoración en la UAT, individualizado para cada persona y su situación particular. (desarrollado en la pág. 36).

Modelo de Informe que se remitiría desde la UAT a AP:

INFORME UAT - AP

Datos personales

Problemas fundamentales

Apartado psico-psiquiátrico

Historia de transexualidad

Inicio verificación de transexualidad (fecha)

Inicio Test vida real (fecha)

Confirmación transexualidad (fecha)

Recomendaciones para AP

Apartado hormonal- quirúrgico

Tratamiento hormonal (Fecha)

Pauta y recomendaciones

Tratamiento Quirúrgico (Fecha)

Recomendaciones

Seguimiento y observaciones

Fecha.....

Sistema de registro e indicadores de evaluación

Permitirá el conocimiento de la actividad y la evaluación de la calidad de los servicios prestados. Se llevará a cabo mediante la explotación de datos de la historia de salud informatizada, tanto en Centros de Salud como en la UAT, en la que constarán número de visitas realizadas, episodios clínicos, tratamientos pautados y pruebas complementarias solicitadas (en definitiva, control de primeras visitas y seguimiento).

El registro no sólo tendrá fines de facilitación de la actividad asistencial, sino que servirá a su vez de herramienta indispensable para llevar a cabo tareas de evaluación.

Esta información estará a disposición de los clínicos implicados, manteniendo el anonimato de las personas objeto de la estadística, para poder calibrar el nivel de eficacia de cada equipo profesional con relación a las expectativas.

Datos a remitir anualmente para el seguimiento de la unidad de referencia:

1. Datos de actividad
2. Datos de resultados clínicos

La UAT debe disponer de un registro de pacientes atendidos en el que deberá constar como mínimo de:

- Nº de Historia Clínica.
- Fecha nacimiento.
- Sexo.
- Fecha de ingreso en la Unidad.
- Fecha de alta en la Unidad.
- Procedimientos diagnósticos realizados al paciente.
- Tratamientos.
- Complicaciones.

Indicadores de evaluación

Actividad: Número (mínimo y óptimo) de procedimientos que deben realizarse al año para garantizar una atención adecuada de la transexualidad:

- Nº de valoraciones iniciales (1ª consultas) por año.
- Nº de valoraciones psicológicas.
- Nº de valoraciones psiquiátricas.
- Nº de pacientes que inician tratamiento hormonal al año.
- Nº de pacientes en seguimiento en cualquier fase del proceso en un año.
- Nº de abandonos tras inicio de tratamiento.
- Nº de informes remitidos desde la UAT a AP.
- Nº de informes remitidos desde AP a la UAT.

De procedimientos y resultados clínicos:

Existencia de un protocolo estandarizado de actuación clínica desde las fases iniciales del proceso, actualizado y conocido por todos los miembros del equipo multidisciplinar.

El protocolo debe incluir la necesidad de solicitar el consentimiento informado en cada fase del tratamiento.

- Nº de protocolos distribuidos a los profesionales.
- Nº de pacientes con Informe de transexualidad tras la "Experiencia de la Vida real".
- Nº de pacientes con complicaciones por terapia hormonal.
- Nº de arrepentimientos tras tratamiento.
- Nº de pacientes insatisfechos con la atención prestada (encuesta de satisfacción anónima).

2. ATENCIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

El inicio de la disforia de género suele ser progresivo desde la infancia, apareciendo casi siempre antes de los 10 años; de hecho, por lo general los niños y niñas comienzan a percibir a los 2-3 años su pertenencia a uno u otro género, pero no es hasta la etapa prepuberal –con la perspectiva de los cambios físicos que conlleva la pubertad, y que estos niños viven como un auténtico drama- cuando toman conciencia clara de que existe una discordancia entre cómo se ven ellos a sí mismos y cómo los ven los demás, sobre todo la familia.

La actuación desde atención primaria sería la detección e intervención en aquellas situaciones donde existan sospechas de disforia de género o conducta no conforme con el género.

Se debe discriminar entre conducta no conforme con el género¹ y disforia de género.

- Las conductas no conformes con el género son aquellas conductas que los/as niños/as 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/a.
- La disforia de género, sin embargo, es la sensación de profundo malestar que el niño/a siente con respecto a su identidad como niño/a y que se puede manifestar en un deseo de pertenecer al otro sexo o de sentirse como tal, junto con una preferencia marcada por conductas no conformes con el género.

Las conductas sexualmente tipificadas que se usan con más frecuencia como indicadores de género son:

- Afirmaciones de identidad que no corresponden a su sexo.
- Vestirse con ropas del otro sexo*.
- Jugar con juguetes del otro sexo*.
- Asumir roles del otro sexo*.
- Relación con el grupo de iguales del mismo sexo o del opuesto*.
- Manierismos verbales y motóricos tradicionalmente asociados al género opuesto*.
- Disforia con la anatomía sexual.
- Participación en juegos rudos*.

(*) Siendo conscientes de que hoy en día tendemos a la androginia psicológica en muchos aspectos de la crianza y la educación ya que se entiende como una posición más adaptativa frente a los roles tradicionales, hay que tener en cuenta que:

- 1) debe considerarse no uno, sino un conjunto de indicadores
- 2) muchos niños y niñas por la disforia que experimentan respecto a su género se adhieren a los roles más tradicionales del género opuesto.

En la disforia de género en la infancia hay una marcada preferencia por conductas no conformes con el género. Son por ejemplo niños que afirman sentirse niñas o que aprovechan cualquier ocasión para vestirse con ropas de su madre o hermanas, que juegan con muñecas o que en los juegos asumen roles femeninos, y juegan preferentemente con niñas; evitan los juegos más rudos del grupo de niños, suelen tener gestos y verbalizaciones femeninas y en

¹ Zucker, K..J. y Bradley, S.J.: Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. Guilford Press, 1995.

ocasiones manifiestan malestar con ciertas características de su cuerpo (aparición de vello, falta de pecho). En el caso de las niñas suelen comportarse como niños afirmando sentirse como tales, usan ropas ambiguas o poco habituales en niñas (evitan faldas, usan ropas que no marquen las formas), juegan preferentemente con varones o a juegos rudos, y en juegos con niñas asumen roles masculinos, manifiestan incomodidad cuando comienzan el desarrollo, especialmente en relación con el pecho, que tratan de ocultar adelantando los hombros, usando 2 o 3 camisetitas amplias o llevando chaquetas cerradas en pleno verano, o empleando distintas formas de sujeción del pecho.

La **CIE-10** establece los siguientes criterios:

Criterios diagnósticos de trastornos de identidad sexual en niñas:

El individuo muestra una disforia intensa y persistente acerca de ser niña, y tiene un deseo manifiesto de ser niño (no sólo un deseo por las ventajas culturales percibidas que supone ser niño).

Deben estar presentes los siguientes hechos:

1. Aversión marcada y persistente hacia las ropas femeninas normativas e insistencia en llevar ropas masculinas estereotípicas;
2. Rechazo persistente de las estructuras anatómicas femeninas, evidenciado por al menos uno de los siguientes hechos:
 - a. Afirmación de que tiene o le crecerá un pene.
 - b. Rechazo de orinar sentada.
 - c. Afirmación de no querer que le crezcan los pechos o tener la menstruación.
3. La niña no ha alcanzado la pubertad.
4. El trastorno debe haber estado presente durante al menos 6 meses.

Criterios de trastorno de identidad sexual en la infancia en niños:

El individuo muestra una disforia intensa y persistente acerca de ser niño, y tiene un deseo de ser niña, o, más raramente, insiste en que él es una niña.

Deben estar presentes los siguientes hechos:

1. Preocupación por las actividades femeninas estereotípicas, que se muestra por una preferencia por vestir ropas del sexo opuesto o simular trajes femeninos, o por un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de niñas y rechazo de los juguetes, juegos y actividades estereotípicamente masculinas.
2. Rechazo persistente de las estructuras anatómicas masculinas, evidenciado por al menos uno de las siguientes afirmaciones repetidas:
 - a. Que crecerá hasta llegar a ser una mujer (no sólo en el rol).
 - b. Que su pene y testículos son desagradables y desaparecerán.
 - c. Que estaría mejor no teniendo pene o testículos.
3. El niño no ha alcanzado la pubertad.
4. El trastorno debe haber estado presente durante al menos 6 meses.

Con respecto al proceso de detección de la disforia de género, la sospecha puede aparecer en padres, profesores o profesionales sanitarios. Cuando los padres o el/la niño/a consultan sobre este tema o el/la profesional lo sospecha el procedimiento podría ser el siguiente: tener una entrevista de evaluación con padres y niño/a. El objetivo fundamental es discriminar entre la existencia de una conducta no conforme con el género y una disforia de género.

La entrevista con los padres:

1. Debería ser suficiente para clarificar la situación.
2. Se deben explorar los indicadores anteriormente mencionados:
 - a. Afirmaciones de identidad
 - b. Disforia Anatómica
 - c. Vestirse con ropas del género opuesto
 - d. Roles y juguetes empleados en los juegos
 - e. Relaciones con los iguales
 - f. Manierismos
 - g. Juegos rudos
3. Explorar cómo surgieron y cómo han evolucionado estas conductas, aunque se deberían considerar sólo las conductas actuales del/la niño/a (últimos seis meses).

La entrevista con el/la niño/a:

1. El objetivo sería establecer sentimientos de disforia de género y confusión acerca de su estatus como niño/a.
 2. Más que con fines diagnósticos puede ser útil para valorar sus problemas de integración.
 3. Se suelen usar entrevistas semiestructuradas, son útiles para establecer el grado de concordancia con los datos obtenidos en la entrevista con los padres.
- En el anexo VII (pág. 65) figuran varios modelos de entrevista semiestructurada para menores con posible disforia de género.

El diagnóstico diferencial de una disforia de género debe hacerse con:

1. Síntomas de disforia de género transitorios como respuesta al estrés (nacimiento o muerte de un/a hermano/a, muerte de un familiar relevante, etc.).
2. Travestismo fetichista (persona que experimenta excitación sexual al utilizar ropas del sexo opuesto, está presente en la historia de los casos de transexualidad de tipo secundario).
3. Niños/as en la zona de transición entre la conducta no conforme con el género significativa y la mera desviación estadística de la norma de género (niños creativos sin limitaciones en los roles o en los juegos).
4. Niños/as con condiciones físicas intersexuales.

El trabajo con padres y hermanos es necesario:

- Para que no se vea afectada la estabilidad familiar.
- Para evitar que la autoestima del niño/a se vea socavada.
- Para facilitar la integración trabajando sesiones de terapia marital y familiar e incluso grupos de apoyo para niños/as o padres.

El trabajo con niños/as es necesario:

- Para llevar a cabo un seguimiento de la evolución física, emocional y sexual.
- Para la mejora de la autoestima, la aceptación y el desarrollo de estrategias de adaptación a las situaciones de integración social (individual o grupal).

El trabajo con profesores es necesario:

- Para dar información sobre la disforia de género.
- Para dar estrategias para favorecer la integración social en el ámbito escolar y la mejora de la autoestima.

- Para prevenir y/o erradicar la transfobia, a la vez que aumentar la sensibilización sobre la realidad transexual tanto en el profesorado como en el alumnado.

Si entendemos como **riesgo sexual** cualquier probabilidad de un daño, amenaza o problema para la salud sexual, estos niños y niñas que presentan disforia de género se encuentran en una situación de riesgo, no por el hecho en sí mismo de no estar conforme con su género sino por la presión y el rechazo social que esto entraña. La intervención como profesionales de la salud parece imprescindible desde el punto de vista preventivo. En la medida que se detecten de forma temprana antes se podrá intervenir. Aunque abordar estas cuestiones con los padres sea un tema delicado sería conveniente hacerlo una vez que se ha observado este comportamiento de forma continuada. Los padres o el/la propio/a niño/a pueden demandar ayuda pero a veces es el profesional el que tiene que explorar indicadores de una conducta no conforme con el género y transmitir a los padres la necesidad de intervenir de forma respetuosa.

El apoyo de la familia en esta etapa de la vida es fundamental, pero lo cierto es que la transexualidad, al igual que otras situaciones personales que no encajan en el estricto patrón de la “normalidad”, no sólo no es aceptada, sino que tiende a vivirse como una tragedia o una vergüenza familiar que de entrada se niega y luego se intenta eliminar chantajeando al hijo/a (como si fuera una elección personal, que no lo es), cuando no se opta directamente por la expulsión del hogar. Aquí las ansiedades y necesidades emocionales de los padres, muchas veces interconectadas con las creencias y estereotipos de género de los mismos, también juegan un papel importante.

Suele haber, tras las primeras fricciones, un aparente intento de conformidad con el sexo biológico con el fin de evitar conflictos y complacer a la familia, pero más pronto o más tarde (a veces incluso en la edad adulta, cuando se ha adquirido cierta independencia económica respecto a ésta) el conflicto, con toda la carga de angustia y de frustración acumulada durante años, salta nuevamente a la luz.

Es frecuente, en los casos de niños o adolescentes que se encuentran en edad escolar, la existencia de importantes dificultades para relacionarse normalmente con los/las compañeros/as de clase, llegándose -si no se interviene a tiempo- al abandono prematuro de los estudios. También son posibles, sobre todo respecto de las chicas transexuales, al manifestar consciente o inconscientemente actitudes femeninas que no concuerdan con su apariencia externa, que sean víctimas de acoso escolar, lo que en ocasiones lleva a intentos de suicidio.

Un diagnóstico correcto de una identidad de género distinta de la convencional es una tarea difícil, y más en la época puberal (una etapa ya de por sí de continua evolución y desarrollo de otras identidades, como la política o la religiosa), ya que implica la atención de pacientes con gran complejidad en su expresión clínica, especialmente en el ámbito intrafamiliar y escolar, y en sus posibles etiologías.

Esto implica que la intervención desde atención primaria será:

1. Detección de estos casos
2. Información sobre los recursos existentes y posibilidades
3. Derivación con compromiso, que conlleva el acompañamiento durante todo el proceso, seguimiento y apoyo del caso (repetición de los tratamientos hormonales, solicitud de analíticas de control, realización de informes para otros profesionales etc.

y sensibilidad a la hora de tratar la diferencia: llamar a la persona en la consulta o en la sala de espera por el nombre acorde a su identidad o por sus apellidos).

La **función de atención primaria** es la de detectar, informar y tranquilizar a padres y niño/a y derivar con compromiso (apoyo y seguimiento) a profesionales especializados.

Se debe hacer una **valoración bio-psico-social**, en la que intervengan las/los profesionales de la UAF (pediatría o medicina, enfermería y trabajo social).

La valoración social (trabajador/a social) debe hacerse en todas las situaciones.

Una vez hecha esta valoración, se derivará al/la menor al profesional de atención infanto-juvenil de la USMC de referencia.

La tarea inicial del profesional de salud mental especialista en atención a la infancia es proporcionar cuidadosas evaluaciones diagnósticas de los niños/as con problemas de género. Esto significa evaluar separadamente la identidad de género del niño/a y las conductas de rol de género, la dinámica familiar, las experiencias pasadas traumáticas y la salud psicológica general. Los niños/as con problemas de género difieren significativamente a lo largo de esos parámetros. Ya que muchos niños/as con problemas de género no cumplen los criterios formales para los trastornos de identidad de género en la infancia y muchos de ellos continuarán sin cumplirlos en su infancia más tardía, las terapias hormonales y quirúrgicas nunca deben llevarse a cabo en niños de este grupo de edad. Se debería ofrecer, sin embargo, tratamiento a estos niños/as basándose en la evaluación clínica. Con el tiempo, se podría llevar a cabo terapia familiar, terapia marital, orientación a los padres, terapia individual del niño/a o distintas combinaciones de las anteriores. El tratamiento debería ser extensivo a todas las formas de psicopatología, no sólo a los problemas de género. El esfuerzo debería incluso hacerse con formas moderadas de conflicto de identidad de género, siguiendo a la familia. Esto lleva a que el niño/a y la familia se beneficien de servicios continuados cuando el problema de identidad de género evoluciona y lleva al clínico a replantearse la validez de la evaluación inicial.

Los profesionales especializados en la atención Infanto-Juvenil de las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) serán los encargados de intervenir con las/los menores derivados por Atención Primaria ante la sospecha de disforia de genero.

De cara a la atención adecuada de las/los menores, los responsables de la atención a la salud mental infanto-juvenil de las USMC deben tener un contacto fluido con los profesionales de la UAT.

La valoración se realizará mediante entrevistas, técnicas proyectivas, seguimiento...

Las intervenciones terapéuticas/psicosociales conllevan el trabajo con la familia, el centro escolar (Equipo de orientación educativa y psicopedagógica) y el contacto con el centro de salud (pediatra/médico, enfermera, trabajadora social).

En los casos en que no existan dudas diagnósticas respecto a la existencia de disforia de género, se descarte cualquier psicopatología concomitante, y además exista un claro apoyo familiar se podrían derivar a la UAT, donde tras valoración personalizada de cada caso, se podría iniciar el tratamiento hormonal con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas que permite retrasar de forma reversible los cambios somáticos de la pubertad.

Peculiaridades de la intervención con adolescentes

Los adolescentes deberían ser tratados de forma conservadora ya que el desarrollo de la identidad de género puede evolucionar rápida e inesperadamente. Deberían ser seguidos, proporcionarles apoyo psicoterapéutico, educados acerca de las opciones de género, y animados a prestar atención a otros aspectos de su desarrollo social, intelectual, vocacional e interpersonal.

El compromiso de los profesionales de salud mental de la UAT, es un requisito de elegibilidad para la terapia durante la adolescencia.

- Para ser considerado candidato para la implementación de la Experiencia de la Vida Real o la Terapia Hormonal el profesional de salud mental debería estar **comprometido** con el paciente y la familia durante un **mínimo de seis meses**.
- Para ser candidato a la recomendación de cirugía genital reconstructiva o mastectomía, el profesional de salud mental debería estar comprometido integralmente con el adolescente y su familia durante **al menos dieciocho meses**.

Mientras que el número de sesiones durante estos periodos de seis y dieciocho meses corresponden al juicio del clínico, el propósito es que las hormonas y la cirugía sean consideradas de forma meditada y recurrente a lo largo del tiempo.

Las personas en edad escolar con trastornos de la identidad de género se sienten con frecuencia tan incómodos debido a las interacciones negativas con sus iguales y a su incapacidad para participar en los roles de su sexo biológico que rehúsan asistir a la escuela. Los profesionales de salud mental deberían estar preparados para trabajar en colaboración con el personal escolar con el fin de encontrar vías para continuar el desarrollo educacional y social de sus pacientes.

En casos seleccionados se puede comenzar la Experiencia de la Vida Real antes de los 16 años, con o sin la primera fase del tratamiento hormonal. El tratamiento hormonal reversible que permite retrasar los cambios somáticos de la pubertad precisa de un estrecho seguimiento.

Dos metas justifican esta intervención:

- a) Ganar tiempo para explorar el género y otros temas del desarrollo en la psicoterapia.
- b) Facilitar los pasos si el adolescente continua queriendo cambiar su género.

Para iniciar el tratamiento supresor de la pubertad con análogos de GnRh se deberían cumplir los siguientes criterios:

- A lo largo de la infancia han mostrado un patrón intenso de identidad de género correspondiente al sexo opuesto y una aversión hacia las conductas de rol de género esperadas.
- La incomodidad con el propio género se ha incrementado significativamente con el comienzo de la pubertad.
- Su desarrollo interpersonal, social, psicológico e intelectual esta limitado como consecuencia del trastorno de la identidad de género.
- La psicopatología seria, excepto como consecuencia del trastorno de la identidad de género, esta ausente.
- La familia consiente y participa en la terapia.

Siempre es preferible el consentimiento de sus padres, ya que supone una buena relación de trabajo entre los padres y el profesional de salud mental, de forma que ellos, también, entiendan completamente la naturaleza de los trastornos de identidad de género. En nuestro país se consideran los 16 años como mayoría de edad sanitaria.

Atención a adolescentes en la UAT

- Recogida información: Historia sexual.
- Entrevista familiar.
- Entrevista psicopatológica:
 - Diagnóstico diferencial.
 - Psicopatología asociada.
 - si Trast psiquiátrico severo --- USMC.
 - si Trast. Adaptativo ----- Atención Primaria.
- Cuestionario de personalidad.
- Intervenciones psicosociales.
- Contacto con el centro escolar psicopedago/a u orientador escolar EOP's.
- Informes para facilitar la adaptación.

TEST DE LA VIDA REAL

Durante 6-12 meses según circunstancias. Constatación con el entorno familiar /escolar.

Si se confirma la disforia de género se valora para considerar el inicio del tratamiento supresor de la pubertad con análogos de GnRh y seguimiento, salvo excepciones.

A partir de los 16 años: valoración para tratamiento hormonal cruzado y seguimiento.

3. TRATAMIENTO HORMONAL

IDEAS CLAVE

- **La reasignación sexual precisa un abordaje multidisciplinar. Las personas transexuales que buscan el desarrollo de las características físicas del género deseado necesitan de un tratamiento hormonal seguro y efectivo que suprima la secreción hormonal endógena y que además mantenga los niveles de hormonas sexuales dentro del rango normal para el género deseado.**
Es muy importante vigilar los factores de riesgo y las posibles complicaciones del tratamiento.
- **En adolescentes transexuales se recomienda suprimir el desarrollo de la pubertad mediante el uso de análogos de GnRH hasta la edad de 16 años, salvo excepciones. A partir de esa edad, se puede administrar tratamiento hormonal cruzado.**
- **Las personas transexuales en tratamiento farmacológico tienen derecho a recibir una información veraz sobre los efectos del mismo. Deben igualmente implicarse en su seguimiento y cumplimiento, pudiendo en cualquier momento retirar el consentimiento para continuar recibéndolo.**

La utilización de los fármacos para el tratamiento hormonal en la transexualidad, se regula en el Real Decreto 1015/2009 de 19 de Junio (BOE nº 174, lunes 20 julio de 2009) sobre disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

El Capítulo III “Acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas”, en su artículo 13, señala literalmente:

“La utilización de medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica, tendrá carácter excepcional y se limitará a las situaciones en las que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente, respetando en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación del medicamento y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario. El médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar al paciente de los posibles beneficios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre”.

Adicionalmente el artículo 15 regula las obligaciones del médico responsable del tratamiento:

El médico responsable del tratamiento estará obligado a:

- a) Informar al paciente en términos comprensibles, de la naturaleza del tratamiento, su importancia, implicaciones y riesgos, y obtener su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.*
- b) Notificar las sospechas de reacciones adversas de acuerdo a lo previsto en el Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre.*
- c) Respetar en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario”.*

* Agradecemos a la Dra. Isabel Esteva, Coordinadora de la UTIG del Servicio de Endocrinología del Hospital Carlos Haya de Málaga, su desinteresada colaboración y los protocolos de uso interno que nos ha remitido para la elaboración de este protocolo.

3.1. Objetivos del Tratamiento

Los dos objetivos principales de la terapia hormonal son:

- Reducir los niveles de hormonas endógenas y por tanto los caracteres sexuales secundarios del sexo biológico del individuo.
- Sustituir los niveles de hormonas sexuales endógenas por las del sexo reasignado usando los mismos principios de sustitución hormonal que en los pacientes hipogonadales.

3.2. Criterios del Tratamiento

Antes de iniciar el tratamiento hormonal hay que comprobar que el paciente cumple los criterios de **elegibilidad** (objetivos y específicos; sin ellos no debe iniciarse ningún tipo de tratamiento médico o quirúrgico) y de **disposición** (apoyan la decisión de pasar al tratamiento médico o quirúrgico).

Criterios de elegibilidad y disposición para el tratamiento hormonal	
	Criterios
Elegibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Tener la edad legalmente requerida • Conocimiento de los efectos de las hormonas (beneficios y riesgos) • ≥ 3 meses de experiencia vida real documentada (o psicoterapia).
Disposición	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad sexual consolidada por experiencia vida real (o psicoterapia) • Mantener (o mejorar) salud mental estable (control satisfactorio otros problemas: sociopatías, adicciones, psicosis, tendencias suicidas, etc.) • Cumplimiento responsable del tratamiento

Excepciones:

- En algunos casos y para evitar males mayores (como el uso de hormonas no supervisadas) el tratamiento hormonal podría prescribirse a falta del último criterio de elegibilidad.
- El tratamiento hormonal podrá prescribirse a quienes no puedan o no quieran operarse, o no puedan o no quieran vivir la experiencia de la vida real como del otro sexo, pero sólo tras diagnóstico y psicoterapia de al menos 3 meses.

3.3. Efectos del Tratamiento Hormonal

Los efectos de la terapia hormonal se producen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. Este tratamiento hormonal cruzado produce la eliminación de los caracteres sexuales del sexo original y la inducción de los caracteres sexuales del género deseado.

- En transexuales hombre a mujer (THM) se produce: redistribución de la grasa corporal hacia la forma más femenina (aumentando la grasa en caderas) con una disminución de la fuerza muscular en la porción superior del cuerpo; desarrollo mamario; disminución del vello corporal; disminución de la calvicie; disminución de la actividad sexual y de la fertilidad (al disminuir la producción de semen); atrofia prostática y testicular. Estos cambios son, en su mayoría, reversibles al cesar el tratamiento.
Sin embargo en THM no hay forma de revertir los efectos de los andrógenos sobre el esqueleto (mayor talla, forma de la mandíbula, estrechez de la pelvis, etc). Tampoco hay respuesta completa en la eliminación del vello facial, en los cambios en la voz (si se ha desarrollado ya una laringe adulta) y no se suele alcanzar el grado de desarrollo mamario deseado por el sujeto.
- En transexuales mujer a hombre (TMH) es más sencillo conseguir los caracteres masculinos con el tratamiento hormonal: aumento del vello facial y corporal; aumento de la masa muscular; crecimiento del clítoris; aumento de la actividad sexual, aparición de la calvicie típica del varón y cese de las menstruaciones. En cambio, no disminuye apenas el tamaño mamario, la voz se hace más grave pero no llega al tono masculino clásico y no se modifican la anchura pélvica ni la estatura más baja.

En las siguientes tablas se resumen las modificaciones corporales inducidas por el tratamiento hormonal en las personas transexuales y su secuencia de aparición.²

Efectos estrogénicos en THM.

Efecto	Inicio	Máximo
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-3 años
Disminución masa muscular y fuerza	3-6 meses	1-2 años
Piel más suave/menos grasa	3-6 meses	Desconocido
Disminución de la libido	1-3 meses	3-6 meses
Disminución erecciones espontáneas	1-3 meses	3-6 meses
Disfunción eréctil	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3-6 meses	2-3 años
Disminución volumen testicular	3-6 meses	2-3 años
Disminución producción de semen	Desconocido	>3 años
Disminución del crecimiento del pelo terminal	6-12 meses	>3 años
Calvicie	No recrecimiento	-
Cambios en la voz	Ninguno	-

² Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Endocrinology & metabolism, September 2009, 94(9): 3132-3154.

Efectos androgénicos en TMH.

Efecto	Inicio	Máximo
Piel grasa/acné	1-6 meses	1-2 años
Crecimiento pelo facial/corporal	6-12 meses	4-5 años
Calvicie	6-12 meses	-
Aumento masa muscular/fuerza	6-12 meses	2-5 años
Redistribución de la grasa	1-6 meses	2-5 años
Cese de las menstruaciones	2-6 meses	-
Crecimiento clítoris	3-6 meses	1-2 años
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 años
Voz más grave	6-12 meses	1-2 años
Aumento del deseo sexual ³	Variable	Variable
Aumento de la agresividad	Variable	Variable

Antes de comenzar el tratamiento se debe dar una clara **información individualizada** sobre los posibles beneficios y perjuicios del mismo para no crear falsas expectativas. Con frecuencia el tratamiento hormonal alivia la ansiedad y depresión de estas personas, mejorando por si mismo la calidad de vida, pero tiene sus limitaciones. No todos los vestigios del sexo original se erradican por igual en todas las personas. Debemos asegurarnos que el paciente comprende toda la información que le damos. Antes de iniciar el tratamiento hormonal el paciente debe firmar el Consentimiento Informado.

El tratamiento hormonal tiene importantes consecuencia en las personas sometidas al mismo. Su instauración produce cambios antropométricos y puede acompañarse de efectos adversos, algunos de los cuales pueden tener consecuencias graves para la salud.

Entre los cambios antropométricos destacan la modificación cuantitativa de los compartimentos grasa y muscular, de la distribución de la grasa corporal, del índice cintura-cadera, del grosor de los pliegues cutáneos, así como del peso corporal y de la presión arterial. Estos parámetros deben ser determinados antes del inicio del tratamiento y seguidos en los sucesivos controles.

Entre los efectos adversos del tratamiento estrogénico destaca el tromboembolismo venoso, cuyo riesgo aumenta unas 20 veces, estando especialmente asociado al uso de etinil-estradiol⁴
⁵ Para el seguimiento de estos pacientes no se recomienda la monitorización de los niveles del Dímero-D para valorar el riesgo de trombosis⁶. Si en cualquier momento se sospecha trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar habría que realizar una ecografía, una flebografía o una angio TAC.

Además, el tratamiento cruzado con esteroides sexuales producirá en teoría una inversión del patrón de riesgo cardiovascular, no sólo por la modificación de parámetros

³ Becerra-Fernández, A. Transexualidad. La búsqueda de una identidad.. 2003. pág.76

⁴ Toorians AW, Thomassen MC, Zweegman S, Magdeleyns EJ, Tans G, Gooren LJ, Rosing J 2003 Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. J Clin Endocrinol Metab 88:5723-9

⁵ Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ 1997 Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. Clin Endocrinol (Oxf) 47:337-42

⁶ Righini M, Perrier A, De Moerloose P, Bounameaux H 2008 D-Dimer for venous thromboembolism diagnosis: 20 years later. J Thromb Haemost 6:1059-71

antropométricos sino también bioquímicos. El tratamiento con andrógenos en transexuales de mujer a hombre (TMH) podría incrementar la resistencia a la insulina, modificar el patrón lipídico o producir alteración de las enzimas hepáticas. Debe monitorizarse estrechamente el hemograma y las pruebas de coagulación, sobre todo durante el tratamiento con estrógenos y antiandrógenos en transexuales de hombre a mujer (THM).

Además, el tratamiento hormonal presenta riesgos a vigilar, aparte de las enfermedades mentales, determinadas situaciones y cuadros orgánicos contraindican el tratamiento con esteroides sexuales, ya que supondrían mayor riesgo que beneficio.

Riesgos ante el tratamiento hormonal a vigilar

Mujeres Transexuales (THM) – Estrógenos.

- ❑ Riesgo muy elevado de efectos adversos como enfermedad tromboembólica.
- ❑ Riesgo de moderado a alto de efectos adversos:
 - Hiperprolactinemia.
 - Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad).
 - Cáncer de mama.
 - Cardiopatía isquémica.
 - Enfermedad cerebrovascular.
 - Migraña intensa.

Hombres Transexuales (TMH) – Testosterona.

- ❑ Riesgo muy elevado de efectos adversos:
 - Eritrocitosis (hematocrito > 50%).
- ❑ Riesgo de moderado a alto de efectos adversos:
 - Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad).
- ❑ Riesgo de moderado a bajo de efectos adversos:
 - Cáncer de mama o útero.

En ambos THM y TMH el tabaquismo multiplica el riesgo.

3.4. Evaluación Clínica Basal

La evaluación de las personas transexuales antes de iniciar el tratamiento hormonal debe comprender:

Historia clínica detallada. Debe hacerse especial hincapié en los factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales y familiares de trombosis venosa y/o TEP, insuficiencia venosa crónica, cardiopatía isquémica, ACV, problemas uro-andrológicos o ginecológicos, tratamientos farmacológicos actuales y previos, hábitos tóxicos y antecedentes personales o familiares de cáncer hormono-dependiente. Realizar diagnóstico diferencial descartando la presencia de hiperplasia suprarrenal congénita, tumor virilizante, resistencia androgénica, cromosopatía, agenesia gonadal o hipogonadismo de cualquier tipo, aunque estas situaciones no son habituales.

Exploración física. Además de la exploración convencional por órganos y aparatos, se debe recoger: hábito externo, presencia de vello, una exploración genital y mamaria así como la presencia de plastias.

Pruebas complementarias.

Exploración analítica basal: Hemograma. Bioquímica con glucosa, urea, creatinina, iones, ácido úrico, calcio, fósforo, perfil lipídico y hepático completo. Coagulación. Estudio hormonal: FSH, LH, estradiol, testosterona total y libre, prolactina, esteroides adrenales (17 OH progesterona, DHEA, androstendiona), cortisol basal, TSH y T4L. PSA según sexo, edad e historia del paciente. Serología hepatitis B, C, HIV y sífilis. Cariotipo.

Exploraciones radiológicas basales: Ecografía abdomino-pélvica y mamografía.

Otras exploraciones: Electrocardiograma, Citología.

En los anexos 5 y 6 de este documento se encuentran las plantillas con los parámetros que deben recogerse en la 1ª visita y sucesivas.

Si el paciente ha sido tratado sin supervisión clínica (autotratamiento) y no aporta estudios previos, es conveniente realizar una reevaluación, siempre que sea posible y la situación clínica lo permita, tras un periodo de 2-3 meses sin tratamiento.

Esto permite objetivar la situación endocrinológica y gonadal previa. No es infrecuente detectar basalmente hipogonadismos, sobretodo en el grupo de THM, ya sean primarios o tras años de autotratamiento y que, sin embargo, mantienen los fármacos antiandrogénicos sin necesitarlos.

3.5. Fármacos a Utilizar en el Tratamiento Hormonal

Existen multitud de esteroides sexuales sintéticos y semisintéticos (Tabla 1). Su elección depende de la disponibilidad, tradición local, efectos adversos, vía de administración y coste. Las dosis óptimas no están bien establecidas y necesitan individualizarse. Los primeros efectos del tratamiento hormonal empiezan a aparecer a las 6-8 semanas: Cambios de la voz en TMH y desarrollo de nódulos mamarios dolorosos en THM. Los cambios suelen completarse entre 6 y 24 meses, aunque el crecimiento completo del vello facial puede llevar 4 a 5 años.

Tabla 1. Fármacos y dosis para el tratamiento hormonal de la transexualidad

Mecanismo de acción	Compuesto químico	Nombre comercial	Dosis media
Análogos de LHRH	Triptorelina	Decapeptyl 3,75	3,75 mg/mes, i.m. o 11,25 mg/3 meses
	Leuprorelina	Ginecrin Depot, Pocrin Depot	3,75 mg i.m./mes o 7,5 mg /3 meses i.m.
	Goserelina	Zoladex 3,6	3,6 mg/mes, s.c.
Antigonadotrópicos	Acetato de ciproterona Medroxiprogesterona	Androcur® Progevera® Depo-Progevera®	50-150 mg/día v.o. 5-10 mg/día, v.o. 150 mg/mes, i.m.
Anti-andrógenos	Acetato de ciproterona Espironolactona	Androcur® Aldactone®	50-100 mg/día, v.o. 100-400 mg/día, v.o.
Estrógenos	Estrógenos conjugados	Premarin® Equin 0,6®	1,25-2,5 mg/día, v.o. 1,25-2,5 mg/día, v.o. 2-4 mg/día, v.o.
	17β-estradiol: -transdérmicos: -orales (valerianato de estradiol)	Alcis® Absorlent®, Estraderm Matriz® 25, 50 y 100 Evopad® 25, 50, 75 y 100, Oestraclin Gel® Progynova® 1 mg Meriestra® 1 y 2 mg	100 mcg dos veces a la semana v.t.d 2-4 mg/día. 2-4 mg/día.
Andrógenos	Esteres testosterona	Reandron® Testex Elmu Prolongatum® Testoviron Depot®	1000 mg/12 sem i.m. 100-250 mg/2-4 sem, i.m. 100-250 mg/2-4 sem i.m.
	Preparados transdérmicos*: - Parches testosterona - Geles	Testopatch® 1,2; 1,8 y 2,4 mg Testim® y Testogel® Itrogen®	2,4 mg/día v.t.d. 50 mg/día, v.t.d.

* Se considera recomendable iniciar el tratamiento con fármacos de vida media corta para comprobar tolerancia p. ej. con preparados transdérmicos.

3.5.1. Tratamiento Hormonal Feminizante en THM:

La feminización se consigue mediante el uso de diferentes estrógenos:

- 17β-estradiol: Es el tratamiento de elección y es mucho menos trombogénico que el etinil-estradiol. Puede administrarse por vía oral o transdérmica. La vía transdérmica es la vía de elección sobre todo en mayores de 40 años porque produce menos efectos secundarios. En ocasiones da problemas en el lugar de aplicación de la piel.
- Estrógenos conjugados: Se recomiendan a dosis que no excedan de 1,25 a 2,5 mg/día.
- Etinil estradiol (Diane®): Es el estrógeno más potente y barato. En España sólo se comercializa asociado a progestágenos. Actualmente no se recomienda su uso debido que a las dosis requeridas en THM tienen un efecto trombogénico importante .

La vía intramuscular no debe utilizarse porque en caso de efectos adversos, los niveles de estrógenos tardan varias semanas en normalizarse y en segundo lugar porque el potencial de abuso es mucho mayor.

Una vez completada la genitoplastia deben reducirse las dosis al mínimo de manera que no se produzcan síntomas de deficiencia y que al mismo tiempo se proteja de la osteoporosis.

La supresión de los caracteres sexuales originales puede realizarse mediante compuestos que ejercen un efecto antiandrógeno por diferentes mecanismos:

- Supresión de las gonadotropinas (LH y FSH hipofisarias), que son las que estimulan la producción gonadal de hormonas. Entre ellos destacan los análogos de LHRH. Como efecto adverso frecuente cabe destacar los sofocos, muy parecidos a los de la mujer postmenopáusica. Sus efectos son reversibles y su uso queda reservado para castración química, necesaria a veces en transexuales muy jóvenes para detener o retrasar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Otros inhibidores de las gonadotropinas son la ciproterona, la medroxiprogesterona y altas dosis de estrógenos.
- Drogas que interfieren con la producción de testosterona o su conversión a 5 α -dihidrotestosterona (DHT): Espironolactona y finasterida.
- Drogas que bloquean los receptores androgénicos: Acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona, flutamida y espironolactona.

Para monitorizar el tratamiento estrogénico deben medirse los niveles de estradiol en sangre. El uso de estrógenos conjugados o sintéticos presenta la desventaja de que sus niveles no pueden monitorizarse. El nivel de estradiol debe mantenerse en el valor medio diario de las mujeres premenopáusicas (~ 200 ng/mL) y el nivel de testosterona debe estar en el rango femenino (< 50 ng/dL).

La longitud del pene no se reduce por las hormonas, pero por su estado de flaccidez y acúmulo de grasa infraabdominal puede parecer más pequeño. Las erecciones espontáneas se suprimen dentro de los 3 meses, pero las debidas al juego erótico no suelen desaparecer. El volumen testicular se reduce un 25% dentro del primer año. Este tratamiento reduce la masa muscular y la fuerza, así como el contenido de hemoglobina.

La inducción de los caracteres sexuales femeninos se lleva a cabo principalmente por los estrógenos. Un segundo esteroide sexual producido por los ovarios es la progesterona, cuya función principal es preparar a la mucosa uterina para la anidación. Su efecto feminizante es limitado, sin embargo hay quien aconseja su utilización junto a los estrógenos para reducir el riesgo estrógeno-dependiente de cáncer de mama. Hasta la fecha han sido publicados 3 casos de cáncer de mama en transexuales de hombre a mujer aunque sin clara relación con el tipo de estrógeno, dosis o duración del tratamiento⁷⁸⁹. Los THM, igual que las mujeres biológicas, deben someterse periódicamente a la palpación y mamografía para prevenir el cáncer de mama. Tampoco deben olvidarse las medidas preventivas necesarias para el cáncer de próstata¹⁰, aunque sólo se ha descrito algún caso, y el tratamiento con estrógenos podría incluso ser un factor de defensa.

⁷ Ganly I, Taylor EW 1995 Breast cancer in a trans-sexual man receiving hormone replacement therapy. Br J Surg 82:341.

⁸ Pritchard TJ, Pankowsky DA, Crowe JP, Abdul-Karim FW 1988 Breast cancer in a male-to-female transsexual. A case report. JAMA 259:2278–80.

⁹ Symmers WS 1968 Carcinoma of breast in trans-sexual individuals after surgical and hormonal interference with the primary and secondary sex characteristics. Br Med J2: 83-5.

¹⁰ Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ 2006 American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. CA Cancer J Clin 56:11–25; quiz 49–50.

La inducción de las características femeninas es muy variable. Al principio son habituales los nódulos periareolares dolorosos. El tamaño de las mamas puede ser cuantificado midiendo la hemicircunferencia que al año puede alcanzar unos 10 cm., pudiendo llegar hasta 22 cm. a los 24 meses, aunque en la mitad de los transexuales es juzgado como insatisfactorio. En caso que la paciente desee una prótesis mamaria es recomendable esperar al menos un año. Por otra parte, la voz no suele cambiar de timbre. La grasa se acumula en la cadera, pero no es la norma. La estructura esquelética tampoco se modifica; manos, pies y pelvis son las zonas más llamativas que permanecen. La piel se hace más fina y seca y las uñas más quebradizas. Además, el tratamiento estrogénico suele producir cambios de humor y del estado emocional.

3.5.2 Tratamiento Hormonal Masculinizante en TMH:

Para la inducción de los caracteres sexuales masculinos son necesarios los andrógenos. Estos ejercen un poderoso efecto sobre el proceso de virilización, pero la conclusión puede tardar entre 2 a 4 años y a veces más. Los resultados dependen de factores genéticos y raciales. Se produce un aumento de la masa muscular y una disminución de la masa grasa, aumenta el vello facial y corporal. Se usa testosterona por vía intramuscular o transdérmica (geles) ya que la vía oral no suprime totalmente la menstruación en la mitad de los transexuales, y necesitaría la adición de un progestágeno. El tratamiento con andrógenos suele provocar acné, calvicie de patrón masculino y efectos desfavorables sobre el perfil lipídico, que coloca a los TMH en la categoría de riesgo de los hombres biológicos. Por ello deben evitar el tabaquismo, hacer ejercicio físico y prevenir el sobrepeso y la hipertensión arterial.

Los cambios en el aspecto externo producidos suelen ser bastantes satisfactorios, aunque la piel más sebácea puede llegar a ser un problema. Respecto a otros hombres, los TMH son más bajos de talla. El clítoris se alarga en todos los sujetos, aunque en grado variable, y a veces es suficiente para relaciones sexuales satisfactorias con una mujer, toda vez que aumenta el deseo sexual tras el tratamiento androgénico. El tratamiento debe continuar tras la ovariectomía para prevenir los sofocos, la pérdida de las características masculinas y sobre todo la osteoporosis.

Si persisten las menstruaciones podrían utilizarse progestágenos, la ablación endometrial o la histerectomía y doble ovariectomía. Igualmente pueden utilizarse análogos de la LHRH o la medroxiprogesterona depot.

3.6. Seguimiento

Una vez instaurado el tratamiento hormonal se recomienda monitorización clínica y de laboratorio cada 3 meses durante el primer año, cada 6 meses durante los 1-2 años siguientes y posteriormente con carácter anual de por vida (adaptándolo a cada caso individual).

Es necesario vigilar la modificación de los valores sanguíneos de las hormonas masculinas y femeninas debidos al tratamiento y mantenerlos en los niveles medios del sexo deseado, tal y como se ha comentado con anterioridad. Deben monitorizarse los valores de prolactina, que frecuentemente se incrementan hasta 4 veces por encima del rango de normalidad (raramente superiores a 100 ng/ml), no solo por el tratamiento estrogénico sino también por los andrógenos.

El tratamiento con esteroides sexuales frena el estímulo hipofisario (FSH y LH) sobre las gónadas, y ocasiona una cierta atrofia de las misma, acompañada a veces de dolor.

Una vez desarrolladas las glándulas mamarias en transexuales de hombre a mujer (THM,) precisan vigilancia periódica mediante mamografía o ecografía como medida preventiva del cáncer de mama, como cualquier mujer biológica. En los transexuales mujer a hombre (TMH) en los que no se ha realizado mastectomía tras un año de tratamiento androgénico debe realizarse también dicha vigilancia, aunque el riesgo de cáncer de mama no sea muy alto por el tratamiento con testosterona.

Aunque el tratamiento estrogénico de por vida podría prevenir cualquier alteración de la próstata en THM, se han publicado casos de cáncer de próstata, por lo que en estos pacientes debe realizarse despistaje del mismo como en los hombres biológicos (tacto rectal digital después de los 50 años y medición del PSA). En TMH se debe incluir la exploración de los genitales internos (útero y ovarios) mediante ecografía, al menos una vez al año si no se ha realizado la extirpación quirúrgica.

Asimismo, en todas las personas transexuales bajo tratamiento hormonal debe evaluarse durante todo el seguimiento la aparición de factores de riesgo cardiovascular, y en este caso, ser tratados según las guías de práctica clínica establecidas.

Se recomienda la medir la densidad mineral ósea (DMO) si existen factores de riesgo de osteoporosis, especialmente en aquellos pacientes que han dejado la terapia hormonal después de la gonadectomía.

Efectos adversos del tratamiento hormonal en transexuales de mujer a hombre (TMH)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retención hidrosalina <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Poliglobulia <input type="checkbox"/> Alteraciones perfil lipídico <input type="checkbox"/> Alteración función hepática <input type="checkbox"/> Calvicie y acné <input type="checkbox"/> Aumento de la agresividad |
|--|

Efectos adversos del tratamiento hormonal en transexuales de hombre a mujer (THM)

Mayores	Menores
Flebitis	Náuseas y vómitos matinales
Tromboembolia	Astenia
Cáncer de mama	Irritabilidad
Insuficiencia hepática	Cefaleas, vértigos
Hipertensión arterial	Retención hídrica
Depresión	Aumento de peso

<p>Tras un periodo de al menos 1-2 años de tratamiento hormonal y, con adherencia constatada a protocolo de seguimiento psicológico y endocrinológico el paciente es subsidiario de tratamiento genitoplástico.</p>

3.7. Terapia hormonal en adolescentes

Durante las últimas décadas se ha ido reconociendo progresivamente el sufrimiento que causa a adolescentes transexuales la aparición de la pubertad, que consideran insoportable. La experiencia de la pubertad biológica completa puede interferir seriamente con el bienestar y un adecuado funcionamiento psicológico. La incapacidad de no poder mostrarse en el rol social deseado o no poder parar el desarrollo de las características sexuales secundarias puede dar lugar a problemas en el desarrollo intelectual, social y emocional. Otra razón para comenzar la reasignación sexual de forma precoz es que los resultados físicos cuando la intervención se realiza en adultos son mucho menos satisfactorios que cuando la intervención se realiza a los 16 años. Parecer un hombre (o mujer) cuando se vive como una mujer (o un hombre) crea grandes barreras con enormes desventajas de por vida.

Debido a que la intervención precoz puede prevenir este daño psicológico, actualmente se tiende a **comenzar el tratamiento de adolescentes transexuales con medicación supresora de la pubertad**. Cuando esta intervención precoz se compara con el inicio de la reasignación hormonal en etapas más avanzadas de la pubertad, la supresión puberal produce un alivio en la disforia de género y una mejor evolución tanto a nivel psicológico como físico. En niñas el primer signo del inicio de la pubertad es la aparición de un botón mamario seguido por un aumento del tejido mamario y grasa. En esos momentos se produce el estirón puberal del crecimiento y dos años más tarde aparece la menarquia. En niños el primer signo es el aumento del tamaño testicular. A partir de un volumen testicular de 10 ml. se produce la virilización.

3.7.1 Tratamiento para suprimir la pubertad con análogos de GnRH

Tras valoración en la UAT, en adolescentes que cumplan con los criterios de elegibilidad y disposición para la reasignación de género, se recomienda el tratamiento para suprimir el desarrollo puberal. Este tratamiento se debe iniciar cuando aparecen los primeros cambios físicos de la pubertad en niños y niñas, pero no antes de los estadios 2-3 de Tanner, confirmándose con unos niveles puberales de testosterona y estradiol respectivamente. Sin embargo es importante que los adolescentes con disforia de género experimenten los primeros cambios de su pubertad biológica espontánea debido a que la reacción emocional a estos cambios físicos tiene valor diagnóstico.

La supresión hormonal ayuda en la fase diagnóstica y terapéutica, de manera similar a la experiencia de la vida real. Además, los cambios hormonales son totalmente reversibles, permitiendo el desarrollo puberal completo en el género biológico, si esto fuera lo apropiado. Por tanto se recomienda iniciar el tratamiento supresor de la pubertad antes del desarrollo de las características sexuales irreversibles. El protocolo para suprimir la pubertad también puede aplicarse a adolescentes en estadios avanzados, pero en este caso las características sexuales (como el desarrollo mamario en chicas o el cambio de la voz y el crecimiento de la mandíbula y cejas en chicos) no regresan completamente. Las características sexuales indeseables e irreversibles en la pubertad femenina son el agrandamiento mamario y la talla baja y en la pubertad masculina la nuez de Adán, el agravamiento de la voz, la configuración ósea masculina (mandíbula, mano y pies grandes, talla alta) y patrón masculino del vello corporal y facial.

Para suprimir las hormonas puberales deben usarse los análogos de GnRH. Durante el tratamiento regresan las características sexuales iniciales y en estadios puberales avanzados se paran. Por ejemplo, en las chicas, las mamas se volverán atróficas e interrumpirán las menstruaciones y en chicos se parará la virilización y disminuirá el volumen testicular. Hasta el momento no se han demostrado cambios en la densidad mineral ósea (DMO) durante el tratamiento con análogos de GnRH en transexuales, aunque los efectos a largo plazo sobre la DMO y el pico de masa ósea están aún siendo evaluados. Presentan el inconveniente de ser caros. La medición de las gonadotropinas y los esteroides sexuales nos va a dar información sobre la supresión del eje gonadal. Si el eje no está totalmente suprimido, debe acortarse el intervalo entre las inyecciones. Deben valorarse posibles efectos negativos como detención del crecimiento y sobre la DMO.

3.7.2 Tratamiento para desarrollar la pubertad del sexo deseado

El desarrollo puberal en el sexo deseado debe iniciarse alrededor de los 16 años de edad, utilizando un esquema de incremento gradual de dosis de esteroides sexuales cruzados. En España la mayoría de edad sanitaria se sitúa a los 16 años. Aunque no se requiera consentimiento paterno, siempre es mejor obtenerlo ya que el apoyo de los padres mejora los resultados. Para inducir la pubertad se debe utilizar el mismo esquema de dosis que en los individuos hipogonadales. No están recomendadas ni las cremas de esteroides ni los parches ya que hay poca experiencia en la inducción de la pubertad. El adolescente transexual en tratamiento con análogos de GnRH es hipogonadal y por tanto puede ser muy sensible a altas dosis de esteroides sexuales cruzados que le pueden causar estrías y mamas de forma anormal en chicas y acné quístico en chicos. En adolescentes TMH, la supresión de la pubertad puede detener el estirón puberal. Para adquirir la talla máxima, la introducción lenta de los andrógenos debe imitar el estirón de crecimiento puberal. Si el individuo es relativamente bajo, se podría tratar con oxandrolona, un esteroide anabólico estimulante del crecimiento. En adolescentes THM de talla muy alta se puede utilizar un esquema de incremento de dosis más rápido, comenzar el tratamiento estrogénico antes de los 16 años (en casos excepcionales) o utilizar dosis de estrógenos inhibitoras del crecimiento. El tratamiento con análogos de GnRH podría continuarse durante el tratamiento con esteroides sexuales cruzados para mantener suprimidos los niveles de gonadotropinas y por tanto el de los esteroides gonadales. En cuanto a la talla objetivo, la clave debe ser la preferencia del individuo y no una decisión del médico que lo trata. Debe haber un registro de los cambios puberales así como de los parámetros de laboratorio.

Se debe indicar la cirugía en los adolescentes tratados con hormonas cuando la experiencia de vida real ha producido un cambio de rol social satisfactorio, el individuo está satisfecho con los efectos hormonales y desea un cambio quirúrgico definitivo.

En general la cirugía se debe diferir hasta que el individuo tenga al menos 18 años.

4. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La intervención para reasignación quirúrgica estará adaptada a cada situación particular. Se parte de una valoración del equipo multidisciplinar de la UAT en la que se considerarán los intereses personales, psicológicos y sociales de la persona transexual. Basándose en ello se establecen las intervenciones a seguir. En cada intervención se solicitará el consentimiento informado.

4.1. Criterios de inclusión¹¹

Criterios de elegibilidad:

- Un año de tratamiento hormonal continuo, si no hay contraindicaciones médicas.
- Un año de experiencia de vida real continua con éxito. Periodos discontinuos de regreso al sexo biológico indicarían ambivalencia y no se cumpliría este criterio.
- Si los profesionales de salud mental (psicólogo, psiquiatra) lo requieren, participación regular responsable en un programa psicoterapéutico durante la experiencia de la vida real.
- Demostrar conocimientos sobre los distintos tipos de intervención, costes, duración de la hospitalización, posibles complicaciones y rehabilitación postquirúrgica tras la intervención.
- Consentimiento informado.
- Conocer a los profesionales del equipo quirúrgico encargados de realizar la intervención y su competencia.

Criterios de idoneidad:

- Demostrar progresos en la consolidación de su identidad sexual.
- Demostrar mejoría en su forma de afrontar problemas personales (ausencia de sociopatías, toxicomanías, psicosis, tentativas de suicidio etc.) e interés por mejorar sus relaciones familiares y laborales (debe considerarse que en muchos casos la mejora efectiva de estas relaciones no depende de la persona transexual y es la familia o el entorno laboral el que se niega a una relación saludable).

Excepciones:

Quien no cumpla los criterios de inclusión no debe ser operado. Pero si alguien ha vivido como miembro del otro sexo durante muchos años y se descarta una psicopatología, se podría valorar la indicación quirúrgica a criterio del equipo multidisciplinar de la UAT, sin pasar por el tratamiento hormonal ni por la experiencia de la vida real.

4.2. Tratamiento quirúrgico en el Servicio Canario de la Salud

El Servicio Canario de la Salud establecerá los mecanismos oportunos que garanticen que la cirugía se lleve a cabo conforme a los criterios y la cartera de servicios que define el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) para el Sistema Nacional de Salud, y de acuerdo con los estándares de calidad establecidos para los centros de referencia nacionales (CSUR).

¹¹ Modificado de "Las Normas de Cuidado Para Trastornos de Identidad de Género". Asociación Profesional Mundial Para Salud Transgénero. (Disponible en: <http://www.wpath.org>) Versión Sexta. Febrero de 2001.

ANEXO I.

Conceptos básicos en Transexualidad

Sexo Biológico: Se refiere a la integración de los niveles genéticos, hormonales gonadal y somático que dan lugar a las categorías de “macho” o “hembra”.

Identidad Sexual: Convicción personal que tienen cada individuo de ser hombre o mujer. Sentimiento de pertenecer a un determinado sexo, biológica y psicológicamente.

Rol Sexual social o de género: Conjunto de reglas y convenciones establecidas por la sociedad que definen las pautas de comportamiento a seguir por hombres y mujeres.

Orientación sexual: Referido a la forma y al objeto en la que orientamos nuestro deseo sexual.

Las **personas transexuales son personas que no se identifican con el género que socialmente se corresponde con su sexo biológico de nacimiento, lo que lleva consigo el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el sexo sentido como propio.**

En este sentido se trata de un proceso vital desarrollado paulatinamente, que es a lo que alude el prefijo “trans”, y por eso es más adecuado referirse a las personas transexuales por su identidad de género, no por su apariencia externa, dado que esta última cambia de forma progresiva, y así hablamos de:

Mujeres transexuales: las personas cuyo *sexo morfológico* es masculino, pero que tienen *identidad de género* femenina, identificándose de forma estable y permanente como mujer.

Hombres transexuales: las personas cuyo *sexo morfológico* es femenino, pero que tienen *identidad de género* masculina, identificándose de forma estable y permanente como hombre.

La existencia de una disonancia estable y permanente entre sexo morfológico e identidad de género obviamente es un obstáculo de primer orden para que la persona se encuentre en un estado de completo bienestar físico, mental y social, que es como se define por la OMS la salud.

Así pues, **la transexualidad es un problema de salud, no un trastorno mental**, por lo que resulta preciso abordarlo. La orientación sexual o identidad de género de cada persona es esencial para su personalidad y constituye uno de los aspectos fundamentales de la autodeterminación, la dignidad y la libertad personales.

Aspectos a considerar al tratar al paciente transexual

Resulta fundamental el respeto: es más adecuado referirse a las personas transexuales por su identidad de género, no por su apariencia externa, dado que esta última cambia de forma progresiva a medida que avanzan los tratamientos hormonales, y así hablamos de mujeres y hombres transexuales.

La **cuestión del nombre** es crucial: llamar a la persona por el nombre con el que se siente identificado/a, especialmente ante terceros, evitando seguirles tratando con el género en el que nacieron, suele considerarse por el/la afectado/a una falta de respeto, incluso un agravio, y puede generar situaciones muy tensas en consulta.

Igualmente es crucial el respeto a la intimidad de la persona transexual: para comprobar la existencia de una disonancia estable y permanente entre identidad de género y sexo morfológico (que es el criterio recogido, a través de la Ley 3/2007, en el ordenamiento jurídico español y, por ende, en la normativa aplicable al ámbito sanitario), **es irrelevante** la orientación sexual. Una persona no es más o menos transexual por tener orientación heterosexual, homosexual o bisexual, del mismo modo que no se es más o menos español por profesar una religión u otra, por poner un ejemplo de entre las numerosas circunstancias personales que no guardan relación con la identidad de género.

Glosario de términos:

Cirugía de Reasignación Sexual: Las CRS son en realidad cirugías de modificación de los genitales. Se habla, respecto a las mujeres transexuales, de vaginoplastia (creación de una vagina a partir de los tejidos del pene y del escroto); y respecto a los hombres transexuales, de faloplastia (creación de un pene con tejidos del brazo, muslo u otras parte del cuerpo) o metaidoplastia (formación de un micropene a partir del clítoris y reconstrucción uretral).

Disforia de género: Se refiere a la ansiedad, incluso angustia, asociada al conflicto entre la identidad de género que se tiene y el sexo morfológico, ansiedad agravada por la percepción social del género de una persona en función del sexo registral que se refleja en la documentación y en la vida diaria, y que puede llevar a una persona transexual, sobre todo víctimas de actos transfóbicos, al suicidio. No es correcto identificar transexualidad y disforia de género: la segunda es un indicio de la primera, pero no se da siempre. En la infancia y adolescencia temprana al no poder diagnosticar de transexualidad se emplea el término disforia de género.

Hombre transexual: Persona cuyo sexo morfológico o género fisiológico es femenino, pero que tiene identidad de género masculina, identificándose de forma estable y permanente como hombre. El hombre transexual puede tener orientación sexual heterosexual, homosexual o bisexual.

Identidad sexual o de género: El sentimiento interno de cada persona de pertenencia a un sexo determinado. En un sentido más amplio, la identidad de género es el reconocimiento que una persona hace acerca de su yo o de su "sí mismo" como hombre o como mujer, reconocimiento basado en la interacción de las características, valores y creencias que una cultura específica ha establecido como apropiadas para uno u otro sexo y la significación personal que cada hombre o mujer elaboran sobre ellas, a partir de su propia historia de vida.

Intersexualidad: Las personas intersexuales son aquellas que nacen con alguna clase de ambigüedad genital. Muchas veces se trata simplemente de que la apariencia de los genitales no responda al estándar de lo que se considera "normal". En cambio, la persona transexual es aquella cuya morfología corporal (no sólo los genitales) no coincide con la identidad de género, como hombre o como mujer, que siente.

Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas: Establece que en los supuestos de transexualidad la modificación de las menciones de sexo (sexo registral) y nombre en la inscripción de nacimiento, se realice a

través de expediente gubernativo del Registro Civil –que no tiene naturaleza administrativa– con intervención del Ministerio Fiscal y resolución judicial.

Mujer transexual: Persona cuyo sexo morfológico o género fisiológico es masculino, pero que tiene identidad de género femenina, identificándose de forma estable y permanente como mujer. La mujer transexual puede tener orientación sexual heterosexual, homosexual o bisexual.

Orientación sexual: Es la facultad de sentir deseo, afecto o atracción física o afectiva por una persona –con independencia de realizar o no prácticas sexuales con ésta– de distinto sexo (orientación sexual heterosexual), del mismo sexo (orientación sexual homosexual), o con independencia de su sexo (orientación sexual bisexual).

Sexo: Realidad compleja, integrada por factores cromosómicos, gonadales (sexo morfológico) y hormonales. Se diferencia del sentimiento interno de cada cual de pertenencia a un sexo determinado (identidad de género), así como la percepción social del sexo de una persona en función de los roles o comportamientos de la misma en relación a los demás (género), conceptos todos ellos independientes de la orientación sexual u orientación del deseo. El sexo registral corresponde al sexo inscrito en el Registro Civil, que se basa, por mera apreciación visual de los genitales, en el sexo morfológico.

Transexualidad: Definida por la Ley 3/2007 como la *“existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia”*. Otras definiciones hablan de una consecuencia de esta disonancia: el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el sexo sentido como propio.

Transfobia: Sentimientos, actitudes y comportamientos de aversión, rechazo, estigmatización y discriminación hacia las personas transexuales, especialmente las mujeres transexuales. Por lo general suele ir asociada al machismo y a actitudes de desprecio sistemático de la mujer, considerada como objeto sexual, y de lo femenino. Un ejemplo clásico es la negación de la identidad femenina de la mujer transexual y su consideración como objeto sexual dotado de pechos y pene.

Transgenerismo: En sentido amplio (América Latina) se refiere a todos los supuestos en que género y sexo morfológico no siguen la pauta heterosexista, incluyendo así, por ejemplo, transexualidad, travestismo, e incluso intersexualidad. Más estrictamente, se refiere a aquellas personas que, partiendo de una concepción teórica del sexo como una realidad cultural, a pesar de no sentirse bien con su género, no desean tampoco una adaptación completa al sexo legal contrario. En este sentido puede ser transgénero tanto una persona transexual como una persona no transexual; por otro lado, no todas las personas transexuales están conformes con estos planteamientos teóricos ni se consideran transgénero.

Tratamiento sanitario integral de la persona transexual: Hace referencia a la atención de todos los aspectos de la salud de la persona transexual. Incluye cuatro grandes apartados: la atención psicológica, la atención endocrinológica (hormonación), la atención quirúrgica y la

atención complementaria derivada de los efectos colaterales de la segunda y la tercera (dermatología, foniatría, etc.). Por atención quirúrgica se hace referencia no sólo a las CRS, sino también a las cirugías en el marco del tratamiento médico para acomodar las características físicas a las correspondientes al sexo reclamado, conforme a la Ley 3/2007: un claro ejemplo es la mastectomía con masculinización del torso para los hombres transexuales.

Travestismo: Es el hecho externo de vestir ropas del sexo opuesto, pudiendo ser un tipo de fetichismo o incluso una expresión artística (transformismo). Es independiente de la identidad de género y de la orientación sexual, que son hechos internos, consustanciales a la persona.

ANEXO II.

Directorio de Asociaciones y Contactos de Interés

GAMÁ (Colectivo LGBT de Canarias)

Paseo Tomás Morales, nº 8, bajo. CP 35003 - Las Palmas de Gran Canaria

Teléfono: 928 43 34 27 Teléfono / Fax: 928 38 31 69

e-mail: gama@colectivogama.com

Web: <http://www.colectivogama.com/>

ALTIHAY (Colectivo LGBT de Fuerteventura)

C/ María Estrada nº 3. CP 35600 - Puerto del Rosario

Teléfono: 928 859 358

e-mail: altihay@felgtb.org

Web: www.altihay.org

LÁNZATE (Colectivo LGBT de Lanzarote)

C/ Vizcaya nº 6, CP 35500 - Arrecife

Teléfono: 928816016

e-mail: lanzatelanzarote@hotmail.com

ALGARABÍA (Colectivo LGBT Tenerife)

C/ Heliodoro Rodríguez González nº 10 Local Izquierdo, CP 38005 - S/C de Tenerife

Teléfonos: 922 88 21 88 / 638 790 420

e-mail: algarabia@algarabiatfe.org, areatrans@algarabiatfe.org

Web: www.algarabiatfe.org

APERTTURA (Asociación de personas transexuales de Tenerife)

Centro de Entidades de Voluntariado

C/ Juan Rumeu García nº 28, CP 38008 - S/C de Tenerife

Tlf. 922661189.

e-mail: aperttura@yahoo.es

FUNDACION TRIANGULO (Colectivo LGBT)

C/ El Pilar nº 8, 5º, 38002 - S/C de Tenerife

Tlf. 690 373 915

e-mail: canarias@fundaciontriangulo.es

web: www.fundaciontriangulo.es/canarias

ANEXO III. Valoración psicológica/psiquiátrica**HISTORIA PSICOSEXUAL**MUJER TRANSEXUAL VARÓN TRANSEXUAL **I. DATOS GENERALES**

NOMBRE:

EDAD:

NIVEL DE ESTUDIOS:

EDAD ABANDONO ESTUDIOS:

- Sin estudios
- Estudios primarios
- E.S.O. / Graduado escolar
- Bachiller/COU
- F.P. / Ciclos
- Universitarios

CAUSA:

- Identidad
- Otra causa

PROFESIÓN:

- S. L.
- Estudiante
- Obrero sin cualificar
- Obrero cualificado
- Técnico
- Universitario
- Trabajador sexual

TRABAJO: Sí NoCONTRATO: Sí NoESTADO CIVIL: Soltero/a

- Casado/a
- Separado/a Divorciado/a
- Unión estable
- Viudo/a

VIVE CON: Esposo/a

- Familia origen
- Pareja estable
- Sólo/a
- Amigos

PAREJA ACTUAL:

 Sí No

AÑOS DE CONVIVENCIA:

HIJOS:

ZONA DE RESIDENCIA:

- Urbana
- Rural

DISTANCIA UNIDAD (kms):

II. MOTIVO DE LA CONSULTA:

- Esclarecer su identidad
- Recibir apoyo psicológico
- Iniciar un tratamiento hormonal
- Controlar un tratamiento hormonal
- Reasignación sexual quirúrgica
- Reasignación sexual legal
- Otros motivos

RUTA DERIVACIÓN: Andrología Psicosexología Ginecología Endocrinología Atención primaria Salud Mental Iniciativa propia Usuarios/asPRIMERA VEZ QUE CONSULTA: Sí No

CONSULTAS ANTERIORES:

 Psicología/Psiquiatría Endocrinología Uroandrología Ginecología Cirugía plástica Atención primaria

POR QUÉ CONSULTA AHORA:

- Hasta ahora no ha sabido dónde dirigirse
- Ahora tiene claros sus objetivos de cambio
- Esta teniendo problemas con las hormonas
- Presión (familiar, social, pareja)
- Necesita apoyo (médico, psicológico, social)

POR QUIÉN LO HACE:

- Por él/ella
- Por la pareja
- Por la familia
- Por presión social

III. SEXO BIOLÓGICO, IDENTIDAD, ROL Y ORIENTACIÓN SEXUAL

- SEXO BIOLÓGICO: Varón Mujer Anomalías de diferenciación sexual
- IDENTIDAD SEXUAL: Varón Mujer Identidad episódica
- ROL DE GÉNERO: Masculino Femenino Andrógino
- ORIENTACIÓN SEXUAL: Hacia varones Hacia mujeres
- Hacia ambos sexos Hacia ninguno

IV. HISTORIA DE TRANSEXUALIDAD**EDAD DE INICIO DEL CONFLICTO DE IDENTIDAD SEXUAL:****DESARROLLO DE LA IDENTIDAD SEXUAL**

- SEXO DESEADO POR LOS PADRES: Padre: Varón Mujer Indiferente
- Madre: Varón Mujer Indiferente

- COMPORTAMIENTO INFANCIA ACORDE CON: Sexo biológico Sexo opuesto

- COMPORTAMIENTO ADOLESC. ACORDE CON: Sexo biológico Sexo opuesto

- JUEGO PREFERENTE EN LA INFANCIA: Con niños Con niñas
- Con ambos sexos

TRAVESTISMO:

- INFANCIA Sí No

EXCITACIÓN SEXUAL

- Sí, con frecuencia Sí
- Sí, esporádicamente No

ADOLESCENCIA:

- No
- Sí, con frecuencia
- Sí, esporádicamente

CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE SU IDENTIDAD SEXUAL:

- INFANCIA: Padre Madre No lo sabía
- Padre Madre Lo sospechaba
- Padre Madre Sí lo sabía y me aceptaba
- Padre Madre Sí lo sabía y evitaba hablar
- Padre Madre Sí lo sabía y me rechazaba

ADOLESCENCIA:

- Padre Madre No lo sabía

- Padre Madre Lo sospechaba
 Padre Madre Sí lo sabía y me aceptaba
 Padre Madre Sí lo sabía y evitaba hablar
 Padre Madre Sí lo sabía y me rechazaba

INTEGRACIÓN ESCOLAR:

- INFANCIA: Buena integración
 Problemas de integración Marginación

- ADOLESCENCIA: Buena integración
 Problemas de integración Marginación

INTEGRACIÓN SOCIAL (Grupo de iguales, por ej. barrio, comunidad)

- INFANCIA: Buena integración
 Problemas de integración
 Marginación

- ADOLESCENCIA: Buena integración
 Problemas de integración
 Marginación

CONSULTA A PROFESIONALES POR TEMAS DE IDENTIDAD

- INFANCIA: No
 Sí, a médicos
 Sí, a psicólogos
 Sí, a otros profesionales

- ADOLESCENCIA: No
 Sí, a médicos
 Sí, a psicólogos
 Sí, a otros profesionales

IDENTIDAD SEXUAL:

- PERMANENTE/EPISÓDICA: Permanente Episódica
 PRIMARIA/SECUNDARIA: Primaria Secundaria
 INICIO BRUSCO/PROGRESIVO: Brusco Progresivo

CIRCUNSTANCIAS INICIO:

AUTOGINEFILIA (fantasías con tener cuerpo del sexo opuesto que producen excitación sexual): Sí No

AÑOS DE PERMANENCIA EN LA IDENTIDAD SEXUAL ACORDE CON EL SEXO BIOLÓGICO:

EDAD DE COMIENZO DEL CAMBIO (AÑOS):

CAUSA DEL RETRASO EN LA APARICIÓN DEL CAMBIO:

- Realización profesional / Objetivos vitales
 Evitación de la ruptura de la pareja
 Presencia de hijos (responsabilidad, amor...)
 Presión social
 Presión familiar
 Otros

ESTILO DE VIDA PREVIO AL CAMBIO:

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Asexual

EXISTENCIA DE PAREJA PREVIO AL CAMBIO:

- No
- Sí, estable y cerrada
- Sí, estable y abierta
- Sí, parejas esporádicas

SEXO DE LA PAREJA:

- Varón
- Mujer
- Otras condiciones especiales

ORIENTACIÓN SEXUAL DE LA PAREJA:

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Asexual

ACTITUD DE LA PAREJA HACIA EL CAMBIO:

- Muy favorable
- Favorable
- Indiferente
- Desfavorable
- Muy desfavorable

ROL DE GÉNERO DEL PACIENTE ANTES DEL CAMBIO:

- Masculino
- Femenino
- Andrógino

RIGIDEZ EN EL DESEMPEÑO DEL ROL:

- Estereotípico (femenino/masculino)
- Ajustado (acorde a los roles vigentes)
- Exagerado (desproporcionado)

ACTITUD ACTUAL DEL PACIENTE HACIA EL CAMBIO:

- Muy favorable
- Favorable
- Ni favorable ni desfavorable
- Desfavorable
- Muy desfavorable

ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL PROPIO CUERPO**CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS:**

- Sentimientos negativos, los cambiaría si fuera posible
- No me gustan pero puedo aceptarlos
- No tengo sentimientos particulares hacia ellos
- Estoy satisfecho/a
- Me considero afortunado/a

GENITALES/PECHO:

- Sentimientos negativos, los cambiaría si fuera posible

- No me gustan pero puedo aceptarlos
- No tengo sentimientos particulares hacia ellos
- Estoy satisfecho/a
- Me considero afortunado/a

CAMBIO DE IDENTIDAD:

ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA DE LA IDENTIDAD TRANSEXUAL:

- Buena aceptación
- Aceptación
- Ni aceptación ni rechazo
- Rechazo
- Deseo de cambio

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO PREVIO (MESES):

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO ACTUAL (MESES):

EXPERIENCIA DE LA VIDA REAL: SI NO

Desde cuando (meses):

AJUSTE/INTEGRACIÓN:

Psicológico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Social en gral.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Red de amigos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

TERAPIA HORMONAL: SI NO

Desde cuando (meses):

CONTROL MÉDICO: SI NO Esporádico

TRATAMIENTOS PREVIOS:

- Estrógenos
- Antiandrógenos
- Análogos LHRH
- Andrógenos
- Progestinas

TRATAMIENTO	DOSIS	TIEMPO
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO ACTUAL:

- Estrógenos
- Antiandrógenos
- Análogos LHRH
- Andrógenos
- Progestinas

TRATAMIENTO	DOSIS	TIEMPO
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SATISFACCIÓN CON LOS CAMBIOS:

PROPIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PAREJA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EFECTOS SECUNDARIOS:

PSICOLÓGICOS:

- Mucho mejor estado de ánimo
- Mejor estado de ánimo
- El estado de ánimo no varía
- Inestabilidad emocional
- Gran inestabilidad emocional

SOMÁTICOS:

- Muy intensos
- Intensos
- Normales
- Poco intensos
- Muy poco intensos
- Ausentes/ ningún efecto

SEXUALES:

- No hay cambios
- Más deseo sexual
- Menos deseo sexual
- Mayor excitación
- Menor excitación

LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO:

VARÓN TRANSEXUAL: Pecho Caderas Voz Vello Piel Estructura de la cara

MUJER TRANSEXUAL: Pecho Caderas Voz Vello Piel Estructura de la cara

TIPO DE SOLUCIÓN DEMANDADA PARA RESOLVER SU CONFLICTO DE IDENTIDAD

- Adaptación de la Identidad psíquica a la física
- Adaptación de la Identidad física a la psíquica sin intervención médica
- Integración en el género deseado (Test de Vida real)
- Reasignación sexual hormonal
- Reasignación sexual quirúrgica parcial (mamas)
- Reasignación sexual quirúrgica total (genitales)

CIRUGÍA PLÁSTICA ADICIONAL

- Mamoplastia de ampliación

- Mastectomía bilateral
- Cirugía facial para arrugas de expresión o de gravedad
- Rinoplastias
- Mentoplastias
- Malarplastias
- Cricoplastias
- Implantación de prótesis de caderas
- Implantación de prótesis de glúteos
- Liposucciones
- Depilación eléctrica o láser

TRATAMIENTO LOGOPÉDICO:

- SI NO TIEMPO (MESES):

DISPONIBILIDAD DE PROGRAMAS O PERSONAL DE APOYO:

- SI NO TIEMPO (MESES):

V. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA: SANA PATOLÓGICA LÍMITE

EVALUACIÓN INTELIGENCIA: BAJA MEDIA ALTA

EVALUACIÓN PERSONALIDAD: PERFIL SANO PER. PATOLÓGICO

DIAGNÓSTICO DE DISFORIA DE GÉNERO: SI NO

TRASTORNOS EN COMORBILIDAD: SI NO

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Estados intersexuales Psicosis TOC
- Trastorno limite de personalidad
- Trastorno histriónico personalidad
- Dismorfofobias, Munchausen
- Homosexualidad egodistónica/rol femenino
- Travestismo Otras categorías de transgénero Ninguno

GRADO DE MADUREZ DE LA DECISIÓN DE INICIAR EL PROCESO

- Muy alto Alto Moderado Bajo Muy bajo

ENTREVISTAS A TESTIGOS PRIVILEGIADOS:

- NO
- SI, con un testigo privilegiado
- SI, con dos testigos privilegiados

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

- PADRE MADRE ABUELA HERMANOS
- OTROS FAMILIARES PAREJA AMIGOS

DIAGNÓSTICO CIE-10 DE TRASTORNO DE IDENTIDAD SEXUAL:

- SI NO

EXISTENCIA PREVIA DE DIAGNÓSTICO CIE-10 DE TRASTORNO DE IDENTIDAD SEXUAL EN LA INFANCIA: SI NO

IDENTIFICACIÓN PATOLÓGICA FIGURA PÚBLICA DEL SEXO OPUESTO:

- SI NO

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

- Trastornos de personalidad
- Psicosis
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno bipolar

- Trastorno ansioso-depresivo
- Intentos de autolisis
- TEPT
- Adicciones, consumo de tóxicos
- Otros

COMORBILIDAD ACTUAL:

- Trastornos de personalidad
 - Paranoide
 - Esquizoide
 - Disocial
 - Límite
 - Histriónico
 - Anancástico
 - Evitante
 - Dependiente
 - Otros
 - Mixto
- Psicosis/esquizofrenia
 - Esquizofrenia
 - Trastorno esquizotípico
 - Trastorno delirante
 - Trastorno esquizoafectivo
 - Trastorno psicótico agudo
 - Otros
- Trastorno afectivo
 - Episodio depresivo
 - Trastorno depresivo recurrente
 - Trastorno bipolar
 - Distimia
 - Otros
- Trastorno de ansiedad
 - Trastorno de pánico con o sin agorafobia
 - Agorafobia
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Trastorno mixto ansioso depresivo
 - Trastorno fóbico
 - Otros
- Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
 - Reacción a estrés agudo
 - Trastorno de estrés postraumático
 - Trastorno adaptativo
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastornos Disociativos y Conversivos
- Trastornos Somatomorfos
 - Trastorno de somatización
 - Trastorno hipocondríaco
 - Disfunción vegetativa somatomorfa
 - Trastorno por dolor persistente somatomorfo
 - Otros
- Trastorno bipolar
- Trastorno ansioso-depresivo

- Intentos de autolisis
- TEPT
- Trastornos de la Conducta Alimentaria
 - Bulimia Nerviosa
 - Anorexia Nerviosa
 - Otros
- Adicciones, consumo de tóxicos
 - Consumo perjudicial
 - Dependencia
 - Tóxico.....
- Otros.....

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES:

- Trastornos de personalidad
- Psicosis/esquizofrenia
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno bipolar
- Trastorno ansioso-depresivo
- Trastornos de identidad sexual
- Otros

HISTORIA SEXUAL PASADA (ACONTECIMIENTOS RELEVANTES):**JUEGOS SEXUALES INFANTILES:**

- Con el mismo sexo
- Con el sexo opuesto
- Con ambos sexos
- Sin juegos sexuales

ROL EN LOS JUEGOS SEXUALES:

- Masculino
- Femenino
- Alternancia de ambos

MASTURBACIÓN:

- Ausente
- Esporádica
- Frecuente
- Compulsiva

TÉCNICA DE MASTURBACIÓN:

- Con estimulación directa de genitales
- Sin estimulación directa de genitales

EXPERIENCIAS SEXUALES TRAUMÁTICAS:

- Abuso sexual en la infancia
- Abuso sexual en la adolescencia
- Violación en la vida adulta
- Acoso sexual
- Sexualización temprana

MÉDICOS:

- Estados intersexuales
- Anomalías genéticas
- Malformaciones pre o postnatales
- Enfermedades neurológicas

- Problemas uro-andrológicos
- Problemas ginecológicos
- Alergias
- Otras enfermedades importantes
- ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)
- Consumo de tóxicos

VITALES:

- Problemas familiares
- Problemas laborales
- Problemas económicos
- Problemas de pareja
- Problemas situacionales relevantes (duelos)

SOCIALES:

- Situaciones de desprotección
- Marcha o expulsión de la casa familiar
- Absentismo/abandono de la escuela por problemas de identidad
- Discriminación en su entorno familiar o el de su pareja
- Estancias entre personas únicamente del sexo biológico
- Matrimonios/separaciones/divorcios
- Prostitución
- Problemas laborales por su identidad
- Problemas legales por documentación (DNI, pasaporte, per. conducir)
- Apoyo institucional (minusvalía)

LEGALES:

- No
- Sí, denuncias/juicios/condenas por su identidad
- Sí, denuncias/juicios/condenas por otras causas

VI. HISTORIA FAMILIAR**SITUACIÓN DE LA FAMILIA DE ORIGEN:**

- Padres que continúan conviviendo
- Padres separados en la infancia del/la paciente
- Padres separados en la adolescencia del/la paciente
- Padre fallecido en la infancia del/la paciente
- Padre fallecido en la adolescencia del/la paciente
- Madre fallecida en la infancia del/la paciente
- Madre fallecida en la adolescencia del/la paciente
- Ambos padres fallecidos en infancia/adolescencia
- Madre que convive con nueva pareja
- Padre que convive con nueva pareja
- Convivencia con otra familia
- Situación traumática familiar de otro tipo

EDAD CUANDO SE SEPARAN LOS PADRES:

EDAD FALLECIMIENTO PADRE/MADRE:

NÚMERO DE HERMANOS:

LUGAR ENTRE LOS HERMANOS:

HERMANOS ANTERIORES FALLECIDOS:

- No
- Sí, un hermano
- Sí, una hermana

ABORTOS ANTERIORES:

- No
- Sí, uno (varón)
- Sí, uno (hembra)
- Sí, varios

RELACIÓN PADRE:

- Sana
- Dependiente
- Patológica
- Conflictiva
- Distante

RELACIÓN PADRASTRO:

- Sana
- Dependiente
- Patológica
- Conflictiva
- Distante

RELACIÓN MADRE:

- Sana
- Dependiente
- Patológica
- Conflictiva
- Distante

RELACIÓN MADRASTRA:

- Sana
- Dependiente
- Patológica
- Conflictiva
- Distante

VII. EDUCACIÓN Y HÁBITOS SEXUALES

EDUCACIÓN SEXUAL: Buena Suficiente
 Deficiente Muy deficiente

ACTITUDES SEXUALES: Abierta Moderadamente abierta
 Tradicional Tabuizada

RELACIONES SEXUALES: Con pareja cerrada (exclusiva)
 Con pareja abierta (no exclusiva)
 Parejas esporádicas
 No tiene pareja

FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES:

- Diaria 2-3/mes
- 4-5/sem. 1/mes
- 2-3/sem. Esporádicas
- 1/sem. Ninguna

TIPO DE RELACIONES:

- Sin penetración
- Con penetración anal de mi pareja a mi
- Con penetración anal a mi pareja
- Con penetración vaginal a mi pareja
- Con penetración vaginal de mi pareja a mi

JUEGOS SEXUALES (MINUTOS):**DURACIÓN RELACIÓN COITAL (MINUTOS):**

INICIATIVA: El Ella Los dos Ninguno

ACTIVIDAD/PASIVIDAD:

PROPIA: Activo/a Pasivo/a Ni activo/a ni pasivo/a
PAREJA: Activo/a Pasivo/a Ni activo/a ni pasivo/a.

INTERVENCIÓN DE LOS GENITALES DEL PACIENTE EN LA RELACIÓN:

- Los genitales intervienen activamente
 Los genitales no intervienen

MASTURBACIÓN ACTUAL O PASADA:

- FRECUENCIA:** Diaria 2-3/mes
 4-5/sem. 1/mes
 2-3/sem. Esporádicas
 1/sem. Ninguna

DURACIÓN (MINUTOS):

- ESTÍMULOS:** Sin estímulo
 Con fantasías
 Con revistas/películas...

- ROLES:** Rol femenino
 Rol masculino
 Alternancia de roles

- **IMAGEN CORPORAL**

INTERFERENCIA EN LAS RELACIONES: Si No

CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS:

- Aceptación
 Ni aceptación ni rechazo
 Rechazo

PECHO:

- Aceptación
 Ni aceptación ni rechazo
 Rechazo

GENITALES:

- Aceptación
 Ni aceptación ni rechazo
 Rechazo

ACTITUD DE LA PAREJA:

- Aceptación
 Ni aceptación ni rechazo
 Rechazo
 Rechazo de algunas zonas (pechos, genitales, etc)

- **RESPUESTA SEXUAL**

DESEO SEXUAL:

DESEO ACTUAL: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FANTASÍAS SEXUALES: Si No

ROL EN LAS FANTASÍAS: Masculino Femenino

PRESENCIA DE GENITALES EN LAS FANTASÍAS:

- Masculinos Femeninos

SUEÑOS ERÓTICOS: Si No

ROL EN LOS SUEÑOS: Masculino Femenino

PRESENCIA DE GENITALES EN LOS SUEÑOS:

- Masculinos Femeninos

GRADO DE ATRACCIÓN FÍSICA POR LA PAREJA:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GRADO DE ATRACCIÓN DE LA PAREJA POR UNO/A:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PROBLEMAS DE DESEO:

- Ausente
- Inhibido
- Evitación
- Fobia
- Hipersexualidad

EFECTOS DEL TRATAMIENTO HORMONAL SOBRE EL DESEO:

- Aumenta
- Disminuye
- Permanece igual
- Desaparece

ORIENTACIÓN DEL DESEO:

GRADO DE ACEPTACIÓN:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DISCRIMINACIÓN PERCIBIDA:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• **EXCITACIÓN SEXUAL**

GRADO DE EXCITACIÓN EN JUEGOS SEXUALES:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GRADO DE EXCITACIÓN EN EL COITO:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GRADO DE ERECCIÓN/LUBRICACIÓN/EXCITACIÓN:

MATUTINA

- Ausente
- Débil
- Media
- Fuerte

NOCTURNA

- Ausente
- Débil
- Media
- Fuerte

ESPONTÁNEA

- Ausente
- Débil
- Media
- Fuerte

MASTURBACIÓN

- Ausente
- Débil
- Media
- Fuerte

ESTÍMULO VISUAL ERÓTICO

- Ausente
- Débil
- Media
- Fuerte

FANTASÍAS SEXUALES

- Ausente
- Débil
- Media
- Fuerte

SUEÑOS ERÓTICOS

- Ausente
- Débil
- Media
- Fuerte

• **EFFECTOS DE LA TERAPIA HORMONAL SOBRE LA EXCITACIÓN Y LOS ÓRGANOS IMPLICADOS:**

PENE: Aumenta Disminuye No varía

TESTÍCULOS: Aumentan Disminuyen No varían

CLÍTORIS: Aumenta Disminuye No varía

VAGINA: Aumenta Disminuye No varía

PECHO Aumenta Disminuye No varía

ERECCIÓN Aumenta Disminuye No varía

LUBRICACIÓN Aumenta Disminuye No varía

FANTASÍAS/SUEÑOS ERÓTICOS Aumentan Disminuyen No varían

• **ORGASMO/EYACULACIÓN:**

ORGASMO ANTES DE COMENZAR EL PROCESO:

MUJERES TRANSEXUALES:

- Con eyaculación
- Sin eyaculación
- Por coito anal

HOMBRES TRANSEXUALES:

- Vaginal
- Por estimulación del clítoris
- De ambas formas

PROBLEMAS DE EYACULACIÓN:

- Normal
- Precoz antes del coito
- Precoz en el coito
- Retardada
- Ausente
- Retrógrada
- Babeante
- Sin orgasmo
- Orgasmo doloroso
- Hemoespermia
- Pioespermia

PROBLEMAS DE ORGASMO:

- Precoz
- Ausencia de orgasmo
- Retardado
- Orgasmo doloroso

EFFECTOS DE LA TERAPIA HORMONAL SOBRE EL ORGASMO:

- Retrasado
- Ausente
- No tiene efecto

EFFECTOS DE LA TERAPIA HORMONAL EN LA EYACULACIÓN:

- Desaparece la eyaculación
- Se produce pero está disminuida
- Permanece igual

SATISFACCIÓN CON EL ORGASMO ACTUAL:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

RELEVANCIA DEL ORGASMO EN LA RELACIÓN SEXUAL

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OTROS PROBLEMAS EN LA RELACIÓN SEXUAL:

- Falta de afectividad
- Pauta de relación muy rápida
- Relación dolorosa

DOLOR EN LA RELACIÓN

- Vaginismo
- Dispareunia vagina/genitales internos
- Dispareunia en pene o testículos

PROBLEMAS SEXUALES DE LA PAREJA

- Problemas de deseo
- Problemas de excitación
- Problemas de orgasmo
- Problemas de dolor en las relaciones
- Otros

HÁBITOS DE MICCIÓN: De pie Sentado/a

DESEOS DE PATERNIDAD/MATERNIDAD:**a. MUJER TRANSEXUAL**

- IA con semen propio previamente congelado si la pareja es mujer
- FIV con semen propio previamente congelado si la pareja es mujer
- Oocito de donante + madre subrogada si la pareja es un varón
- Adopción
- Hijos de relaciones previas de ella o su pareja

b. HOMBRE TRANSEXUAL

- IA con semen de donante si su pareja es una mujer
- FIV con semen de donante si su pareja es una mujer
- Oocitos propios fecundados por donante e implantados en su pareja si es mujer
- Fecundación propia si su pareja es varón o mujer transexual
- Adopción
- Hijos de relaciones previas de el o su pareja

VIII. EXPLORACIÓN FÍSICA ANDROLÓGICA/GINECOLÓGICA/ENDOCRINOLÓGICA**IX. JUICIO DIAGNÓSTICO:****X. ORIENTACIÓN PRONÓSTICA:****XI. ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA:**

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PSICOLÓGICA: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| LOGOPÉDICA: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| PSICOFARMACOLÓGICA: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| HORMONAL: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| QUIRÚRGICA: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

XII. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:**• SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO:**

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| ESTABILIDAD PSICOLÓGICA: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| RELACIÓN DE PAREJA: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| CONTACTO CON LA FAMILIA: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| SATISFACCIÓN SEXUAL: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| DESEO: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| EXCITACIÓN: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

DOLOR: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ORGASMO: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CONOCIMIENTO DE LA PAREJA DE SU TRANSEXUALIDAD:

Lo sabe Lo sospecha No lo sabe

DEPRESIÓN: SI NO

INTENTOS DE SUICIDIO:

No SI, una vez SI, más de una vez

• **SEGUIMIENTO MÉDICO:**

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

VALORACIÓN RESULTADO QUIRÚRGICO (pecho)

MÉDICO

ESTÉTICO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FUNCIONAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PACIENTE

ESTÉTICO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FUNCIONAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PAREJA DEL PACIENTE

ESTÉTICO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FUNCIONAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VALORACIÓN RESULTADO QUIRÚRGICO (genitales)

MÉDICO

ESTÉTICO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FUNCIONAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PACIENTE

ESTÉTICO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FUNCIONAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PAREJA DEL PACIENTE

ESTÉTICO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FUNCIONAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CIRUGÍA CORRECTIVA TRAS:

VAGINOPLASTIA Si No Tipo:

FALOPLASTIA Si No Tipo:

MAMOPLASTIA Si No Tipo:

MASTECTOMÍA Si No Tipo:

INCONTINENCIA URINARIA Si No

FUNCIONALIDAD GENITALES:

NEOVAGINA:

PROFUNDIDAD VAGINAL (cms):

ANCHURA VAGINAL (cms):

DILATACIÓN (cms):

PLACER: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CLÍTORIS:

ERECCIÓN SI No
PLACER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FALO:

MICCIÓN SI NO
ERECCIÓN SI NO
PLACER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SEGUIMIENTO SOCIOLABORAL:

INTEGRACIÓN FAMILIAR: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
INTEGRACIÓN SOCIAL: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
INTEGRACIÓN LABORAL: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SEGUIMIENTO LEGAL:

REASIGNACIÓN LEGAL EN EL REGISTRO CIVIL: SI NO

XIII. ALTA

ANEXO IV. DATOS GENERALES (UAT)

SERVICIO CANARIO DE LA SALUD
UNIDAD DE ATENCIÓN A TRANSEXUALES

Fecha: ___/___/___ Hoja nº

MUJER TRANSEXUAL
VARÓN TRANSEXUAL
 Primario Secundario

APELLIDOS:
NOMBRE:

Inicio:

Nº Hª Clínica: Fecha de nacimiento:

Estado civil: Pareja actual: sí no

Años de convivencia: ... Número de hijos:

Soltero/a

Vive con: Esposo/a

Casado/a

Familia origen

Separado/a Divorciado/a

Pareja estable

Unión estable

Sólo/a

Viudo/a

Amigos

Nivel de Estudios

Profesión:.....

Sin estudios

S. L.

Estudios primarios

Estudiante

E.S.O. / Graduado escolar

Obrero sin cualificar

Bachiller/COU

Obrero cualificado

F.P. / Ciclos

Técnico

Universitarios

Universitario

Trabajo: sí no

Trabajador sexual

Zona de residencia: Urbana Rural

Lugar de procedencia:.....

Consultas anteriores:**Motivo de consulta:**

Psicología/Psiquiatría Endocrinología

Esclarecer su identidad

Urología Ginecología

Recibir apoyo psicológico

Cirugía plástica Atención Primaria

Iniciar tratamiento hormonal

Control tratamiento hormonal

Otras.....

Reasignación sexual quirúrgica

Otros motivos

Por qué consulta ahora:**Ruta de derivación:**

Hasta ahora no ha sabido dónde dirigirse

Urología Atención primaria

Ahora tiene claros sus objetivos de cambio

Psicosexología Salud Mental

Esta teniendo problemas con las hormonas

Endocrinología Ginecología

Presión (familiar, social, pareja)

Iniciativa propia

Necesita apoyo (médico, psicológico, social)

Por quién lo hace:

Por él/ella

Por la familia

Por la pareja

Por presión social

Sexo biológico, identidad, rol y orientación sexual

Sexo biológico: Varón Mujer

Estados intersexuales

Identidad sexual: Varón Mujer

Identidad episódica

Rol sexual: Masculino Femenino

Andrógino

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual

Bisexual Asexual

Tratamiento psicoterapéutico

Tratamiento psicoterapéutico previo: sí no

Tratamiento psicoterapéutico actual: sí no

Experiencia de la vida real: sí no desde cuando:.....

JUICIO DIAGNÓSTICO:.....

SE REMITE PARA VALORAR INICIO TRATAMIENTO

ANEXO V. CONSULTA INICIO TRATAMIENTO (1ª VISITA)

SERVICIO CANARIO DE LA SALUD
UNIDAD DE ATENCIÓN A TRANSEXUALES

Fecha: ___/___/___ Hoja nº

MUJER TRANSEXUAL
VARÓN TRANSEXUAL
 Primario Secundario
Inicio:

APELLIDOS:
NOMBRE:
Nº Hª Clínica:
Fecha de nacimiento:

I. ANTECEDENTES PERSONALES:

Antecedentes médicos:

- Alergias medicamentosas: NO SI ¿A qué?
- Hipertensión arterial. Hepatopatía.
- Diabetes Mellitus. Neuropatía.
- Obesidad. Enfermedades neurológicas.
- Dislipemia. Problemas uro-andrológicos
- Cardiopatía isquémica. Problemas ginecológicos.
- Accidente cerebrovascular. ITS (Infecciones Transmisión Sexual)
- Insuficiencia arterial periférica. Anomalías genéticas.
- Insuficiencia venosa en MMII. Malformaciones pre / postnatales.
- Trombosis venosa profunda. Estados intersexuales.
- Tromboembolismo pulmonar.

Hábitos tóxicos:

Tabaco: Alcohol: Otras drogas:

Antecedentes psicológicos:

Antecedentes quirúrgicos:

- Cirugía de reasignación: SI NO ¿Cual?
- Mamoplastia de ampliación
- Mastectomía bilateral
- Cricoplastias
- Otros:.....

Antecedentes de terapia previa con hormonas sexuales: SI NO

Desde cuando (meses):	Control médico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Esporádico		
	TRATAMIENTO	DOSIS	TIEMPO
<input type="checkbox"/> Estrógenos.	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Antiandrógenos.	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Análogos LHRH.	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Andrógenos.	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Progestágenos.	.....	.....	.....

II. ANTECEDENTES FAMILIARES:

.....
.....

III. SITUACIÓN ACTUAL:

1. Tratamiento hormonal actual: SI NO

	TRATAMIENTO	DOSIS	TIEMPO
<input type="checkbox"/> Estrógenos.	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Antiandrógenos.	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Análogos LHRH.	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Andrógenos.	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Progestágenos.	.....	.....	.....

2. Aceptación del tratamiento: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Satisfacción con los cambios:

- Propia 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Pareja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Efectos farmacológicos:**Psicológicos**

- Mucho mejor estado de ánimo
- Mejor estado de ánimo
- El estado de ánimo no varía
- Inestabilidad emocional
- Gran inestabilidad emocional

Sexuales

- No hay cambios
- Más deseo sexual
- Menos deseo sexual
- Mayor excitación
- Menor excitación

Somáticos

- Muy intensos
- Intensos
- Normales
- Poco intensos
- Muy poco intensos

Hábitos sexuales

Frecuencia de relaciones sexuales: Diaria 4-5/sem. 2-3/sem. 1/sem. 1/mes 2-3/mes
 Esporádicas Ninguna Otras.....

Tipo de relaciones: Sin penetración Con penetración Con intento de penetración

Masturbación: Frecuencia:..... Duración:.....

Estímulos:.....

Imagen corporal

Caracteres sexuales secundarios: Aceptación Ni aceptación ni rechazo Rechazo

Pecho: Aceptación Ni aceptación ni rechazo Rechazo

Genitales: Aceptación Ni aceptación ni rechazo Rechazo

Hábitos de micción: De pie Sentado/a

OTROS TRATAMIENTOS:

.....

SINTOMATOLOGÍA:

.....

IV. EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Abdomen.....
- Genitales.....
- Próstata.....
- Mamas.....
- Fenotipo.....
- Piel (acné, hirsutismo,...).....
- Tiroides:..... Cabeza y cuello:
- Tórax: AC:..... AP:.....
- Extremidades:
- Otros

TA:/.....mmHg Fc:l.p.m.

Somatometría: Talla:cm; Peso: Kg; IMC:
 Perímetro cintura: cm; Perímetro cadera:cm.
 C.cintura/cadera: Mama dx:..... cm; Mama sn:cm.

Composición corporal por impedanciometría: M-F:.....% Kg.
 F-M:.....% Kg.

V. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (si hay realizados)

Hemograma:

Bioquímica:

Coagulación

Estudio hormonal basal:

Cariotipo:

HIV:

Marcadores de hepatitis B y C:

VDRL:

Ecografía abdomino pélvico:

Mamografía:

Citología:

COMENTARIOS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Juicio diagnóstico:.....

PLAN DE TRATAMIENTO:

.....
.....
.....
.....

- Hemograma Bioquímica Coagulación Perfil hormonal *
- Cariotipo Mamografía Ecografía Citología
- Serología: Hep B Hep C HIV VDRL Otros:.....

* Perfil hormonal incluye: TSH , T3, T4, FSH, LH, PrH, Testosterona total, Testosterona libre, estradiol, SVG, cortisol basal, esteroides adrenales.

Próxima visita:

ANEXO VI. CONSULTA SEGUIMIENTO TRATAMIENTO

SERVICIO CANARIO DE LA SALUD
UNIDAD DE ATENCIÓN A TRANSEXUALES

Fecha: ___/___/___ Hoja nº

MUJER TRANSEXUAL
VARÓN TRANSEXUAL
 Primario Secundario
Inicio:

APELLIDOS:
NOMBRE:
Nº Hª Clínica:
Fecha de nacimiento:.....

SEGUIMIENTO**TRATAMIENTO HORMONAL ACTUAL:**

	TRATAMIENTO	DOSIS	TIEMPO
<input type="checkbox"/> Estrógenos.
<input type="checkbox"/> Antiandrógenos.
<input type="checkbox"/> Análogos LHRH.
<input type="checkbox"/> Andrógenos.
<input type="checkbox"/> Progestágenos.

ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SATISFACCIÓN CON LOS CAMBIOS:

- PROPIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- PAREJA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EFFECTOS FARMACOLÓGICOS: Si No

.....

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA: / mmHg FC: l.p.m.

Somatometría: Talla: cm; Peso: Kg; IMC:
Perímetro cintura: cm.; Perímetro cadera:cm.
C.cintura/cadera:cm.; Mama dx: cm; Mama sn:cm.

Composición corporal por impedanciometría: M-F:% Kg.
F-M:% Kg.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Hemograma:

Bioquímica:

Coagulación:

Perfil hormonal:

TSH *: FSH: Testosterona total:
T3*: LH: Testosterona libre: estradiol:
T4*: PrH: SHBG:

- **Serología HIV:
- **Marcadores de hepatitis B y C:
- **VRDL:
- **Ecografía abdomino pélvico:
- **Mamografía:
- **Citología:
- **Densitometría ósea:
- Otros:

* Solo en visita inicial (salvo indicación clínica específica)
 **Según indicaciones clínicas específicas

COMENTARIOS:

.....

.....

.....

.....

.....

PLAN DE TRATAMIENTO:

.....

.....

.....

.....

- Hemograma Bioquímica Coagulación Perfil hormonal
- Mamografía Ecografía Citología

Serología: Hep B Hep C HIV VDRL Otros:.....

Próxima visita:.....

ANEXO VII.

Ejemplos de entrevista con un menor con posible disforia de género:

Sugerencia para atención primaria

1. ¿Cuál es tu juguete preferido?
2. ¿A que te gusta jugar cuando juegas tu sólo/sola?
3. Cuando juegas con otros niños/as ¿qué juego es el que te gusta más?
4. Cuando te miras en el espejo ¿hay algo de ti mismo/a que no te guste? (sugerir: de tu cara?, de tus pies?, de tus orejas?, de tu sexo?)
5. Si pudieras cambiar cosas alrededor tuyo ¿qué cambiarías?
6. ¿Qué crees que es mejor ser niño o niña (o al revés) ¿por qué?
7. Si pudieses volver a nacer ¿cómo te gustaría ser?. Dejar respuesta abierta o ayudar: (alto?, bajo?, rubio?, moreno?, cambiar color de ojos?.... niño o niña?)
8. ¿Sueñas alguna vez? ¿Te gusta soñar? ¿Cuál es el sueño que más te ha gustado? ¿Eras el protagonista? ¿Qué hacías?. Si el niño/a llega a verbalizar el querer ser de otro sexo, entonces preguntar ¿por qué? ¿cuando?...

Modelo de Peggy T. Cohen-Kettenis y Friedemann Pfäfflin ¹²

1. ¿Quiénes son tus mejores amigos?
2. ¿A que juegas habitualmente con tus amigos/as?
3. ¿Cuáles son tus juegos favoritos?
4. ¿Cuáles son tus juguetes favoritos?
5. ¿Tienes aficiones? ¿Cuáles?
6. ¿Cuáles son tus películas, libros, programas de televisión, dibujos animados favoritos?
7. ¿Te gusta jugar? ¿Quiénes son tus compañeros de juego favoritos?
8. ¿Te gusta jugar a “papás y mamás” (jugar a las casitas)? ¿Cuál es tu papel en este juego? Cuéntame qué es lo divertido de ese papel.
9. ¿Te gusta disfrazarte? ¿Cuál es tu disfraz favorito? Si no fuera así ¿Habitualmente que ropa te pones en carnavales o en fiestas de disfraces?
10. ¿Existen algunas personas a las que admiras mucho?
11. Cuando seas mayor (crezcas) ¿te gustaría ser como ellas? Puedes decirme ¿qué es lo que te gusta de ellas?
12. ¿Qué es lo que quieres ser cuando seas mayor (crezcas)? ¿en qué te gustaría trabajar? (¿que profesión te gustaría tener?)
13. Cuando seas mayor (crezcas) ¿te gustaría casarte? ¿tienes idea de quien sería la persona afortunada?
14. ¿Te has enamorado de alguien? ¿podrías decirme algo más de esa persona (el/ella)?
15. ¿Hay alguien enamorado/a de ti?
16. Cuando seas mayor ¿te gustaría tener niños? ¿cuántos? ¿niños o niñas?
17. ¿Te gusta cuidar bebés?
18. Si te miras en el espejo ¿hay partes de ti con las que te sientas feliz?
19. Si te miras en el espejo ¿hay partes de ti que te hacen sentir infeliz (mal)? ¿qué es lo que no te gusta de ellas?

¹² Peggy T Cohen-Kettenis, Friedemann Pfäfflin. Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: Making Choices. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry. Pág. 112, 2003.

20. Si un hada pudiera cambiarte con su varita mágica ¿qué partes de ti te gustaría cambiar?
21. Si su varita mágica pudiera satisfacer/concederte) tu deseo más grande ¿cuál sería?
22. Supón que todavía no hubieras nacido, y un hada te preguntara si te gustaría ser un niño o una niña ¿qué elegirías?

Modelo de Zucker, Bradley, Sullivan, Kuksis, Birkenfeld-Adams y Mitchel

1. ¿Eres un niño o una niña?
2. ¿Eres un/a...(lo opuesto a la respuesta anterior)?
3. Cuando crezcas ¿serás una mamá o un papá?
4. Al crecer ¿podrías ser un/a...(lo opuesto a la respuesta anterior)?
5. Ser un niño ¿tiene cosas buenas?
 1. Si dice que SÍ: Dime algunas de las cosas buenas que tiene ser niño (3 respuestas máximo)
 2. Diga SÍ o No: ¿Hay algunas cosas que no te gusten de ser un niño?
 3. Si responde SÍ: Dime alguna de las cosas que no te gustan de ser niño (3 respuestas máximo)
6. ¿Piensas que es mejor ser un niño o una niña? ¿Por qué?
7. En tu cabeza ¿alguna vez piensas que te gustaría ser una niña?
4. Si responde SÍ: ¿puedes decirme por qué? (3 respuestas máximo)
8. En tu cabeza ¿alguna vez estás confundido y no estás realmente seguro de ser niño o niña?
 5. Si responde SÍ: Dime más sobre eso (Probar hasta estar satisfecho)
9. ¿Te sientes alguna vez más como una niña que como un niño?
6. Si responde SÍ: Dime más sobre eso (Probar hasta estar satisfecho)
10. ¿Sabes lo que son los sueños? Bien ¿cuándo sueñas de noche apareces tu en los sueños?
7. Si responde SÍ: En tus sueños ¿eres un niño o una niña o algunas veces un niño y algunas veces una niña? (Probar a ver el contenido de los sueños)
11. ¿Alguna vez piensas que tú eres realmente una niña? Si responde SÍ: Dime más sobre eso. (Probar hasta estar satisfecho).¹³

¹³ Zucker, K. J., Bradley, S.J., Sullivan, L., Kuksis, M., Birkenfeld-Adams, A. y Mitchel, J.N. : A gender identity interview for children. *Journal of personality assessment*, 61, 443-456, 1993.

ANEXO VIII.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO HORMONAL DE LOS TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO O DISFORIA DE GÉNERO (TRANSEXUALISMO)

Los Trastornos de Identidad de Género, Disforia de Género o Transexualismo, son aquella condición clínica en la que una persona presenta una discrepancia entre su sexo anatómico, y la identidad sexual psíquica y social a la que se siente pertenecer. Aún no se sabe cuál es el origen de esta disociación, pero sí se sabe que no existe un trastorno psicopatológico conocido, cuyo tratamiento sería diferente. El tratamiento consiste en realizar el cambio de los caracteres sexuales que presenta por los del sexo al que se siente pertenecer.

Hay que considerar tres aspectos en dicho tratamiento: 1) el psicológico, para ayudar a la integración de la personalidad en el sexo deseado; 2) el médico, que se realiza mediante la administración de hormonas para modificar los caracteres sexuales secundarios; y 3) el quirúrgico, para realizar modificaciones en los genitales y órganos sexuales y conseguir el mayor parecido y funcionalidad con el sexo deseado.

Usted ha acudido a este Centro Sanitario con el objeto de obtener un tratamiento integral de su situación de transexualidad, para lo cual va a ser atendido en varios servicios médicos y quirúrgicos, para confirmar el diagnóstico de Transexualismo y descartar la existencia de posibles contraindicaciones al tratamiento hormonal, antes de empezarlo.

Estando de acuerdo con este diagnóstico, y de forma libre y voluntaria, usted acude a esta Unidad de Atención a Transexuales (UAT) para que se le prescriba el tratamiento hormonal adecuado que modifique su cuerpo y los caracteres sexuales hacia el sexo opuesto, al que usted se siente pertenecer.

Las modificaciones que se van a producir en su organismo, aparecerán de forma lenta y gradual, sin que se pueda precisar el tiempo necesario para completar el cambio, ni que los resultados finales vayan a coincidir con las expectativas que haya puesto en el tratamiento. Por eso, recibirá las explicaciones necesarias en cada fase del tratamiento. También debe saber que algunos de los cambios que se produzcan serán irreversibles una vez iniciado el tratamiento.

Para realizar dicho tratamiento se van a emplear fármacos, cuyo uso en España se encuentra legalmente autorizado para diversas situaciones clínicas, entre las que no se incluye el transexualismo, ni su uso para el cambio de los caracteres sexuales. Usted debe conocer que la administración de dichos fármacos puede ocasionar efectos secundarios adversos en el organismo de diferentes tipos. Esta información se le explica en un documento anexo.

Estos riesgos pueden ser mayores en algunas circunstancias, por lo que es importante que usted comunique previamente si ha presentado algún tipo de alergia a medicamentos u otras sustancias, las enfermedades que ha padecido en el pasado o que tenga actualmente (especialmente del hígado, cardiovascular, alteraciones en la coagulación), si ha tomado anteriormente dichos fármacos y si tuvo algún síntoma que se pudiera relacionar con ellos.

Una vez finalizada la fase del tratamiento hormonal, se le ofrecerá la posibilidad de realizar un tratamiento quirúrgico para extirpar sus órganos sexuales y posterior reconstrucción para conseguir el mayor parecido y funcionalidad de sus genitales con el sexo de su identidad sexual.

Si después de leer este informe y el documento anexo desea alguna aclaración puede realizar las preguntas que considere necesarias para resolver sus dudas.

Don/Doña.....de.....
años de edad y D.N.I. nº.....con domicilio en
.....Población.....CP.....Provincia.....

DECLARO:

1. Encontrarme en mi total y plena capacidad mental y psíquica para decidir libre y voluntariamente sobre mi condición sexual.
2. Que desde que tengo uso de razón, y a pesar de mi apariencia externa y caracteres sexuales y genitales de....., yo siempre me he considerado un/a.....
3. Conocer que mi condición de transexual necesita de un tratamiento hormonal que me ayudará a resolver la discrepancia que existe entre mi sexo psíquico de..... y el genético de....., que considero no me pertenece, y que este tratamiento es prolongado y siempre previo al tratamiento quirúrgico.
4. Que he leído atentamente este informe y el documento sobre los efectos beneficiosos e indeseables del tratamiento hormonal y que han sido aclaradas mis dudas de forma satisfactoria sobre las hormonas y fármacos utilizados para realizar el cambio de mis caracteres sexuales, por parte del médico responsable.
5. Aceptar de forma libre y voluntaria recibir el tratamiento hormonal necesario para modificar mis caracteres sexuales, así como acudir a los controles médicos que sean necesarios, tanto previos como posteriores al inicio del mismo.
6. Que si cambio de opinión y decido no realizar el cambio de mis caracteres sexuales, podré retirar este consentimiento en cuanto lo desee, informando de dicho cambio de opinión al médico/equipo médico que me atiende.

Y para que así conste, tras haber sido debidamente informado y haber leído y comprendido todo el contenido de este escrito,

DECIDO:

Dar mi consentimiento para que se me prescriba el tratamiento hormonal para realizar el cambio de mis características sexuales actuales por las del sexo al que me siento pertenecer, asumiendo los plazos de tiempo y el riesgo de posibles consecuencias desfavorables que no sean debidas a una conducta profesional negligente.

Firmo del presente dos ejemplares en _____, a _____ de _____ de 20_____

El paciente

El médico

Fdo.:

Fdo.:

Nº colegiado:

**RENUNCIA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO
HORMONAL DE LOS TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO O DISFORIA DE
GÉNERO (TRANSEXUALISMO)**

Don/Doña.....
de.....años de edad y D.N.I. nº.....con domicilio en.....
.....Población.....CP.....Provincia.....
.....

DECLARO:

Que de forma libre y voluntaria, y a partir de la fecha, retiro el consentimiento otorgado previamente para recibir el tratamiento hormonal que iba a producir el cambio de mis caracteres sexuales.

Firmo el presente en....., a.....de.....de.....

El paciente

El médico

Fdo.:

Fdo.:

Nº colegiado

Hoja informativa

TRATAMIENTO HORMONAL PARA LA REASIGNACIÓN DE HOMBRE A MUJER

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

Hoja informativa

TRATAMIENTO HORMONAL PARA LA REASIGNACIÓN DE MUJER A HOMBRE

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 tener 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 nuestra Unidad recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga, y se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto.

Hoja informativa

TRATAMIENTO HORMONAL PARA SUPRIMIR LA PUBERTAD MASCULINA

Se te va a administrar un tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas para suprimir el desarrollo de la pubertad masculina que ya has iniciado, es decir, para evitar el crecimiento del pene y los testículos, el desarrollo del escroto, la aparición de vello corporal de características masculinas y los cambios corporales y de la voz típicos del varón.

El efecto de estos fármacos se instaura progresivamente durante las primeras semanas de su uso. Impiden que el organismo produzca las hormonas sexuales (testosterona) que producen la maduración sexual masculina. Sus efectos son **reversibles** una vez suspendido el tratamiento (tendría lugar el desarrollo puberal normal de forma inmediata).

Los efectos que vas a observar son:

1. Se parará la virilización, disminuyendo el vello corporal y facial.
2. Los testículos disminuirán de volumen.
3. La fertilidad disminuirá al descender la producción de semen. Puede ser reversible al suspender el tratamiento.
4. El crecimiento se hará más lento.

Estos fármacos están contraindicados si existe hipersensibilidad previamente conocida a ellos. Con escasa frecuencia se producen efectos adversos que raramente obligan a suspender el tratamiento: molestias digestivas (nauseas, vómitos, diarrea), pérdida de apetito, vértigos, dolor de cabeza, dolor articular generalizado, palpitaciones o nerviosismo.

Cuando el Equipo especializado de la Unidad lo considere oportuno, y nunca antes de los 16 años, se iniciará también el tratamiento de forma gradual con hormonas femeninas (estrógenos) para conseguir el desarrollo puberal del sexo femenino.

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

Hoja informativa

TRATAMIENTO HORMONAL PARA SUPRIMIR LA PUBERTAD FEMENINA

Se te va a administrar un tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas para suprimir el desarrollo de la pubertad femenina que ya has iniciado, es decir, para evitar el crecimiento de las mamas, la menstruación y los cambios corporales típicos de la mujer.

El efecto de estos fármacos se instaura progresivamente durante las primeras semanas de su uso. Impiden que el organismo produzca las hormonas sexuales (estrógenos) que producen la maduración sexual femenina. Sus efectos son **reversibles** una vez suspendido el tratamiento (tendría lugar el desarrollo puberal normal de forma inmediata).

Los efectos que vas a observar son:

1. Se parará la feminización, disminuyendo el tamaño de las mamas.
2. No aparecerán o se interrumpirán las menstruaciones.
3. El crecimiento se hará más lento.
4. Mientras dure el tratamiento se produce infertilidad

Con escasa frecuencia se producen efectos adversos que raramente obligan a suspender el tratamiento. Si ya se tenían menstruaciones pueden aparecer transitoriamente síntomas semejantes a los de la menopausia (sofocos, sudoración, sequedad vaginal...). Raramente se presentan molestias digestivas (nauseas, vómitos, diarrea), pérdida de apetito, vértigos, dolor de cabeza, dolor articular generalizado, palpitaciones o nerviosismo.

Estos fármacos están contraindicados en caso de embarazo o lactancia, o si existe hipersensibilidad previamente conocida a ellos.

Cuando el Equipo especializado de la Unidad lo considere oportuno, y nunca antes de los 16 años, se iniciará también el tratamiento de forma gradual con hormonas masculinas (andrógenos) para conseguir el desarrollo puberal del sexo masculino.

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