



6

Objeto y
ámbitos de actuación

ÁMBITO SANITARIO

6.1. ETIOLOGÍA, INCIDENCIA Y PREVALENCIA

6.1.1. ETIOLOGÍA

La etiología de la transexualidad ha sido una materia en continuo debate y hay acérrimos defensores de diferentes aproximaciones, desde los que buscan causas biológicas o cerebrales, hasta los que sólo atribuyen a este fenómeno causas culturales o sociales. Aunque hay actualmente un consenso general en referencia a que nada concreto se puede decir con total rotundidad, investigaciones más recientes parecen encontrar un origen biológico a las manifestaciones de identidad de género no convencionales⁶. Sin embargo no es motivo del presente documento discernir sobre la naturaleza y el origen de la condición de la transexualidad sino abordar de manera pragmática las diferentes actuaciones que se deben orientar desde el sistema sanitario a la resolución de la problemática inherente desde la perspectiva del propio sistema en la gestión de las personas cuando demandan servicios sanitarios específicos.

6.1.2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

No hay estudios concretos y formales sobre la incidencia y prevalencia de la transexualidad y evidentemente menos aún de los comportamientos de género no convencionales, en general, bien porque no se han llevado a cabo, o bien porque los esfuerzos para lograr estimaciones realistas están cargadas de enormes dificultades⁷. Aunque los estudios de prevalencia existentes establecieron que existía una proporción similar de personas transexuales, es plausible que las diferencias culturales de un país a otro alterarían tanto las expresiones y manifestaciones conductuales de diferentes identidades de género y la medida en que el sexo sentido o percibido - distinto del asignado biológicamente - está presente realmente en una población. Si bien en la mayoría de los países, cruzar el límite de género normativo genera censura moral en lugar de comprensión, hay ejemplos en ciertas culturas de comportamientos no conformes de género (por ejemplo, en los líderes espirituales) que son menos estigmatizadas e incluso veneradas en algunos casos⁸.

Una reciente revisión sistemática y meta-análisis de estudios de prevalencia sobre la transexualidad ha concluido que a lo largo de los últimos 50 años se han realizado diferentes estimaciones de la prevalencia de la transexualidad con amplia variabilidad en las estimaciones debidas o explicadas en parte por la metodología empleada, la clasificación diagnóstica empleada y el año y el país en la que se hicieron los estudios. La prevalencia determinada en el meta-análisis de 12 estudios fue de 4,6 en cada

⁶ Saraswat et al, 2015

⁷ Institute of Medicine, 2011; Zucker y Lawrence, 2009

⁸ Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chinas, 1995; Coleman, Colgan, y Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, y Dumronggittigule, 1997

100.000 individuos, siendo 6,8 en el caso de mujeres transexuales y 2,6 en los hombres transexuales. El análisis temporal de los datos determinó una prevalencia informada crecientemente superior a lo largo del tiempo⁹. Los propios autores indican que aunque en los últimos años se hayan hecho estimaciones más reales de la transexualidad, la mayor parte de ellas siguen adoleciendo de fallas metodológicas y se circunscriben a los estudios de aproximación desde la perspectiva del sistema sanitario y no desde la población general. De hecho, en lo que se refiere a población de entre 2 y 16 años de edad, la asociación Chrysallis Euskal Herria informa que, atendiendo a los menores cuyas familias están en dicha asociación, la tasa de prevalencia de menores en situación de transexualidad es bastante mayor tanto en Euskadi como en Navarra. En el caso de Navarra con los menores de la Asociación que han realizado ya el tránsito, se supera la tasa de 1/10.000.

⁹ Arcelus et al, 2015

6.2. OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son:

OBJETIVO GENERAL

Establecer un marco de actuación integral desde el Sistema Sanitario de Euskadi al manejo de las personas transexuales que requieran de la participación del sistema de salud.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

Establecer las pautas y las recomendaciones de práctica que se van a establecer en los diferentes niveles asistenciales.

Edad pediátrica:

- Elaborar recomendaciones y circuitos para la identificación de casos y su abordaje diferencial
- Elaborar recomendaciones para la evaluación psiquiátrica y psicológica y, en su caso, soporte psico-emocional y/o atención psiquiátrica
- Elaborar recomendaciones para la valoración endocrinológica y, en su caso, el tratamiento hormonal

Edad adulta:

- Elaborar recomendaciones y circuitos para la identificación de casos y su abordaje diferencial
- Elaborar recomendaciones para la evaluación psiquiátrica y psicológica y, en su caso, soporte psico-emocional y/o atención psiquiátrica
- Elaborar recomendaciones para la valoración endocrinológica y, en su caso, el tratamiento hormonal
- Elaborar recomendaciones para la valoración quirúrgica y, en su caso, la intervención quirúrgica

6.3. METODOLOGÍA

6.3.1. DEFINICIÓN DE LAS PREGUNTAS. FORMATO PICO (PACIENTES, INTERVENCIÓN, COMPARACIÓN Y RESULTADOS)

La formulación de las preguntas fue realizada por el grupo clínico con ayuda del coordinador metodológico. Inicialmente se formularon las preguntas en lenguaje genérico para ser transformadas a formato de pregunta PICO, los apartados en los que se dividieron las preguntas correspondieron a los de la estructura del presente documento.

Para pasar de una pregunta clínica genérica a una formulada de forma específica con el método PICO, se deben tener en cuenta los siguientes componentes:

- **Paciente/persona:** grupos de edad, estadio de la enfermedad (en este caso no cabe hablar de enfermedad sino de condición), comorbilidad, etc.
- **Intervención:** técnica, dispositivo, fármaco, procedimiento o forma de actuar, factor pronóstico, agente etiológico, prueba diagnóstica, etc.
- **Comparación:** se refiere a la alternativa a la intervención a estudio, tales como: tratamiento habitual o placebo, ausencia de un factor de riesgo, ausencia de agente etiológico, patrón oro o de referencia de una prueba diagnóstica, etc.
- **Resultados (outcomes):** variables de resultado clínicamente importantes en el caso de estudios sobre eficacia, pronóstico o etiología, y estimadores de rendimiento o validez.

Inicialmente se dividieron según el ámbito de actuación: Atención Primaria o Unidad de Identidad de género (UIG).

A continuación según la edad de la persona transexual: 1) edad adulta y 2) edad pediátrica.

Posteriormente los bloques se dividieron en sub-apartados. Edad pediátrica: a) identificación de casos. Evaluación psicológica y soporte psico-emocional; b) valoración endocrinológica. Intervención hormonal. Edad adulta: a) identificación de casos. Evaluación psicológica y soporte psico-emocional; b) valoración endocrinológica. Intervención hormonal; c) valoración quirúrgica. Intervención quirúrgica.

Las **preguntas** a las que se llegó por parte del grupo de trabajo fueron las siguientes:

ATENCIÓN SANITARIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cuál es el papel de la pediatría de atención primaria?

¿Cuál es el papel de la medicina familiar y comunitaria?

LAS UNIDADES DE IDENTIDAD DE GÉNERO (UIG)

¿Qué son las UIG y para qué sirven?

¿Cómo se realiza la acogida de las personas que acuden a la UIG?

ATENCIÓN SANITARIA EN LA UIG A PERSONAS DE EDAD PEDIÁTRICA

IDENTIFICACIÓN DE CASOS. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y ENDOCRINOLÓGICA

¿Cómo identificamos la condición transexual en personas de edad pediátrica?

¿Es necesario entrevistarse con el niño o la niña en la valoración inicial? ¿Y en el seguimiento?

¿Cómo identificamos, desde un punto de vista psicológico, a las personas en edad pediátrica que pueden beneficiarse de la intervención hormonal?

¿Cómo sería el abordaje, desde el punto de vista psicológico, para comenzar la intervención hormonal en personas en edad pediátrica?

¿Es conveniente hacer transición social en edad pediátrica?

VALORACIÓN ENDOCRINOLÓGICA. INTERVENCIÓN HORMONAL

¿Cuál es el estudio médico que se recomienda realizar antes de iniciar la intervención hormonal en personas de edad pediátrica?

¿En qué situaciones está contraindicada la intervención hormonal?

¿Cuáles son los objetivos de la intervención hormonal?

¿Qué fármacos se utilizan en la intervención hormonal en personas transexuales de edad pediátrica? ¿Son seguros? ¿Su efecto es reversible o irreversible? ¿Qué riesgos/efectos secundarios tienen?

73

ATENCIÓN SANITARIA EN LA UIG A PERSONAS ADULTAS

IDENTIFICACIÓN DE CASOS. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y ENDOCRINOLÓGICA

¿Cómo identificamos la condición transexual en personas adultas?

¿Qué tipo de evaluación psicológica se recomienda?

¿Cómo identificamos, desde un punto de vista psicológico, a las personas que deben ser derivadas a valoración endocrinológica?

¿Cómo identificamos, desde un punto de vista psicológico, a las personas que deben ser derivadas a valoración quirúrgica?

VALORACIÓN ENDOCRINOLÓGICA. INTERVENCIÓN HORMONAL

¿Cuál es el estudio médico que se recomienda realizar antes de iniciar la intervención hormonal?

¿En qué situaciones está contraindicada la intervención hormonal?

¿Cuáles son los objetivos de la intervención hormonal?

¿Cuál es la intervención hormonal más adecuada en el caso de mujeres transexuales?
¿Qué beneficios, riesgos/efectos secundarios tiene?

¿Cuál es la intervención hormonal más adecuada en el caso hombres transexuales?
¿Qué beneficios, riesgos/efectos secundarios tiene?

¿Cuál es el plan de seguimiento recomendado después de iniciar la intervención hormonal?

VALORACIÓN QUIRÚRGICA. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

¿Cuál es el estudio médico que se recomienda realizar antes de iniciar la intervención quirúrgica?

¿En qué situaciones está contraindicada la intervención quirúrgica?

¿Cuáles son los objetivos de la intervención quirúrgica?

¿Cuál es la intervención quirúrgica más adecuada en el caso de mujeres transexuales?
¿Qué beneficios, riesgos/efectos secundarios tiene?

¿Cuál es la intervención quirúrgica más adecuada en el caso de hombres transexuales?
¿Qué beneficios, riesgos/efectos secundarios tiene?

6.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se realizó una búsqueda pragmática de la información que se centró en revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y documentos de consenso con metodología explícita.

Se descartaron documentos de consenso no explícito, revisiones sistemáticas de baja calidad y estudios individuales.

6.3.3. BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

La búsqueda de información se desarrolló en las bases de datos Medline, Embase, National Guidelines ClearingHouse, Cochrane database of Systematic Reviews, CRD (INAHTA, NHS EED y DARE).

6.3.4. LECTURA CRÍTICA

Para realizar la lectura crítica se utilizó la plataforma de Lectura Crítica FLC de Osteba, Departamento de Salud del Gobierno Vasco. <http://www.lecturacritica.com/es/>.

6.3.5. ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones se elaboraron por el grupo con la ayuda del coordinador metodológico siguiendo el método SIGN. Scottish Guidelines Intercollegiate Network. <http://www.sign.ac.uk>

6.4. ATENCIÓN SANITARIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria de salud constituye la puerta de entrada al sistema sanitario público y como tal, está implicada en todos los procesos relacionados con la salud y calidad de vida de las personas. Las figuras del **Pediatra de Atención Primaria y del Médico de Familia son claves** en la atención integral a las personas de su ámbito de influencia. Su posición privilegiada, la accesibilidad y cercanía global en el trato directo desde el nacimiento hasta el fallecimiento facilita la percepción y comunicación de preocupaciones de los afectados y familiares en todas las áreas del desarrollo.

El equipo de atención primaria tiene como objetivo, la atención integral individualizada de la persona en situación de transexualidad o con expresiones de género diversas ante todos/as las demandas asistenciales que se produzcan, relacionadas con su proceso, que no precisen ser valoradas en otros niveles asistenciales, además de encargarse de todas las medidas preventivas que puedan requerirse a lo largo del tiempo destinadas a la mejora de su salud en general.

Es en las visitas concertadas y citas espontáneas que surgen a lo largo del tiempo se forja una **relación de confianza bilateral** entre los profesionales de atención primaria y las personas usuarias, colocando a las figuras del médico y enfermera de atención primaria en una situación estratégica para la detección precoz de las necesidades de salud.

Dado que la transexualidad es un fenómeno cada vez más emergente, el personal de atención primaria debe tener un papel fundamental en la coordinación y continuidad de la asistencia a la persona que presente dicha condición, por lo que será preciso que cuente con los conocimientos y habilidades adecuados para aportar a toda persona que lo solicite, la información necesaria en relación a las cuestiones de identidad de sexo y diversidad de la expresión de género.

Las necesidades de salud ligadas a la transexualidad son dinámicas y cambiantes y todos los profesionales implicados en su atención, en especial los profesionales de AP, deben **ser sensibles a las necesidades cubiertas y a las que quedan por cubrir**, siendo especialmente importante la valoración en cada momento del entorno social, cultural y familiar de cada caso. Es fundamental la **formación y puesta al día** de todos los profesionales en el campo de la diversidad sexual con el fin de lograr una asistencia integral y de calidad que permita un desarrollo personal pleno, independientemente de las condiciones que posean las personas que atendemos.

Recomendación

Se recomienda la formación y puesta al día de los profesionales de la Atención Primaria en el campo de la diversidad sexual, para que puedan ejercer con competencia el papel de coordinación de los agentes sociales, educativos y sanitarios especializados que intervienen en la atención a las personas transexuales, así como el acompañamiento y soporte de éstas a lo largo del tiempo.

6.4.1. PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cuál es el papel de la pediatría de atención primaria?

Los Programas de Salud Infantil (PSI) tienen como objetivo la supervisión y promoción de la salud de los y las menores de 14 años mediante actividades que incluyen la educación sanitaria, la realización de labores preventivas, el cribado y detección precoz de ciertas enfermedades y el fomento del auto-cuidado y autonomía.

El o la Pediatra de Atención Primaria (PAP) se encuentra en una situación crucial en la detección de un o una menor en situación de transexualidad, siendo a menudo su primer punto de contacto con los servicios sanitarios. Es por ello fundamental que el o la PAP disponga de los conocimientos básicos sobre cómo es el desarrollo la identidad sexual del ser humano.

La identidad sólo puede ser reconocida y expresada por la propia persona cuando se logra un determinado desarrollo psico-cognitivo, momento que variara de forma individualizada. Habitualmente, a partir de los 2-3 años, con la adquisición del lenguaje un/una menor comienza a referirse a sí mismo como un niño (“soy un niño”) o como una niña (“soy una niña”). Estas expresiones serán cada vez más evidentes y se mantendrán en el tiempo en un sentido si dejamos que se expresen sin condicionamientos externos.

En el o la menor transexual el síntoma “core” es el sentimiento de pertenencia a un sexo que no se corresponde con el que le fue asignado al nacer en base a sus genitales externos. Este fenómeno, per-sé, no es un estado patológico, sino un hecho de la diversidad sexual que va a requerir una atención integral social, educativa y en la mayoría de las ocasiones, aun no siendo una enfermedad, también sanitaria.

En estos casos el papel de el/la PAP es transmitir a las familias que lo realmente importante no es decidir de forma inminente “qué sexo tiene”, sino escuchar al niño o niña su identidad sentida, respetarle y hacer que se sienta aceptado y querido y así permitir el libre desarrollo de una personalidad plena, evitando sentimientos de rechazo, ansiedad o aislamiento.

La labor inicial del PAP es diferenciar al o a la menor en probable situación de transexualidad de los llamados comportamientos de género no normativos o roles no normativos, es decir, comportamientos que se asocian culturalmente a ser niño o niña, hombre o mujer. Por ejemplo: niños que prefieren jugar con muñecas, vestirse de princesa; niñas que juegan a peleas, a fútbol...

La actitud recomendada será la de observar, ya que la aparición de un comportamiento de género no normativo, no asociado en el tiempo a un sentimiento de discrepancia entre el sexo sentido y el asignado al nacer, no debe interpretarse como un signo de sospecha de menor en situación de transexualidad y así se les debe explicar a sus progenitores facilitándoles información y apoyo si fuera necesario.

Es recomendable una correcta discriminación inicial de niños o niñas en situación de transexualidad de niños o niñas con otro tipo de sintomatología, sobre todo de los,

mucho más frecuentes, comportamientos de género no normativos, pero también de otros procesos que van a requerir Atención Especializada en la Unidad de Identidad de Género. La mejor garantía para una buena praxis es escuchar el relato de la niña o del niño, en su libre expresión de lo que va experimentando y sintiendo en relación a su propia identidad sexual.

El PAP puede ser testigo de hechos que le ayuden a intuir que se encuentra ante la posibilidad de un niño o una niña en situación de transexualidad. Todos ellos son datos que podrían aparecer y que deben poner sobre aviso al PAP y valorar en cada caso su derivación a la Unidad de Identidad de Género de referencia (UIG Hospital de Cruces). Algunas características frecuentes son:

- Que el/la menor se refiera a él o ella misma en un sentido claro y sostenido como un niño o una niña: “soy un niño”, “soy una niña” en un sentido discrepante al sexo que le fue asignado al nacer.
- Que pida a los demás que se dirijan a él o ella en femenino o masculino en un sentido discrepante al sexo que le fue asignado al nacer.
- Que tenga pensado un nombre correspondiente al sexo sentido.
- Que muestre malestar en relación a sus genitales.
- Que más adelante, sobre todo con el inicio de la pubertad, aparezcan o se incrementen síntomas de malestar, ansiedad y tristeza en relación con los cambios que acontecen en su cuerpo con la aparición de los primeros signos de desarrollo sexual secundario.
- Que durante la adolescencia, periodo que puede ser compartido con los médicos de familia de atención primaria (MAP), existan datos que orienten de un riesgo mayor de depresión, incluso ideación suicida. El ambiente familiar y social en el que se halle inmerso influye de una manera fundamental así como las dificultades para auto-encontrarse y auto-aceptarse. Todo ello hace referencia a la gravedad del componente de malestar que acompañe en este caso a la condición pura de transexualidad.

Se aconseja remitir a la UIG en los siguientes supuestos:

- Niños prepuberales o puberales cuya identidad sexual no coincide con la que se les asignó al nacer y muestren, bien por parte del o la menor o de su familia, el deseo de una valoración especializada. Fundamentalmente si coexisten síntomas añadidos de ansiedad, depresión, ideas autolíticas, conflictos en la relación con pares (bullying) o con los padres.
- Niños peri-puberales que no hayan precisado previamente una valoración en la UIG debido a la ausencia de malestar y evidencia de una adecuada aceptación familiar y social, que solicitan consulta con la UIG, con el fin de se valore la oportuna indicación de tratamientos médicos.

- Padres de niños o adolescentes que muestren incompreensión, rechazo y/o malestar con los comportamientos de género no normativos de su hijo o hija a pesar de una correcta intervención del o la PAP.

Recomendación

Se recomienda a los pediatras de atención primaria derivar a Unidad de Identidad de Género a los menores cuya identidad sexual no coincide con el sexo asignado al nacer, fundamentalmente si coexisten síntomas añadidos de ansiedad, depresión, ideas autolíticas, conflictos en la relación con pares (bullying) o con los padres.

De todas formas, antes de la pubertad, el trabajo a realizar con niñas y niños en situación de transexualidad debe tener su centro de gravedad en la Atención Primaria, porque en principio en estas edades no se requiere intervención sanitaria especializada, sino más bien acompañamiento, especialmente a sus padres, ayudándoles a comprender la realidad de sus hijos o hijas. No obstante, conviene informar y mantener un vínculo, aunque sea no presencial, con el o la endocrino infantil de la UIG, para ir planificando con tiempo las posibles intervenciones médicas necesarias.

Una vez ante el caso de un niño o niña transexual, el PAP puede adoptar una serie de medidas y cuidados concretos que serán acordadas mutuamente con anterioridad. Así es importante dirigirse a él o ella por su identidad sentida, acordar un nombre para hacerlo si él o ella así lo desea, cuidar el lenguaje y las exploraciones físicas necesarias, asegurando un entorno seguro e íntimo tanto en las consultas espontáneas como en los controles de salud.

La información que se desee transmitir se dará a padre y madre a la vez, siempre que así sea posible, en un lugar que garantice la privacidad y asegurando disponer del tiempo necesario para la atención de cada caso. Se cuidará al máximo el lenguaje a utilizar procurando que sea claro, respetuoso, comprensible y adecuado a la situación emocional y cultural de la familia garantizando la máxima receptividad y comprensión de los progenitores.

Al mismo tiempo es importante para el/la PAP conocer y ofrecer información de los recursos disponibles en la Atención especializada así como a nivel social, de asociaciones de apoyo a familiares, que permitan a la familia que así lo desee compartir reflexiones y estrategias, y de las posibilidades dentro del entorno educativo que faciliten la normalización del proceso (Berdindu).

El PAP, siempre que sea posible y previo consentimiento del niño o la niña y de su familia, debe establecer una comunicación regular y bidireccional con la escuela, siendo tal vez necesarias reuniones presenciales con tutores y orientadores, en las que se amplíe el conocimiento de las posibles dificultades percibidas y también con los Servicios Sociales de zona con el objetivo único de proporcionar los cuidados necesarios para el desarrollo pleno de la persona transexual, optimizar su tránsito psicológico y promover su aceptación social.

Por otra parte cuando por edad, al cumplir 14 años, se vaya a realizar el paso a medicina de familia, también previo consentimiento, el PAP informará al MAP que corresponda de la situación personal y familiar de el/la menor, transmitiendo en lo posible las preferencias, necesidades y circunstancias individuales, favoreciendo así la atención integral y el entrenamiento necesario para promover el conocimiento, comprensión y cuidado de la persona en situación de transexualidad.

El acompañamiento será la piedra angular durante las primeras fases de la atención a los y las menores en situación de transexualidad y a sus familias. Los responsables de la crianza no son los causantes de la identidad sexual de la persona, sin embargo sentimientos de culpa, obstinación, prejuicio y temor pueden impedir que ésta se exprese de una forma natural. De ahí la gran importancia de, entre otros, los y las pediatras en el papel de apoyo y acompañamiento empático durante todo el proceso de aceptación de la condición de transexualidad.

Recomendación

Los y las pediatras de Atención Primaria tienen un papel crucial en la detección de niños o niñas en situación de transexualidad, así como en el acompañamiento y ayuda a los padres para comprender la realidad de sus hijos e hijas, especialmente antes de que alcancen la pubertad.

6.4.2. MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

¿Cuál es el papel de la medicina familiar y comunitaria?

El colectivo de **adolescentes**, usuarios de nuestras consultas, será el comprendido entre los 14 y 21 años, aunque se hable de etapa preadolescente o puberal a la comprendida entre los 10 y los 15 años, momento en el que se produce el despertar hormonal y donde se producirán grandes cambios de apariencia física (caracteres sexuales secundarios) y afectivo-conductuales que marcan su evolución futura.

Dichos cambios producen en el o la adolescente extrañeza de sí mismo, no reconociendo su cuerpo que sienten ajeno, pudiendo rechazarlo si no se identifican con él. Sus ideas y valores cambian producto de la inmadurez e inestabilidad emocional que caracteriza esta etapa. Es por lo que, la adolescencia, es un momento decisivo donde son frecuentes las crisis de identidad. El adolescente es un sujeto en desarrollo inmerso en un universo cambiante e inestable, por lo que será necesario discernir con un criterio lo más objetivo posible que es lo que demanda exactamente y si lo que demanda tiene que ver con su identidad sexual o más bien con el proceso de reafirmación de su personalidad propio de la edad en la que se encuentra.

Lo más frecuente es que vengan acompañados por un familiar, padre, madre o tutor legal responsables de su cuidado. Los padres pueden adoptar actitudes dispares ante

la transexualidad de sus hijos intentando reconducir la situación; a veces con excesivo proteccionismo, ya que identifican posturas discriminadores en el entorno social más inmediato (colegio, amigos...). Manifiestan por eso urgencia de solucionar “el problema” que se les presenta y que sienten se les escapa de las manos. En otras ocasiones, la actitud es de negación, rechazo o indiferencia. Tanto en un caso como en otro necesitarán información y quizás ayuda psicológica.

Ya se ha dicho que **el único modo de identificar la transexualidad es a través del relato que el sujeto hace sobre su propia identidad**. Por lo tanto, en consulta, debemos escuchar al adolescente de forma empática, sin juzgar, sin patologizar, respetando su intimidad a la hora de hacer exploraciones clínicas y siempre con su consentimiento.

Sería recomendable dirigirnos a ellos y ellas empleando su apellido o el nombre con el que se identifiquen y hacer ver a los padres que el apoyo y comprensión familiares son fundamentales, ya que puede haber casos de acoso escolar en el colegio o instituto donde las vivencias puedan llegar a hacerse insoportables y haya una merma importante de la calidad relacional padres-hijos. Ante todo, hay que eximir a los padres de cualquier conato de culpabilidad al respecto del sentimiento identitario de sus hijos.

Por tanto, la misión de las y los médicos de familia, será atender todas estas demandas con respeto y consideración, apoyando, aconsejando y acompañando en todo momento y aliviando el malestar del paciente, si lo hubiera, al margen de la intervención de otros especialistas.

Como la intervención sanitaria es multidisciplinar y multidimensional, cuando detectemos un caso de estas características se derivará al paciente a la UIG del Hospital Universitario de Cruces para una atención sanitaria más individual y específica, manteniendo interrelación de manera constante durante todo el proceso. Cabe también la posibilidad de comunicarse con el CSM de referencia si tenemos dudas sobre el caso que atendamos u observamos patología comórbida que precise ser estabilizada.

Recomendación

La misión de las y los médicos de familia, será atender a adolescentes y adultos en situación de transexualidad con respeto y consideración, apoyando, aconsejando y acompañando en todo momento y aliviando su malestar, si lo hubiera, además de la intervención de otros especialistas de la UIG con los que se recomienda mantener comunicación fluida.

6.5. LAS UNIDADES DE IDENTIDAD DE GÉNERO

¿Qué son las UIG y para qué sirven?

Esta es la denominación que han adoptado en todo el Sistema Nacional de Salud las unidades sanitarias que atienden a las personas en situación de transexualidad, aunque sería más apropiado que se denominaran unidades de atención sanitaria de la transexualidad (por coherencia conceptual, ya que la transexualidad no es una cuestión de identidad de género sino de identidad de sexo).

Las unidades asistenciales pretenden cubrir la gestión sanitaria de personas que por las características de la condición a manejar, las necesidades de dichas personas, bajas prevalencias-incidencias en un entorno geográfico concreto, la complejidad en la coordinación de servicios o la alta especialización de los profesionales y de los cuidados a realizar, requieran un desarrollo diferencial de elementos asistenciales sobre la base de la justificación antedicha.

La función de los centros o unidades de referencia para la atención sanitaria de la transexualidad consiste en identificar o verificar la condición de transexualidad y el acompañamiento y tratamiento integral de la persona por un equipo especializado. La justificación de la implementación de una unidad funcional se basa en dos parámetros concretos, la prevalencia e incidencia de la condición y la especialización y coordinación inter e intra niveles requerida.

El proceso que se sigue en el manejo de las personas transexuales desde el punto de vista sanitario consiste en gestionar de manera integral las diferentes actuaciones que se deriven de la necesidad de cada persona y que abarcan desde el acompañamiento psicológico, la valoración y el tratamiento de apoyo endocrinológico y finalmente, en los casos que se considere factible y así lo solicite la persona, la intervención quirúrgica. Lo podríamos resumir en cuatro fases:

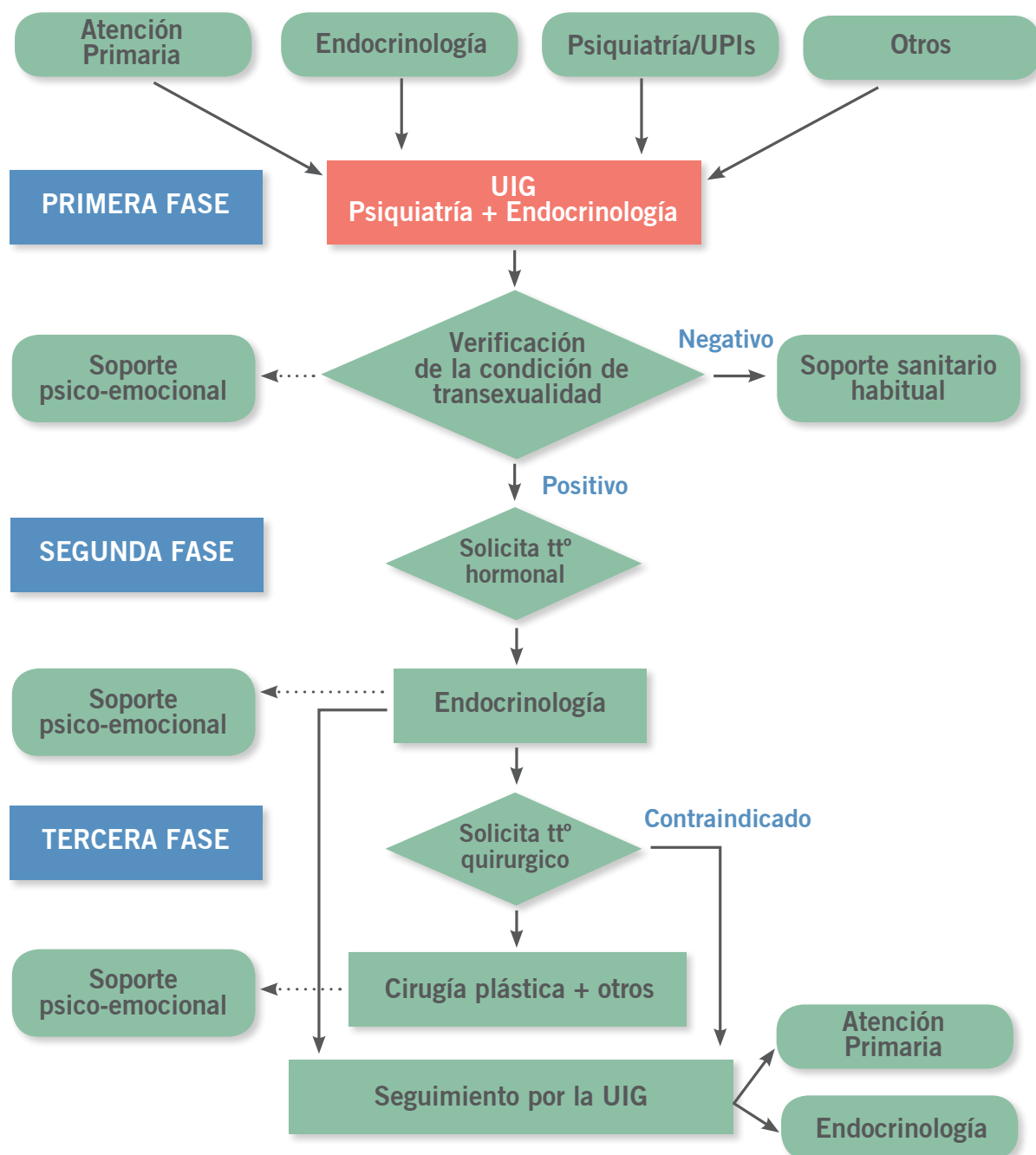
1. Identificación de caso.
2. Valoración psicopatológica y, en su caso, tratamiento psiquiátrico-psicológico apoyo psico-emocional.
3. Valoración y tratamiento endocrinológico.
4. Valoración y tratamiento quirúrgico.

La UIG del Hospital Universitario Cruces

En el año 2009 se creó por parte de Osakidetza, una unidad de referencia de Identidad de género (UIG) para toda la C.A.P.V. ubicada en el Hospital Universitario de Cruces, para cubrir las necesidades sanitarias de las personas transexuales, siendo su composición multidisciplinar: Psiquiatría, Psicología, Endocrinología y Cirugía Plástica y Reparadora, sin perjuicio de que coyunturalmente y según los casos a manejar (gestión personalizada), se incorporaran al equipo de manera coyuntural otro tipo de especialidades, tales como:

Dermatología, Ginecología, Urología, Medicina interna, ORL y Rehabilitación. En 2013 se incorporaron representantes de Endocrinología y Psiquiatría Pediátricas.

Desde su creación hasta el final del 2015 ha tratado a más de 150 personas en situación de transexualidad, ya sea para tratamientos hormonales como quirúrgicos. El funcionamiento general se puede representar con el siguiente flujograma:



- En función de la edad y de las circunstancias de desarrollo puberal de las personas la evaluación y el seguimiento lo harán especialistas pediátricos o de adultos.
- No todas las personas tienen por qué pasar por todas las fases.
- La tercera fase solo aplicable a adultos.

¿Cómo se realiza la acogida de las personas que acuden a la UIG?

Dependiendo del origen de la derivación de la persona (médico de familia, pediatra, endocrinólogo de ambulatorio u otro hospital, módulo de salud mental u otros) y del grado de evolución social y sanitaria del proceso de cambio en su identidad sexual, se le citará en primera instancia con un especialista u otro de la propia UIG.

Los profesionales de psicología y psiquiatría así como de endocrinología de la UIG son los responsables de la acogida a la persona que demanda atención y sus familiares (en aquellos casos que lo requieran), explicando el funcionamiento de la unidad.

Recomendación

Se recomienda que la acogida a estas personas se realice por el primer especialista de la UIG con el que estén citados, dejando claro desde el primer momento que se les atiende desde la UIG y no desde el Servicio de Psiquiatría o de Endocrinología del hospital.

Las personas que llegan a la UIG pueden haber tenido previamente diferentes recorridos sociales y/o sanitarios en su proceso biográfico en relación a su identidad sexual, tanto en lo que se refiere a la duración como con la intensidad. Esto va a condicionar y determinar el número y el tipo de actuaciones a realizar en la UIG.

Por otro lado, las personas pueden acudir a la UIG para que se certifique su condición de transexualidad (según lo previsto en la Ley 14/2012) y/o demandando directamente algún tratamiento médico o quirúrgico. En este último caso, se informará que es necesario para ello realizar una verificación de la condición (incluso teniendo certificado médico de otro servicio, unidad o médico) y un despistaje de posibles patologías asociadas o de comorbilidad, que incluya valoración endocrinológica así como psicopatológica. Todo ello en aras de garantizar, en la medida de lo posible, la seguridad clínica de las personas sometidas a tratamientos médicos y/o quirúrgicos.

Así mismo, en la sesión de acogida, se informará que durante el tiempo de atención a las personas e la UIG, en cualquier fase del proceso, éstas y/o sus familiares, podrán demandar apoyo psico-emocional por parte de los o las psicólogas de la UIG o, en los casos que lo requieran, de los o las psiquiatras. También el resto de profesionales de la UIG podrían recabar estos apoyos para las personas transexuales cuando así lo consideren.

Recomendación

La identificación de la condición de transexualidad (según lo previsto en la Ley 14/2012) se podrá realizar en la UIG o fuera de ella. Pero el acceso a cualquier tratamiento médico o quirúrgico requerirá, en todos los casos, la verificación de la condición de transexualidad y un despistaje de posibles patologías asociadas y de comorbilidad, que incluya valoración endocrinológica así como psicopatológica.

6.5.1. ATENCIÓN SANITARIA EN LA UIG A PERSONAS EN EDAD PEDIÁTRICA

- IDENTIFICACIÓN DE CASOS.

EVALUACIÓN ENDOCRINOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y SOPORTE TERAPÉUTICO

Debemos tener en cuenta que la identidad sexual y las expresiones de género forma parte de la personalidad y ésta es un sistema dinámico que se desarrolla en relación recíproca con el medio y que incluye al mismo tiempo factores disposicionales, culturales y socio-históricos

Algunos estudios han descrito diferencias en la proporción de niños y adolescentes que persisten en edad adulta como personas transexuales o transgénero. Afirman que es mayoritaria la persistencia de la transexualidad en la edad adulta en el caso de adolescentes, dándose en menor proporción en la infancia. Por otro lado, la presentación de comportamientos de género no normativos en la edad pediátrica oscila entre el 6 y el 23% de los casos¹⁰. Esto hace que muchos de esos estudios sobre persistencia, lo que realmente están presentando son datos sobre la correcta o incorrecta identificación de casos en edad prepuberal, no tanto sobre la persistencia o no de la identidad sexual en la edad adulta. De cualquier manera, en la atención sanitaria a los niños y niñas pre-púber en situación de transexualidad, no se toma ninguna decisión terapéutica que sea irreversible, cosa que sí puede darse en la adolescencia, donde la persistencia de la condición en la edad adulta, según esos estudios, es generalizada.

¿Cómo identificamos la condición transexual en personas de edad pediátrica?

La discrepancia entre el sexo sentido y el asignado al nacer es el componente central del proceso de identificación de la condición de transexualidad. **La condición de transexualidad se identifica a través de la escucha activa del relato de la persona expresando su propia identidad sexual. No existe prueba médica objetiva que pueda determinar esa condición. Por lo tanto, es fundamental asegurar que el relato es auténtico y no condicionado por agentes externos (socio-familiares) o internos (psicopatología).** Por eso, también es preciso analizar y despistar posibles (aunque raros) procesos psicopatológicos que puedan alterar o distorsionar ese relato (por ejemplo los trastornos de personalidad que nombra la Ley 14/2012).

El despistaje de enfermedad o trastorno mental es necesario hacerlo por dos motivos: para autenticar que el relato de la persona no está condicionado por posibles patologías y para, en caso de detectarlas, tratarlas. Hacer una valoración psicopatológica, no obedece, por tanto, a la consideración de la transexualidad como un hecho psicopatológico en sí mismo.

Pero en la mayoría de los casos, la principal diferenciación se corresponde con los denominados “comportamientos de género no normativos”. Expresiones del tipo “yo soy niño” o “yo soy niña” nos indican que estamos ante un niño o niña que expresa

¹⁰ Cohen-Kettenis, 2001; Zucker y Bradlet, 1995

claramente su condición de transexualidad. Sin embargo la expresión “yo quiero ser niño” o “yo quiero ser niña”, nos inclinaría a pensar en discriminar un comportamiento de género no normativo. Aunque a veces las cosas no son tan sencillas porque, en ocasiones, la negación persistente por parte de los demás de la propia identidad y la negación de la posibilidad de transexualidad pueden llevar al sujeto a tener dificultad para expresar su identidad con claridad. Por ello, además de la escucha activa y sin prejuicios, va a ser fundamental posibilitar la expresión de la propia identidad de forma auténtica y no condicionada.

La sintomatología compatible con la transexualidad se inicia con frecuencia en edades tempranas, generalmente en población infanto-juvenil¹¹. En estos casos el menor o el adolescente manifiesta:

- Percepción o conciencia mantenida e insistente de no ser del sexo que se le asignó al nacer.
- Puede manifestar un malestar más o menos acusado ante la negación de su identidad y ante la imposición de los roles y modos sociales asociados al sexo que se le asignó al nacer.
- Puede manifestar malestar más o menos acusado por las características corporales asociadas al sexo que se les asignó al nacer.
- Además es frecuente que todo ello le conlleve una mayor o menor repercusión afectiva y social.

La codificación de estos síntomas, hoy por hoy, mientras no cambien los sistemas de clasificación internacionales, se hacen en base a los sistemas de clasificación DSM 5 y CIE 10. Esta codificación es imprescindible e inevitable para el correcto y seguro funcionamiento y utilización de las historias clínicas informatizadas. En el recientemente publicado DSM V aparece como Disforia de género en niños 302.6 (CIE 10: F64.2 OMS). Es preciso insistir en que todos estos sistemas intentan clasificar grupos de síntomas y condiciones, no los propios individuos, aunque, como ya hemos dicho en esta propia guía, nos unimos a la reivindicación de que se deje de identificar la transexualidad como un trastorno o una enfermedad. Otra cosa distinta es la necesidad de codificar síntomas y signos, como la “disforia”, que significa malestar, por lo tanto no es una enfermedad, sino un síntoma y, cuando se produce, es necesario anotarlo y codificarlo en la historia clínica de cada persona.

En los casos en los que se da un malestar asociado (lo que se denomina desde el ámbito clínico como disforia de género), la intensidad y expresión del mismo depende del proceso biográfico personal. La expresión de malestar en relación a caracteres corporales es, por ejemplo, más frecuente y apreciable en adolescentes que en niños o niñas.

En paralelo a estas actuaciones psicológicas conviene realizar las pruebas complementarias necesarias para descartar posibles trastornos de la diferenciación sexual (intersexualidad o hermafroditismo).

¹¹ American Psychiatric, 2013, WPATH, 2012

Recomendación

La identificación de la condición de transexualidad en la infancia se hace a través de la escucha activa del propio relato del niño o niña, posibilitando la expresión de su propia identidad y asegurando que el relato es auténtico y no condicionado por agentes externos (socio-familiares) o internos (psicopatología). Es un proceso extenso, complejo y muy individualizado que es recomendable hacer en una Unidad de Identidad de Género que incluya profesionales de psiquiatría infantil y psicología así como de la endocrinología pediátrica.

¿Es necesario entrevistarse con el niño /niña en la valoración inicial? ¿Y en el seguimiento?

- Si se trata de un niño o niña pre púber, la entrevista inicial se realiza con los padres/tutores y en caso de identificar una necesidad de atención psiquiátrica/psicológica para el niño/a se intervendrá con el menor. Si así lo desea la familia, por proximidad geográfica, se derivará a las Unidades de Psiquiatría Infantil (UPI) de referencia y siempre se podrá consultar desde las UPI con Psiquiatría Infantil o de la UIG del HUC.
- Si el niño o la niña es más mayor, (en la pubertad o cercano a la pubertad), estará presente desde la primera entrevista.

El proceso de identificación de la condición de transexualidad depende en gran medida de la información suministrada por los propios niños y niñas transexuales y/o por la familia y el entorno social. Se realiza mediante entrevistas clínicas tanto a padres como a niños y adolescentes por: Psiquiatra Infantil y Psicólogo UIG. La amplitud e intensidad de estas pruebas dependerá de las consultas y estudios psicológicos que hayan podido tener realizados estos niños o niñas fuera de la UIG (tanto de Osakidetza como privadas) y también del grado de evolución madurativa de la identidad sentida.

Es relativamente común que niños, niñas y adolescentes transexuales, cuya identidad no es respetada y acompañada, tengan trastornos internalizados coexistentes, como ansiedad y depresión¹². Así como parece más elevada la prevalencia de trastornos del espectro autista en estos menores que en población general (17). Sin embargo, la gran mayoría de niños, niñas y adolescentes con transexualidad o con comportamientos de género no normativos no presenta una enfermedad psiquiátrica grave subyacente, tales como trastornos psicóticos (18).

En caso de no identificar la necesidad de atención psiquiátrica/psicológica para el menor, se realizará un seguimiento anual a los padres. Al llegar la edad peripuberal se requiere la evaluación del menor si no se ha hecho previamente.

Cuando en alguna ocasión se diagnostique psicopatología concomitante, se deberá facilitar el abordaje terapéutico indicado en cada caso y un seguimiento complementario, riguroso y continuo del menor, y de su familia, si es abordable, en un marco de equipos multidisciplinarios y con un protocolo específico

¹² Eran y Perry, 2001; Yunker et al, 2004; Cohen-Kettenis et al, 2003; Wallien et al, 2007; Zucker et al 2002; de Vries et al, 2011

Recomendación

Si se trata de un niño o una niña pre púber, la entrevista inicial se realiza con los padres/ tutores y en caso de identificar una necesidad de atención psiquiátrica/psicológica para el niño/a se intervendrá con el menor. Si así lo desea la familia, por proximidad geográfica, se derivará a las Unidades de Psiquiatría Infantil (UPI) de referencia y siempre se podrá consultar desde las UPI con Psiquiatría Infantil o de la UIG del HUC.

¿Cómo identificamos, desde un punto de vista psicológico a las personas en edad pediátrica que pueden beneficiarse de la intervención hormonal?

Una vez identificada la condición de transexualidad, y si el o la menor con su familia demanda la intervención hormonal, los criterios de elegibilidad para el inicio de cualquier intervención hormonal son superponibles a los del adulto, pero con valoraciones adicionales en adolescentes¹³: estabilidad psicopatológica (ausencia de psicosis activa, consumo de tóxicos, tentativas de suicidio, sociopatías...) y buen apoyo social del entorno más cercano y todo ello mediante un seguimiento en el tiempo hasta el momento que se considere idóneo para la intervención endocrinológica con medicamentos.

Garantizar un soporte psicológico y social adecuado puede condicionar el desarrollo de psicoterapia familiar y orientación a los padres para afrontar la toma de decisiones, con lo que el tiempo que se precise para trabajarlo puede ser variable. Con el fin de crear expectativas realistas con respecto a la futura vida del adolescente, los especialistas de la UIG deben informar con detalle sobre los efectos del tratamiento para la fertilidad y la maduración psicoemocional, las posibilidades y limitaciones de la terapia hormonal y sobre otros tipos de tratamientos como las intervenciones psicológicas¹⁴.

87

Recomendación

Además de un buen apoyo social, y apoyo psico-emocional por parte del equipo de Salud Mental, se recomienda que los especialistas en endocrinología de la UIG informen de forma detallada a la persona menor y sus tutores de los efectos de los tratamientos endocrinológicos, sus beneficios (expectativas reales) y riesgos, así como del compromiso a realizar seguimiento psicológico-endocrinológico establecido.

¿Cómo sería el abordaje desde el punto de vista psicológico para comenzar la intervención hormonal en personas en edad pediátrica?

La valoración psicopatológica del menor es requisito imprescindible para la intervención hormonal, en cambio la psicoterapia no lo sería, pero sí es aconsejable¹⁵. La intervención

¹³ WPATH, 2012

¹⁴ GIDSEEN, 2015; De Vries et al, 2014

¹⁵ WPATH, 2012

psicológica o psicoterapia estará dirigida a resolver cualquier comorbilidad existente y a reducir el malestar que el niño o la niña pudieran, en su caso, experimentar en relación a su identidad sexual.

Durante la edad infantil, antes del inicio de la pubertad, está contraindicado iniciar ningún tratamiento endocrinológico ni quirúrgico. Antes de la pubertad, una vez identificada o verificada la condición de transexualidad, todo el trabajo con estos niños y estas niñas tiene más sentido que sea atendido en el ámbito de la atención primaria porque, en principio, no necesitan ninguna atención sanitaria diferencial, lo que necesitan es que sus padres sean atendidos y acompañados para que puedan comprender la realidad de sus hijos y acompañarles en su proceso. (Véase el apartado de la atención en atención primaria).

Recomendación

Recomendamos que el abordaje psicológico deba ser individualizado e integral y atender:

- *Al niño o la niña mediante psicoeducación de la transexualidad; acompañamiento y apoyo psico-emocional; asesorar en el inicio de la transición social si es que no se ha producido todavía; psicoterapia (si fuera necesaria) para mejorar la autoestima y la utilización de estrategias de afrontamiento ante las dificultades que refiere.*
- *A la familia proporcionando información, estrategias de apoyo y resolución de situaciones complejas y acompañando el tránsito.*
- *Asesoramiento a la escuela.*

¿Es conveniente hacer transición social en edad pediátrica?

Se denomina tránsito social al hecho de que una persona cuyo sexo no coincide con el que se le asignó al nacer, pase a vivir en todos los ámbitos de la vida de acuerdo a su sexo, lo que conlleva un cambio de mirada por parte de los demás en el reconocimiento y respeto de su identidad. El poder tener una infancia y adolescencia conforme a la identidad sexual es un derecho fundamental, reconocido expresamente en la Ley de Protección Jurídica del Menor. De hecho, el inicio del tránsito social de algunos niños o niñas se inicia con anterioridad al primer contacto con una UIG, ya que no es algo que se pueda “prescribir” por los profesionales sanitarios.

El grado en el que las familias permiten a sus hijos o hijas pequeñas hacer una transición social a otro rol de género es variado. Este es un tema polémico, y las opiniones expresadas por profesionales de la salud son divergentes¹⁶. La base de la evidencia actual es insuficiente para predecir los resultados a largo plazo de concretar una transición de roles de género en la infancia temprana. La observación de resultados de niños y niñas que completaron las transiciones sociales en edad pre puberal contribuirá enormemente para futuras recomendaciones clínicas¹⁷. De la misma manera, también es insuficiente la base de evidencia para predecir los resultados a largo plazo de posponer el momento de iniciar la transición social de roles de género.

¹⁶ Zucker, 2008; Steensma, 2011

¹⁷ WPATH, 2012

Algunos estudios preliminares (“Contextos de desarrollo, ajuste psicológico e identidad sexual en menores transexuales”, de la Cruz Flores, 2014) o un reciente estudio de Olson y al. 2016), muestran que el tránsito social en edad pediátrica suele resultar beneficioso, a corto plazo, para el o la menor. El estudio de Olson indica que aquellos menores en situación de transexualidad apoyados por sus familias y que han realizado el tránsito social tienen índices muy bajos de psicopatologías asociadas, con niveles muy parecidos a la media de población general, y mucho menores que aquellos que no han realizado el tránsito. Por lo que, si bien se hace conveniente realizar estudios científicos que monitoricen este fenómeno, tanto por los indicios que tenemos, como por lo que reconoce la Ley de Protección Jurídica del Menor, resulta aconsejable aceptar y respetar la identidad sexual expresada y acompañar al o a la menor en lo que se denomina el tránsito social si así lo demanda.

Si cuando se recibe en la UIG a un niño o niña no se ha iniciado el cambio social de rol de género, los y las profesionales de la salud mental pueden ayudar a las familias a tomar decisiones sobre el momento de iniciar ese proceso de cambio. Deben proporcionar información y ayudarles a considerar los beneficios potenciales y los retos de cada opción, identificando posibles soluciones o propuestas intermedias. Un cambio de vuelta al rol de género correspondiente al sexo asignado al nacer puede ser muy doloroso, tanto que podría obligar al aplazamiento de esta segunda transición social por parte del niño o niña¹⁸. Por razones como éstas, las madres y padres pueden preferir tomar este cambio de rol como una exploración en el vivir en otro rol de género, en lugar de una situación irreversible.

Recomendación

En el caso de que no se haya iniciado el tránsito social, ante la inexistencia de evidencia científica suficiente, se recomienda al equipo de salud mental de la UIG proporcionar información que ayude a las familias a tomar decisiones sobre momento y proceso de cambio en el rol de género de sus hijos o hijas. Una vez tomada la decisión por parte del niño o niña y su familia, el papel de los profesionales sanitarios (de la UIG y/o de atención Primaria) será acompañarles durante el mismo.

• VALORACIÓN ENDOCRINOLÓGICA

Las personas transexuales o en proceso de identificación o verificación de la condición de una edad inferior o igual a 14 años que lo soliciten, serán atendidas en la sección de Endocrinología Pediátrica. Las personas mayores de 16 años se atenderán en el servicio de Endocrinología. En los y las menores con edades de 15 y 16 años, en función de situación clínica (desarrollo puberal, transición a sexo sentido realizada o no, evaluación por el equipo de salud mental pediátrico o de adultos, etc.) se propondrá de forma individualizada la asistencia endocrinológica a cargo del servicio pediátrico o del de adultos.

¹⁸ Asenjo-Araque et al, 2013

¿Cuál es el estudio médico que se recomienda realizar antes de iniciar la intervención hormonal en personas de edad pediátrica?

Las guías de consenso actuales recomiendan hacer una serie de exploraciones complementarias previas al inicio del tratamiento endocrinológico que incluyen¹⁹:

- Cariotipo.
- Analítica sanguínea completa: hematimetría completa, bioquímica sanguínea, esteroides sexuales (testosterona o estradiol), gonadotrofinas (LH y FSH), prolactina, DHEA-S, insulina, analítica del metabolismo fosfo-cálcico (calcio, fósforo, magnesio, FA, vitamina D y PTH)
- Edad ósea.
- Densitometría.

Durante la terapia hormonal se recomienda realizar periódicamente algunos estudios complementarios para objetivar la eficacia del tratamiento y descartar efectos no deseados²⁰:

- Analítica semestral/anual (HRF, bioquímica, esteroides sexuales, LH, FSH, insulina, analítica del metabolismo fosfo-cálcico). Incluir estudio de coagulación en tratamiento con estrógenos.
- Edad ósea anual (hasta alcanzar la máxima en función del sexo).
- Densitometría anual.

Recomendación

Antes de iniciar la terapia hormonal de un o una menor transexual recomendamos realizar una serie de exploraciones complementarias detalladas en los consensos actuales. Parte de estas exploraciones han de repetirse de forma periódica durante el tiempo que se mantenga el tratamiento hormonal.

¿En qué situaciones está contraindicada la intervención hormonal?

Si el menor desea la intervención hormonal no existen contraindicaciones absolutas para realizarla. Las situaciones añadidas que conllevan un posible aumento de la coagulabilidad (fármacos, enfermedades, accidentes tromboembólicos previos) y algunas otras patologías graves, son una contraindicación relativa para el tratamiento estrogénico que han de valorarse de forma individualizada.

Recomendación

La intervención hormonal se contraindica cuando no se ha identificado la condición de transexualidad o, si a pesar de serlo, el/la menor no desea ser tratado.

¹⁹ Wylie C. Hembree 2009

²⁰ Wylie C. Hembree 2009, Johanna Olson MD 2011, Stanley R. Vance 2014

¿Cuáles son los objetivos de la intervención hormonal?

Los objetivos de la intervención hormonal son dos y se aplican de forma secuencial:

- Frenar el desarrollo puberal en el sexo asignado usando análogos de GnRH.
- Inducir el desarrollo de caracteres sexuales secundarios en el sexo sentido asociando hormonas sexuales (testosterona o estrógenos).

Recomendación

Recomendamos iniciar la intervención hormonal cuando se requiera frenar el desarrollo puberal en el sexo asignado y, posteriormente, inducir el desarrollo de caracteres sexuales secundarios en el sexo sentido.

¿Qué fármacos se utilizan en la intervención hormonal en personas transexuales de edad pediátrica? ¿Son seguros? ¿Su efecto es reversible o irreversible? ¿Qué riesgos/efectos secundarios tienen?

El tratamiento hormonal en menores transexuales consta de dos fases claramente diferenciadas: una fase inicial para frenar el desarrollo puberal usando **análogos de GnRH** y una posterior para inducir los caracteres sexuales secundarios con **hormonas sexuales (testosterona o estrógenos)**²¹.

1. ANÁLOGOS DE GNRH

La primera fase de tratamiento hormonal se inicia con análogos de GnRH cuando el/la menor alcanza un desarrollo puberal en fase 2 de Tanner²². Este momento se identifica por la confirmación clínica del inicio puberal (presencia de nódulo mamario o volumen testicular de 4 ml), acompañada de unos niveles hormonales y edad ósea acordes con la misma. La familia y el menor han de ser informados de las expectativas de este tratamiento (freno del desarrollo de caracteres sexuales secundarios del sexo asignado y del estirón puberal), de su efecto reversible y de los posibles efectos adversos que pudieran aparecer. Tras entenderlo y aceptarlo, darán su aprobación mediante firma del consentimiento informado (padres/tutores y menor si es mayor de 12 años de edad)²³.

El fármaco propuesto es la Triptorelina (acetato mensual administrada por vía intramuscular, a una dosis de 60-90 mcg/k, cada 28 días). Este fármaco carece de efectos adversos reseñables²⁴, su eficacia para frenar el desarrollo puberal ha sido ampliamente demostrada y su efecto es reversible²⁵. Existen preparaciones de acción más prolongada pero la experiencia con su uso es mucho menor.

²¹ Wylie C. Hembree 2009, Johanna Olson MD 2011, Stanley R. Vance 2014

²² Wylie C 2009, Johanna Olson MD 2011, Walter J. 2012, Stanley R 2014

²³ Stanley R. Vance 2014

²⁴ Delemarre-van de Waal HA 2006

²⁵ Wylie C 2009, de Vries AL 2011, Stanley R 2014, Annelou L.C. de Vries. 2014, Stephen M. Rosenthal 2014

Los y las menores serán controlados periódicamente cada 4-6 meses por la sección de endocrinología pediátrica. El tratamiento con análogos debe mantenerse mientras no se lleve a cabo otro tipo de intervención que elimine las hormonas sexuales endógenas²⁶ lo que no puede hacerse antes de la mayoría de edad.

Los posibles efectos adversos de esta terapia son escasos y leves, e incluyen: dolor abdominal, náuseas, astenia, eritema o inflamación en la zona de inyección, dolores osteoarticulares, cefalea, cambios de humor y sofocos.

Recomendación

Recomendamos iniciar tratamiento con análogos de GnRH en menores transexuales que así lo soliciten en estadio II de Tanner, para frenar el desarrollo de los caracteres sexuales en el sexo asignado, tras haberse hecho un análisis completo desde el punto de vista endocrinológico, haber informado de forma detallada a el/la menor y sus padres de los efectos clínicos esperables y de los posibles efectos adversos, y tras la cumplimentación de un consentimiento informado.

2. HORMONAS SEXUALES

Según la situación concreta de cada menor transexual (sexo, talla, edad ósea, edad a la que ha hecho la transición y situación emocional) el momento de iniciar la terapia hormonal (estrógenos o testosterona) se elegirá de forma individualizada, con el consentimiento del menor/familia, el conocimiento de la UIG²⁷, y las recomendaciones vigentes de expertos. El consenso actual de la Sociedad Americana de Endocrinología propone iniciar este tratamiento a los 16 años de edad (Wyllie C 2009), pero esta edad es posterior a la del inicio normal del desarrollo puberal para la mayoría de las personas, por lo que no necesariamente debe establecerse como norma generalizable.

La familia y el o la menor han de ser informados de las expectativas de este tratamiento que incluyen el desarrollo de caracteres sexuales secundarios en el sexo sentido y de sus efectos no deseados, entre los que se incluye la infertilidad. También han de ser informados de las opciones reales de impedir la infertilidad, si las hubiere²⁸. Los efectos alcanzables con la terapia incluyen²⁹.

- **Estrógenos:** desarrollo mamario, aumento del crecimiento (estirón puberal variable según la edad ósea que tengan) y disposición femenina de grasa corporal.
- **Testosterona:** aumento de vello corporal y distribución masculina del mismo, aparición de vello facial, aumento del tamaño de clítoris, acné, aumento de musculatura y distribución masculina de la misma, aumento del crecimiento (estirón en función de la edad ósea que tengan) y cambio de voz a tono más grave.

²⁶ Wyllie C. Hembree 2009, Stanley R. Vance 2014

²⁷ Johanna Olson MD 2011, Norman P. Spack 2012, Stephen M. Rosenthal 2014, Stanley R 2014

²⁸ Stanley R. Vance 2014

²⁹ Stanley R. Vance 2014

Existen varias pautas de tratamiento hormonal³⁰. Se informará de las mismas a los menores/familias, de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas y se decidirá de forma consensuada la mejor opción para cada menor.

Las pautas propuestas para inducir el desarrollo puberal son:

- **Mujeres transexuales:**

- **17-beta-Estradiol por vía oral:** 5 mcg/k/día, aumentando la dosis de forma progresiva hasta alcanzar 20 mcg/k/día a los 2 años de inicio (dosis máxima 2 mg/día).
- **Estrógenos transdérmicos** con dosis progresivas durante dos años.
- **Etinil-Estradiol por vía oral:** 50 ng/k/día; aumentando de forma progresiva hasta alcanzar 150-200 ng/k/día a los 2 años de terapia. Al finalizar el desarrollo puberal pasar a 17-beta-estradiol.

- **Hombres transexuales (ésteres de testosterona):**

- **Cipionato o Enantato de Testosterona:** 50 mg/3-4 semanas hasta alcanzar dosis máxima de 250 mg/3-4 semanas tras 2-3 años de terapia.
- **Gel de testosterona** diarios con dosis progresivas durante 2 años.

Durante la terapia los o las menores acudirán al servicio de endocrinología pediátrica o el de adultos, para valorar la eficacia del tratamiento, realizar los ajustes de dosis necesarios, las exploraciones complementarias periódicas y hacer un seguimiento de los posibles efectos adversos³¹.

Los posibles efectos adversos derivados del tratamiento hormonal, además del de infertilidad, son poco frecuentes pero pueden aparecer y algunos de ellos ser graves (Tabla 1).

- **Testosterona:** puede producir cefalea, retención hidrosalina, hipertensión arterial, poliglobulia, dislipemias, hepatopatías, trastornos del comportamiento, aumento de la libido, acné, calvicie e hiperprolactinemia. En general se relacionan con dosis elevadas de testosterona y su aparición puede obligar a disminuir la dosis o incluso suspender la terapia.
- **Estrógenos:** Flebitis, tromboembolismos, cáncer de mama, hepatopatías, trastornos del comportamiento, hipertensión arterial, dislipemias, hiperprolactinemia, náuseas, astenia, anorexia, ganancia de peso, labilidad emocional, cefaleas, vértigos, y retención hidrosalina.

Recomendación

Recomendamos informar de forma detallada a el/la menor transexual y a sus tutores de los posibles eventos adversos derivados del tratamiento hormonal antes de iniciar cualquier actuación, y cumplimentar un consentimiento informado.

³⁰ Wylie C. Hembree 2009, Johanna Olson MD 2011

³¹ Wylie C. Hembree 2009, Johanna Olson MD 2011

Recomendación

Recomendamos hacer un seguimiento periódico desde el punto de vista endocrinológico de la terapia hormonal: valorar la eficacia del tratamiento, realizar los ajustes de dosis necesarios, las exploraciones complementarias periódicas establecidas y hacer un seguimiento de los posibles efectos adversos.

6.5.2. ATENCIÓN SANITARIA EN LA UIG A PERSONAS ADULTAS

• IDENTIFICACIÓN DE CASOS. EVALUACIÓN ENDOCRINOLÓGICA Y PSICOLÓGICA

¿Cómo identificamos la condición transexual en personas adultas?

Cuando un médico de cualquier nivel asistencial se encuentra con una persona que expresa malestar con su sexo asignado al nacer, y/o expresa que su sexo sentido no coincide con el asignado al nacer, puede realizar la derivación del caso a la Unidad de Identidad de Género del Hospital Universitario de Cruces. Así mismo, también debe derivar a dicha UIG a las personas que solicitan tratamientos médicos (hormonales) y/o quirúrgicos y se presentan con un certificado médico que acredite su condición de persona en situación de transexualidad (según los criterios recogidos en la Ley 14/2012), o bien, aun no disponiendo de este certificado, llevan ya hecho un recorrido, más o menos largo, de tránsito social y familiar hacia su sexo sentido, así como han iniciado algún tipo de tratamiento médico o quirúrgico.

Como ya se dijo en el capítulo de la atención a menores, **la condición de transexualidad se identifica a través de la escucha activa del relato de la persona expresando su propia identidad sexual. No existe prueba médica objetiva que pueda determinar esa condición. Por lo tanto, es fundamental asegurar que el relato es auténtico y no condicionado por agentes externos (socio-familiares) o internos (psicopatología).** Por eso, también es preciso analizar y despistar posibles procesos psicopatológicos que puedan alterar o distorsionar ese relato (por ejemplo los trastornos de personalidad que nombra la Ley 14/2012).

El despistaje de enfermedad o trastorno mental es necesario hacerlo por dos motivos: para autenticar que el relato de la persona no está condicionado por estas posibles patologías y para, en caso de detectarlas, tratarlas. Hacer una valoración psicopatológica, no obedece, por tanto, a la consideración de la transexualidad como un hecho psicopatológico en sí mismo.

Este proceso que incluye la comprobación y despistaje de posible comorbilidad, se realiza por los criterios establecidos por la comunidad científica. “Los y las profesionales de la salud deben referirse a los criterios de diagnóstico más actuales y los códigos apropiados para aplicarlos en sus áreas de práctica profesional”³².

³² The Standards of Care - World Professional Association for Transgender Health 7ª edición, Guía de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN, 2012

La codificación de estos procesos, hoy por hoy, mientras no cambien los sistemas de clasificación internacionales, se hacen en base a los sistemas de clasificación DSM y CIE 10. Esta codificación es imprescindible e inevitable para el correcto y seguro funcionamiento y utilización de las historias clínicas informatizadas. También se hace necesario codificar, de manera diferenciada, los posibles trastornos (malestar, estados anímicos y afectivos o, en su caso la psicopatología) asociados. Todos estos sistemas intentan clasificar grupos de síntomas y condiciones, no los propios individuos. Son herramientas de apoyo a la identificación y clasificación estándar, aceptadas internacionalmente que deben ser empleadas a los solos efectos de la codificación.

Así mismo, antes, después o en paralelo, según los casos, se recomienda realizar un estudio hormonal y, en su caso un cariotipo. El objetivo de estas pruebas complementarias es descartar la presencia de alteraciones hormonales o cromosómicas que pudieran condicionar un cuadro de transexualismo secundario o de alteraciones de la diferenciación sexual. Esta pruebas no las exige la Ley 14/2012 para la identificación acreditada de la condición de transexualidad, sin embargo, desde el punto de vista clínico y de la seguridad del paciente resultan necesarias.

Recomendación

Se recomienda realizar una correcta identificación o verificación de la condición, con un adecuado despistaje tanto psicopatológico como endocrinológico, ya que la falta de certeza en esta fase puede asociarse a actuaciones contradictorias y/o perjudiciales en fases posteriores y es un factor predictivo negativo de la evolución ulterior.

95

¿Qué tipo de evaluación psicológica se recomienda?

La evaluación psicológica se lleva a cabo por medio de entrevistas clínicas realizadas por profesionales de la Salud Mental, psiquiatra y psicólogo clínico, de manera paralela.

Estas entrevistas se realizan de manera individual con la persona, así como con la pareja, familiares y amigos, si es posible, para conocer de la manera más certera posible las circunstancias que rodean a la persona y su entorno.

En la entrevista clínica se realiza una anamnesis completa recogiendo datos como: antecedentes de salud, datos biográficos, aparición y evolución del sentimiento de identidad sexual/identidad de género, historia socio-familiar, etc.

En algunos casos se conviene realizar pruebas psicométricas.

La evaluación psicológica precisa de un tiempo variable en función del grado de evolución sociosanitaria de la persona en relación al grado de expresión de su identidad de género y de comprensión del mismo por su entorno socio-familiar. Si el proceso es incipiente se requerirá un mínimo de entre tres y seis meses.

La evaluación conviene que incluya los siguientes aspectos: la expresión de la identidad sexual y el malestar asociado si existiera, la historia y el desarrollo de sentimientos de malestar si existieran, el impacto en la salud mental del estigma asociado a la no conformidad de género, y la disponibilidad de apoyo de familiares, amigos y pares (por

ejemplo, contacto con personas o colectivos de personas transexuales). La evaluación puede dar lugar a ningún diagnóstico, a un diagnóstico formal relacionado con disforia de género, y/o a otros diagnósticos que describen aspectos de la salud del usuario y su encaje psicosocial³³.

También conviene llevar a cabo intervenciones de pareja o familiares cuando el objetivo sea optimizar el apoyo social, fundamentalmente en aquellas parejas y familias que no lleven bien la aceptación de la transexualidad y manifiesten sufrimiento ante el proceso.

Recomendación

Se recomienda realizar una evaluación psicológica complementada con despistaje psicopatológico, para ampliar el conocimiento de la persona y valorar posibles áreas de intervención y ayuda. Esta evaluación, se adaptará en su intensidad y duración al grado de evolución y maduración de la persona en su condición de transexualidad.

Lo que en la literatura se ha dado en llamar “experiencia de vida real”, es decir el tránsito social, significa que la persona viva, trabaje y se relacione en actividades de su vida, de acuerdo al sexo sentido de manera estable. Aunque el Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (Guía de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad, 2012) considera esta experiencia de especial relevancia para que la persona tenga la vivencia real de experimentar el rol de su sexo sentido, antes de iniciar tratamientos invasivos e irreversibles, no se recomienda en esta guía que se realice, de forma necesaria, lo que se ha dado en llamar “test de la vida real” antes de iniciar, al menos, un tratamiento de cambio hormonal porque de lo contrario podemos poner en riesgo la integridad física y psicológica de la persona. Según el testimonio de las propias personas transexuales, recogido y avalado por el Ararteko en su informe “La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi” del año 2009, esa prueba resulta muy complicada y dolorosa para las personas que la pasan sin el apoyo de la hormonación o de la cirugía. Debido al rechazo que provoca en la sociedad la transgresión de los géneros establecidos, la persona sufre una fuerte discriminación con el consiguiente sufrimiento psico-emocional y, en ocasiones, puede derivar en agresiones incluso dentro del propio entorno familiar.

Por lo tanto, el momento de iniciar el tránsito social lo debe decidir la persona interesada y nunca debe ponerse como condición previa para iniciar un tratamiento hormonal o quirúrgico.

Recomendación

En adultos, se recomienda apoyar a cada persona en su decisión de iniciar el tránsito social. Este tránsito social no se deberá exigir como requisito para el inicio de terapias hormonales o quirúrgicas.

³³ Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009

¿Cómo identificamos, desde un punto de vista psicológico, a las personas que deben ser derivadas a tratamiento endocrinológico?

1. CRITERIOS NECESARIOS PARA INICIO DE TERAPIA HORMONAL³⁴

- Identificación de la condición de transexualidad realizada por la UIG.
- La persona ha realizado progresos en el control de los posibles problemas a los que se tiene que enfrentar con el objeto de mantener o mejorar (en su caso) una salud mental estable.
- Conocer con certeza los efectos de las hormonas, sus beneficios (expectativas reales) y riesgos, así como compromiso de la persona usuaria a realizar el seguimiento psicológico-endocrinológico establecido.
- No contraindicación del tratamiento tras la revisión de las exploraciones complementarias solicitadas.

2. CRITERIOS ADICIONALES PARA INICIO DE TERAPIA HORMONAL

- Las hormonas serán utilizadas de una manera responsable, ajustadas a las pautas indicadas por el o la endocrinóloga, evitando la automedicación.
- Ausencia de sociopatías, consumo de tóxicos, psicosis, tentativas de suicidio.
- Las hormonas podrán darse a las personas que lo soliciten, independientemente de que inicialmente quieran o no cirugía, si cumplen los citados criterios.

97

Recomendación

El paso al tratamiento hormonal en adultos, se debiera realizar una vez identificada o verificada la condición, que sean conocedores de los beneficios y riesgos del tratamiento hormonal y se comprometan a llevar un seguimiento por los profesionales de la UIG durante el proceso.

¿Cómo identificamos, desde un punto de vista psicológico, a las personas que deben ser derivadas a valoración quirúrgica?

Algunas de las personas transexuales perciben la intervención quirúrgica como un proceso necesario para conseguir una vida plenamente satisfactoria en el rol del sexo sentido. El sistema sanitario, como sistema garante, debe aseverar que se cumplen todas las condiciones necesarias para que dicho proceso se realice con las mayores garantías de éxito, satisfacción y con el pleno conocimiento del usuario de las circunstancias que rodean al tratamiento y sus posibles consecuencias ³⁵.

³⁴ The Standards of Care - World Professional Association for Transgender Health 7ª edición; Guía de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN, 2012

³⁵ The Standards of Care - World Professional Association for Transgender Health 7ª edición; Guía de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN, 2012

3. CRITERIOS NECESARIOS PARA INICIO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- Identificación de la condición de transexualidad realizada por la UIG.
- La persona ha realizado progresos en el control de los posibles problemas a los que se tiene que enfrentar con el objeto de mantener o mejorar (en su caso) una salud mental estable.
- Ser mayor de 18 años, en el caso de cirugía genital.
- Conocer con certeza los efectos de las cirugías, sus beneficios (expectativas reales) y riesgos, así como el compromiso de la persona usuaria a realizar el seguimiento psicológico-quirúrgico establecido.

Recomendación

La derivación para valoración quirúrgica se debe realizar una vez que a la persona solicitante de la intervención se le haya realizado la identificación de la condición de transexualidad en la UIG, y se analizará de forma individualizada el cumplimiento de los demás requisitos.

• VALORACIÓN ENDOCRINOLÓGICA. INTERVENCIÓN HORMONAL

¿Cuál es el estudio médico que se recomienda realizar antes de iniciar la intervención hormonal?

Por parte del médico o de la médica endocrinóloga de la UIG, es necesaria la cumplimentación de una historia clínica completa, haciendo especial hincapié en hábitos de vida, antecedentes familiares de neoplasias, enfermedad cardiovascular precoz y fenómenos trombóticos, así como sobre el desarrollo puberal y la función gonadal. Se preguntará también sobre el uso de tratamientos hormonales previos (nombre, dosis del fármaco y duración del tratamiento), y si existiesen, se aportarán estudios complementarios realizados en la fase previa o fuera de la UIG.

Se debe realizar una exploración física completa, incluyendo caracteres sexuales secundarios (estadios de Tanner), exploración mamaria y genital, auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal, cifras de presión arterial, antropometría y bioimpedanciometría, siempre que sea posible.

Igualmente se debe abordar un estudio analítico que incluya bioquímica general, perfil hepático, perfil lipídico, ácido úrico, hemograma, coagulación, serologías (VHB, VHC, VIH, lúes) y estudio hormonal basal si no se ha hecho previamente, incluyendo FSH, LH, DHEA-s, 17-OH-Progesterona, PRL, TSH, estradiol/testosterona, SHBG. Se solicitará también un cariotipo. En el caso de toma no supervisada de tratamiento hormonal, se precederá a un período de lavado de al menos un mes previo a la realización de las analíticas³⁶.

³⁶ Moreno-Pérez et al 2012

El objetivo de esta exploración y pruebas complementarias, es descartar la presencia de alteraciones hormonales o cromosómicas que pudieran condicionar un cuadro de transexualismo secundario (hiperplasia suprarrenal congénita, tumor virilizante, resistencia androgénica, cromosomopatía, agenesia testicular o hipogonadismo de cualquier tipo, etc.), así como otros procesos asociados que contraindiquen la terapia hormonal³⁷.

Recomendación

Se recomienda realizar una correcta valoración clínica (historia clínica y exploración física detallada) y una serie de pruebas complementarias (incluyendo analítica completa, cariotipo, serologías, estudios de composición corporal y densitometría) previo al inicio del tratamiento hormonal.

¿En qué situaciones está contraindicada la intervención hormonal?

En algunos casos el tratamiento hormonal puede estar contraindicado, de forma temporal o permanente, por la presencia de otras patologías concomitantes³⁸:

- Mujeres transexuales: enfermedad tromboembólica, accidente cerebrovascular, hepatopatía activa (transaminasas más de 3 veces el límite superior de la normalidad), insuficiencia renal, hipertrigliceridemia grave, obesidad mórbida, diabetes mal controlada, migrañas graves, historia familiar de cáncer de mama, prolactinoma.
- Hombres transexuales: hepatopatía activa, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, hipertrigliceridemia grave, obesidad mórbida, diabetes mellitus mal controlada.

99

Recomendación

Se recomienda que las patologías que puedan ser exacerbadas por el tratamiento hormonal o lo contraindiquen sean evaluadas previamente al inicio del tratamiento.

¿Cuáles son los objetivos de la intervención hormonal?

La intervención hormonal tiene dos objetivos principales³⁹:

- Reducir la concentración de hormonas endógenas y, por tanto, las características sexuales secundarias del sexo biológico
- Reducir las hormonas endógenas y aumentar las propias del sexo sentido, empleando en principio terapia hormonal similar a la de los pacientes hipogonadales.

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.

³⁷ Sanchez Planell et al 1994; Moreno-Pérez et al 2012

³⁸ Harry Benjamin 2011; Moreno-Pérez et al 2012; Moore E et al 2003; Toorians AW et al 2003

³⁹ Levy A et al 2003; Wylie C Hembree et al 2009; Bhasin et al 2006

La desaparición total de los caracteres sexuales secundarios no siempre es posible. La herencia genética influye en la respuesta de los tejidos diana a la terapia hormonal, con una gran variabilidad interindividual, y no se puede superar su efecto administrando dosis suprafisiológicas. El efecto máximo en determinados aspectos puede que no se manifieste hasta después de 2 o 3 años con el tratamiento.

Todas las personas transexuales deben de ser informados y aconsejadas acerca de las opciones de fertilidad previamente al tratamiento con hormonas sexuales del sexo deseado⁴⁰.

Todas las personas transexuales deben de ser informados y aconsejadas acerca de las opciones de fertilidad previamente al tratamiento con hormonas sexuales del sexo deseado.

La persona transexual y el o la endocrinóloga responsable firmarán en esta fase el consentimiento informado en el que quedan reflejados las indicaciones, contraindicaciones y posibles efectos secundarios del tratamiento así como la opción de no tratar y sus consecuencias.

Recomendación

Se recomienda que las personas transexuales sean informadas de los objetivos, efectos favorables y posibles efectos secundarios del tratamiento hormonal y firmar, previo al tratamiento, el consentimiento informado establecido en la UIG.

Se recomienda que las personas transexuales sean informadas y aconsejadas acerca de las opciones de fertilidad previa al tratamiento hormonal.

¿Cuál es la intervención hormonal más adecuada en el caso de mujeres transexuales? ¿Qué beneficios, riesgos/efectos secundarios tiene?

La terapia más eficaz es la combinación de compuestos que suprimen la producción endógena de andrógenos y/o su acción, junto con la administración de estrógenos para la inducción de caracteres sexuales secundarios femeninos. El objetivo es eliminar el crecimiento del vello sexual e inducir la formación de mamas y una distribución femenina de la grasa corporal⁴¹.

Estrógenos

Se administrarán preferentemente por vía oral o transdérmica. Los preparados intramusculares no son recomendables. Las pautas propuestas de tratamiento son:

- Valerato de 17 β -estradiol vía oral: 2-6 mg/día.
- Estrógenos transdérmicos: 100 μ g/3-7 días.

La vía transdérmica es la que menos efectos tromboembólicos tiene, por lo que puede conferir una ventaja en los pacientes de mayor edad⁴².

⁴⁰ Wylie C Hembree et al 2009; Moreno-Pérez et al 2012; Gómez-Gil E et al 2006

⁴¹ Moore et al 2003; Moreno-Pérez et al 2012; Gómez-Gil E et al, 2006; Wylie C Hembree et al 2009

⁴² Asscheman H et al 2011; Toorians AW et al 2003

Antes de cualquier intervención quirúrgica es recomendable suspender el tratamiento hormonal durante 2-3 semanas, por el riesgo tromboembólico que conlleva la inmovilización⁴³. Si se decide realizar una gonadectomía no será necesaria la terapia antiandrogénica posteriormente. El tratamiento estrogénico ha de mantenerse a dosis adecuadas para evitar clínica de hipogonadismo y pérdida de masa ósea⁴⁴.

Antiandrógenos

Las pautas de tratamiento propuestas son⁴⁵:

- Acetato de ciproterona: tiene un efecto doble, bloquea el receptor androgénico e inhibe la secreción gonadotropa. Es el preparado de elección, a dosis de 50-100 mg/día.
- Flutamida y finasteride: impiden la acción final de la testosterona, pero no disminuyen sus concentraciones, por lo que deben reservarse para casos de intolerancia al acetato de ciproterona.
- Análogos de GnRH: producen un bloqueo transitorio de la producción de LH y FSH, disminuyendo la producción testicular de testosterona⁴⁶. Por su elevado coste y la falta de aprobación con esta indicación, su uso debe reservarse para adolescentes, como se explica en el apartado correspondiente, y para aquellas personas refractarias a preparados antiandrogénicos.

Las concentraciones de estradiol deberían mantenerse en los valores medios normales de una mujer premenopáusica o en el límite superior de la fase folicular normal para cada laboratorio de referencia, junto a unas concentraciones de testosterona en los límites femeninos⁴⁷.

Los efectos favorables y desfavorables del tratamiento están recogidos en la tabla 1.

Recomendación

Recomendamos que el tratamiento hormonal sea indicado y monitorizado por un endocrinólogo con experiencia en el manejo de esteroides sexuales integrado en la UIG.

En el caso de las mujeres transexuales, se recomienda iniciar el tratamiento hormonal con estrógenos y antiandrógenos. Tras la gonadectomía, si fuera el caso, se recomienda mantener únicamente el tratamiento con estrógenos.

Se recomienda plantear los diferentes tipos y vías de administración de los estrógenos, individualizando en cada caso la más adecuada.

Se recomienda mantener los niveles de estrógenos en el rango fisiológico normal de una mujer premenopáusica.

⁴³ Moreno-Pérez et al 2012

⁴⁴ Ettner 2013

⁴⁵ Levy et al 2003; Moreno-Pérez O et al 2010; Moreno Pérez et al 2012; Wylie C Hembree et al 2009

⁴⁶ Dittrich et al 2005

⁴⁷ Moreno-Pérez et al 2012; Wylie C Hembree et al 2009

¿Cuál es la intervención hormonal más adecuada en el caso de hombres transexuales? ¿Qué beneficios, riesgos/efectos secundarios tiene?

El tratamiento se basa en el uso de hormona masculina o testosterona. El objetivo en este caso es detener la menstruación e inducir virilización, incluyendo un patrón de vello sexual y un morfotipo masculino e hipertrofia del órgano eréctil. El tratamiento hormonal también conlleva un aumento en la masa muscular, un descenso de la masa grasa y un incremento de la libido⁴⁸. Los preparados más empleados son los ésteres de testosterona administrados de forma intramuscular o en gel de aplicación tópica. Las pautas propuestas de tratamiento hormonal son⁴⁹:

- Enantato de testosterona: 100-250 mg c/2-4 semanas.
- Undecanoato de testosterona: 1000 mg im, seguidos de 1000 mg a las 6 semanas y 1000 mg cada 12 semanas.
- Gel de testosterona: 5-10 g conteniendo 50-100 mg de testosterona aplicados de forma diaria.

El objetivo es mantener las concentraciones de testosterona dentro de los valores de referencia para la población masculina (320-1000 ng/dl).

Salvo en casos aislados, se logra amenorrea tras 2-3 meses de tratamiento. En pocos casos es necesario recurrir a utilizar análogos de GnRH o progestágenos si persiste el sangrado menstrual. El tratamiento androgénico ha de mantenerse tras la gonadectomía, si se realizara, para evitar sofocos y pérdida de masa ósea⁵⁰.

Los efectos favorables (deseados) y desfavorables del tratamiento se resumen también en la tabla 1.

Recomendación

En el caso de los hombres transexuales, se recomienda tratamiento hormonal con testosterona, que ha de mantenerse también tras la gonadectomía, si fuera el caso.

Se recomienda plantear los diferentes tipos y vías de administración de la testosterona, individualizando en cada caso la más adecuada.

Se recomienda mantener los niveles de hormonas sexuales en el rango fisiológico normal del sexo masculino.

¿Cuál es el plan de seguimiento recomendado después de iniciar la intervención hormonal?

Las personas transexuales debieran ser evaluados en consultas de Endocrinología cada 3-4 meses el primer año de tratamiento hormonal, y posteriormente cada 6-12 meses de

⁴⁸ Pérez et al 2012

⁴⁹ Gooren et al 2008; Moreno-Pérez et al 2012

⁵⁰ Moreno-Pérez et al 2012

por vida⁵¹. Se monitorizará el peso, presión arterial, hemograma, función renal y hepática, metabolismo hidrocarbonado, ácido úrico, perfil lipídico y hormonas (FHS, LH, estradiol/ testosterona). En mujeres transexuales se determinará además PSA y PRL⁵². Así mismo, 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 establecidas⁵³. Tras la gonadectomía, es necesaria además la monitorización periódica (cada 3-5 años) de la densidad mineral ósea⁵⁴.

Existen pocos casos descritos de cáncer hormonodependiente en personas transexuales, sin embargo la probabilidad de aparición se incrementa con la duración de la exposición del tratamiento hormonal y la edad⁵⁵. Existen pocos casos reportados en la literatura de la aparición de cáncer de mama en transexuales.

Algunos estudios sugieren que la incidencia (tanto en mujeres como en hombres transexuales bajo tratamiento hormonal cruzado) no es superior que en la población general⁵⁶; no obstante es necesaria la realización de exámenes físicos regulares por parte de la persona transexual y el clínico⁵⁷. Se han descrito también casos aislados de cáncer de próstata en mujeres transexuales con inicio tardío de tratamiento hormonal, por lo que se recomienda a partir de los 50 años despistaje de patología prostática mediante determinación entre otros de PSA y valorar según ésta un examen digital rectal⁵⁸.

Recomendación

103

Se recomienda un seguimiento estrecho clínico-analítico por el especialista en Endocrinología de la UIG cada 3-4 meses el primer año de tratamiento hormonal y posteriormente cada 6-12 meses.

Se recomienda que en las personas transexuales bajo tratamiento hormonal se realice despistaje de factores de riesgo cardiovascular durante el seguimiento.

Se recomienda monitorización periódica (cada 3-5 años) de la densidad mineral ósea tras la gonadectomía.

Se recomienda que los hombres transexuales sigan las indicaciones para la población general para el screening del cáncer de mama.

Se recomienda que las mujeres transexuales sigan las indicaciones para la población general para el screening del cáncer de próstata a partir de los 50 años.

⁵¹ Moreno-Pérez et al 2012; Wylie C Hembree et al 2009

⁵² Wylie C Hembree et al 2009

⁵³ Hembree et al 2009; American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008

⁵⁴ Moreno-Pérez et al 2012

⁵⁵ Mueller et al 2008

⁵⁶ Gooren et al 2013; Brown et al 2015

⁵⁷ Moreno-Pérez et al 2012; Wylie C Hembree et al 2009

⁵⁸ Moreno-Pérez et al 2012; Wylie C Hembree et al 2009; Gooren et al 2014; Trum et al 2015

Tabla 1. Efectos favorables y desfavorables del tratamiento hormonal cruzado

	ESTRÓGENOS Y ANDRÓGENOS	TESTOSTERONA
Favorables	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperplasia mamaria. - Descenso de erección, espermatogénesis y volumen testicular. - Descenso de vello terminal. - Leve modificación voz. - Distribución femenina de la grasa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atrofia mamaria parcial. - Amenorrea secundaria. - Hipertrofia de órgano eréctil. - Aumento de vello terminal sexual. - Modificación tono voz. - Aumento de la masa muscular.
Desfavorables	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión. - Descenso anómalo de libido. - Aumento prolactina. - Trombosis venosa. - Insuficiencia hepática. - Colelitiasis. - Infrecuentes: cáncer de mama, próstata. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas agresivas, psicosis. - Aumento anómalo de libido. - Acné facial. - Alopecia androgénica. - Hiperplasia endometrial. - SAOS. - Poliglobulia. - Hepatopatía.

• VALORACIÓN QUIRÚRGICA. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

¿Cuál es la valoración médica que se recomienda realizar antes de iniciar las intervenciones quirúrgicas?

Las cirugías sobre los caracteres sexuales secundarios y sobre genitales son, habitualmente, el último escalón en el tratamiento de algunas de las personas transexuales.

Mientras que en algunas personas transexuales hay una buena aceptación de la imagen corporal, en otras ocasiones la cirugía genital resulta esencial en el tratamiento final. En este último grupo, la modificación quirúrgica de los caracteres sexuales primarios y secundarios permite alcanzar mayor congruencia con la identidad sexual.

Por lo tanto, es necesaria una evaluación individualizada de cada caso en sesión clínica por todos los miembros de la UIG.

Como en cualquier intervención quirúrgica, es necesario un estudio preoperatorio realizado por el anestesta y en el que se confirma que el estado de salud del paciente es óptimo para poder llevar a cabo la intervención. Dicho estudio, como se ha indicado, es realizado por el anestesta mediante una correcta anamnesis y exploración física, que se ven apoyadas por diferentes pruebas:

1. Radiografía de tórax.
2. Analítica, que incluye estudio de hematimetría y coagulación, así como un perfil preoperatorio de bioquímica.
3. Electrocardiograma.

Estas pruebas pueden completarse con otras si así lo estima oportuno el anestesista que realiza la evaluación pre-operatoria.

Este estudio preoperatorio determina un riesgo anestésico que se clasifica por la escala (ASA) y tiene una validez que oscila entre los 6 y los 12 meses, en función de dicho riesgo.

Recomendación

Se recomienda una valoración médica quirúrgica completa previa a la consideración de una propuesta de intervención quirúrgica.

¿En qué situaciones está contraindicada la intervención quirúrgica?

Como se ha planteado previamente, solamente aquellas personas que muestran deseo de contar con genitales acordes a su sexo sentido se beneficiarían de una intervención quirúrgica. Para ello, se consideran una serie de criterios, sin el cumplimiento de los cuales quedaría rechazada la cirugía o pospuesta hasta el cumplimiento de los mismos. Dichos criterios de intervención serían:

- Ser mayor de 18 años en el caso de cirugía genital.
- Conocimiento de los distintos tipos de técnicas quirúrgicas, irreversibilidad de la cirugía y sus limitaciones, tiempo de hospitalización, posibles complicaciones y rehabilitación, con la firma de consentimientos informados.
- Aprobación por la Unidad multidisciplinar.

Así mismo, el riesgo anestésico asociado al estado de salud general de la persona, puede contraindicar la cirugía; al menos, hasta que el estado de salud general del paciente mejore en los casos en que esto fuera posible.

Toda esta información debe proporcionarse por escrito y en un lenguaje claro, y debe plantearse previamente a la intervención, de modo que puedan solventarse las dudas y la persona pueda firmar el consentimiento adecuadamente informado.

Recomendación

Se recomienda la valoración quirúrgica previa a la intervención y cumplir con una serie de criterios de intervención entre los que se incluye la mayoría de edad, y el conocimiento y la asunción de las consecuencias de la intervención.

¿Cuáles son los objetivos de la intervención quirúrgica?

La intervención quirúrgica permite una modificación de los caracteres sexuales primarios y secundarios que posibilita alcanzar una mayor congruencia con la identidad sexual en algunas personas.

Así mismo, la cirugía tiene como objetivo alcanzar el mejor resultado funcional posible desde diferentes puntos de vista:

- Urológico.
- Sensitivo.
- Sexual.

En todos los casos resulta vital un seguimiento postoperatorio a largo plazo, lo que ayuda a identificar las posibles dificultades postoperatorias que pudieran surgir y poder, por tanto, actuar en consecuencia. En definitiva, el seguimiento de la persona ayuda a mejorar la calidad del resultado quirúrgico.

Recomendación

Se recomienda un seguimiento postoperatorio a largo plazo que identifique tempranamente las complicaciones y proponga medidas para paliarlas de manera satisfactoria.

¿Cuál es la intervención quirúrgica más adecuada en el caso de mujeres transexuales? ¿Qué beneficios, riesgos/efectos secundarios tiene?

Las intervenciones quirúrgicas en las mujeres transexuales se agrupan en dos grupos en función de la región anatómica:

- 1. Cirugía mamaria:** mamoplastia de aumento con prótesis o lipofilling.
- 2. Cirugía genital:** penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y vulvoplastia.

La mamoplastia de aumento se realiza, habitualmente, mediante prótesis mamarias y, ocasionalmente, mediante técnicas de lipofilling. En el primer supuesto las infecciones y la contractura capsular, aunque poco frecuentes, son las complicaciones más habituales. En el caso del lipofilling, la necrosis grasa y la consecuente pérdida del volumen implantado, junto con las infecciones y hematomas (comunes a cualquier intervención quirúrgica) son las complicaciones más probables.

La cirugía genital en las mujeres transexuales incluye penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y labioplastia, mediante la técnica de inversión de piel peneana (considerada como técnica gold-standard (Gennaro Selvaggi et al, 2005; Horbach et al,

2015); siendo la sensibilidad erógena, así como la creación de una vagina funcional para las relaciones sexuales y el resultado estético más aceptable, los principales objetivos de esta cirugía. La técnica de vaginoplastia intestinal puede ser una alternativa.

Las complicaciones más comunes de esta cirugía son:

1. Necrosis parcial o completa de la vagina y los labios.
2. Aparición de fístulas recto-vaginales.
3. Estenosis de uretra.
4. Creación de vaginas de longitud insuficiente para las relaciones sexuales.

Se debe tener en cuenta que puede ser necesaria una segunda intervención para mejorar el aspecto estético y/o funcional de las mamas y de los genitales.

Recomendación

Se recomienda una valoración individualizada de la cirugía genital en mujeres transexuales.

La intervención quirúrgica de elección en la mamoplastia de aumento se debe realizar de manera individualizada y puede incluir el lipofilling y las prótesis mamarias.

La intervención quirúrgica de elección en la cirugía genital es la inversión de piel peneana. La técnica de vaginoplastia intestinal puede ser una alternativa.

107

¿Cuál es la intervención quirúrgica más adecuada en el caso de hombres transexuales? ¿Qué beneficios, riesgos/efectos secundarios tiene?

Al igual que el caso anterior, podemos dividir las intervenciones quirúrgicas en dos grupos, en función de la región anatómica:

1. Cirugía mamaria: mastectomía.
2. Cirugía Genital: reconstrucción de pars fixa de uretra, faloplastia, vaginectomía, escrotoplastia, y colocación de prótesis peneana y testicular.

La técnica de mastectomía en estas personas viene condicionada por el volumen mamario, de modo que en ocasiones puede ser suficiente con una mastectomía subcutánea, mientras que en otros casos puede ser necesario practicar una resección cutánea e incluso realizar un injerto libre del complejo areola-pezones⁵⁹. Por lo tanto, las posibles complicaciones, incluyen:

⁵⁹ Monstrey et al, 2008

1. Necrosis de complejo areola-pezones y/o pérdida de sensibilidad.
2. Irregularidades de contorno.
3. Cicatrices in-estéticas.

La faloplastia es el principal procedimiento genital en estas personas y se acompaña de vaginectomía, escrotoplastia, uretroplastia y colocación de prótesis peneana para conseguir erección, y de prótesis testicular⁶⁰.

Entre las técnicas de faloplastia, la más común es la creación de un neopene mediante un colgajo libre antebraquial⁶¹ basado en la arteria radial y su pedículo vasculonervioso concomitante. Sus objetivos son:

- Creación de un neopene estéticamente aceptable.
- Posibilidad de erección, para las relaciones sexuales, y de sensibilidad táctil y erógena.
- Micción a través de la neouretra.

Sin embargo, se trata de técnicas complejas, no exentas de posibles complicaciones que pueden requerir intervenciones adicionales para mejorar el resultado funcional y estético. Entre dichas complicaciones destacamos:

1. Estenosis y fístulas urinarias.
2. Necrosis parcial o completa del neopene.
3. Resultado estético y/o funcional que no concuerdan con las expectativas.

Recomendación

Se recomienda una valoración individualizada de la cirugía genital en hombres transexuales. La intervención quirúrgica genital de elección en la mastectomía es dependiente del volumen mamario y puede incluir mastectomía subcutánea, resección cutánea e injerto libre del complejo areola-pezones.

La intervención quirúrgica de elección es la creación de un neopene mediante colgajo libre antebraquial.

⁶⁰ Gennaro Selvaggi et al, 2009

⁶¹ Monstrey et al, 2009

6.5.3. RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

• ATENCIÓN SANITARIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Se recomienda la formación y puesta al día de los profesionales de la Atención Primaria en el campo de la diversidad sexual, para que pueda ejercer con competencia el papel de coordinación de los agentes sociales, educativos y sanitarios especializados que intervienen en la atención a las personas transexuales, así como el acompañamiento y soporte de éstas a lo largo del tiempo.
- Se recomienda a los pediatras de atención primaria derivar a Unidad de Identidad de Género a los menores cuya identidad sexual no coincide con el sexo asignado al nacer, fundamentalmente si coexisten síntomas añadidos de ansiedad, depresión, ideas autolíticas, conflictos en la relación con pares (bullying) o con los padres.
- Los y las pediatras de Atención Primaria tienen un papel crucial en la detección de niños o niñas en situación de transexualidad, así como en el acompañamiento y ayuda a los padres para comprender la realidad de sus hijos e hijas, especialmente antes de que alcancen la pubertad.
- La misión de las y los médicos de familia, será atender a adolescentes y adultos en situación de transexualidad con respeto y consideración, apoyando, aconsejando y acompañando en todo momento y aliviando su malestar, si lo hubiera, además de la intervención de otros especialistas de la UIG con los que se recomienda mantener comunicación fluida.

109

• PUERTA DE ENTRADA A LA UIG. ACOGIDA DE LAS PERSONAS

- Se recomienda que la acogida a estas personas se realice por el primer especialista de la UIG con el que estén citados, dejando claro desde el primer momento que se les atiende desde la UIG y no desde el Servicio de Psiquiatría o de Endocrinología del hospital.
- La identificación de la condición de transexualidad (según lo previsto en la Ley 14/2012) se podrá realizar en la UIG o fuera de ella. Pero el acceso a cualquier tratamiento médico o quirúrgico requerirá, en todos los casos, la verificación de la condición de transexualidad y un diagnóstico diferencial y de comorbilidad, que incluya valoración endocrinológica así como psicopatológica.

Edad pediátrica

• IDENTIFICACIÓN DE CASOS.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y SOPORTE TERAPÉUTICO

- La identificación de la condición de transexualidad en la infancia se hace a través de la escucha activa del propio relato del niño o niña, posibilitando la expresión de su propia identidad y asegurando que el relato es auténtico y no condicionado por agentes externos (socio-familiares) o internos (psicopatología). Es un proceso

extenso, complejo y muy individualizado que es recomendable hacer en una Unidad de Identidad de Género que incluya profesionales de psiquiatría infantil y psicología así como de la endocrinología pediátrica.

- Si se trata de un niño o una niña pre púber, recomendamos hacer la entrevista inicial con los padres/madres o tutores y en caso de identificar una necesidad de atención psiquiátrica/psicológica para el niño/a se intervendrá con el menor. Si así lo desea la familia, por proximidad geográfica, se derivará a las Unidades de Psiquiatría Infantil (UPI) de referencia y siempre se podrá consultar desde las UPI con Psiquiatría Infantil o de la UIG del H.U. Cruces.
- Se recomienda que además de un buen apoyo social, y apoyo psico-emocional por parte del equipo de Salud Mental, la persona menor y sus tutores conozcan con certeza los efectos de los tratamientos endocrinológicos, sus beneficios (expectativas reales) y riesgos, así como el compromiso a realizar seguimiento psicológico-endocrinológico establecido.
- Recomendamos que el abordaje psicológico debe ser individualizado e integral y atender:
 - Al niño o la niña mediante psicoeducación de la transexualidad; acompañamiento y apoyo psico-emocional; asesorar en el inicio de la transición social si es que no se ha producido todavía; psicoterapia (si fuera necesaria) para mejorar la autoestima y la utilización de estrategias de afrontamiento ante las dificultades que refiere.
 - A la familia proporcionando información, estrategias de apoyo y resolución de situaciones complejas y acompañando el tránsito.
 - Asesoramiento a la escuela.
- En el caso de que no se haya iniciado el tránsito social, ante la inexistencia de evidencia científica suficiente, se recomienda al equipo de salud mental de la UIG proporcionar información que ayude a las familias a tomar decisiones sobre momento y proceso de cambio en el rol de género de sus hijos o hijas. Una vez tomada la decisión por parte del niño o niña y su familia, el papel de los profesionales sanitarios (de la UIG y/o de atención Primaria) será acompañarles durante el mismo.

• VALORACIÓN ENDOCRINOLÓGICA

- Antes de iniciar la terapia hormonal de un o una menor transexual recomendamos realizar una serie de exploraciones complementarias detalladas en los consensos actuales. Parte de estas exploraciones han de repetirse de forma periódica durante el tiempo que se mantenga el tratamiento hormonal.
- La intervención hormonal se contraindica cuando no se ha identificado la condición de transexualidad o, si a pesar de serlo, el/la menor no desea ser tratado.
- Recomendamos iniciar la intervención hormonal cuando se requiera frenar el desarrollo puberal en el sexo asignado y, posteriormente, inducir el desarrollo de caracteres sexuales secundarios en el sexo sentido.

- Recomendamos informar de forma detallada a el/la menor transexual y a sus tutores de los posibles eventos adversos derivados del tratamiento hormonal (estrógenos o testosterona) antes de iniciar cualquier actuación, y cumplimentar un consentimiento informado.
- Recomendamos iniciar tratamiento con análogos de GnRH en menores transexuales que así lo soliciten en estadio II de Tanner, para frenar el desarrollo de los caracteres sexuales en el sexo asignado, tras haberse hecho un análisis completo desde el punto de vista endocrinológico, haber informado de forma detallada a el/la menor y sus padres de los efectos clínicos esperables y de los posibles efectos adversos, y tras la cumplimentación de un consentimiento informado.
- Recomendamos hacer un seguimiento periódico desde el punto de vista endocrinológico de la terapia hormonal (estrógenos o testosterona): valorar la eficacia del tratamiento, realizar los ajustes de dosis necesarios, las exploraciones complementarias periódicas establecidas y hacer un seguimiento de los posibles efectos adversos.

Edad adulta

• IDENTIFICACIÓN DE CASOS.

EVALUACIÓN ENDOCRINOLÓGICA, PSIQUIÁTRICA Y SOPORTE TERAPÉUTICO

- Se recomienda realizar una correcta verificación de la condición, con un adecuado despistaje tanto psicopatológico como endocrinológico, ya que la falta de certeza en esta fase puede asociarse a actuaciones contradictorias y/o perjudiciales en fases posteriores y es un factor predictivo negativo de la evolución ulterior.
- Se recomienda realizar una evaluación psicológica, complementada por pruebas psicométricas, para ampliar el conocimiento de la persona y valorar posibles áreas de intervención y ayuda. Esta evaluación, se adaptará en su intensidad y duración al grado de evolución y maduración de la persona en su condición de transexual.
- En adultos, se recomienda apoyar a cada persona en su decisión de iniciar el tránsito social. Este tránsito social no se deberá exigir como requisito para el inicio de terapias hormonales o quirúrgicas.
- El paso al tratamiento hormonal en adultos, se debiera realizar una vez identificada o verificada la condición, que sean conocedores de los beneficios y riesgos del tratamiento hormonal y se comprometen a llevar un seguimiento por los profesionales de la UIG durante el proceso.
- La derivación para valoración quirúrgica se debe realizar una vez que la persona solicitante de la intervención se le haya realizado la identificación de la condición de transexualidad en la UIG, y se analizará de forma individualizada el cumplimiento de los demás requisitos.

• VALORACIÓN ENDOCRINOLÓGICA. INTERVENCIÓN HORMONAL

- Se recomienda realizar una correcta valoración clínica (historia clínica y exploración física detallada) y la realización de pruebas complementarias (incluyendo analítica completa, cariotipo, serologías, estudios de composición corporal y densitometría) previo al inicio del tratamiento hormonal.
- Se recomienda que las patologías que puedan ser exacerbadas por el tratamiento hormonal o lo contraindiquen sean evaluadas previas al inicio del tratamiento.
- Se recomienda que las personas transexuales sean informadas de los objetivos, efectos favorables y posibles efectos secundarios del tratamiento hormonal, y firmar previo al tratamiento el consentimiento informado establecido en la UIG.
- Se recomienda que las personas transexuales sean informadas y aconsejadas acerca de las opciones de fertilidad previamente al tratamiento hormonal.
- Recomendamos que el tratamiento hormonal sea indicado y monitorizado por un endocrinólogo con experiencia en el manejo de esteroides sexuales integrado en la UIG.
- En el caso de las mujeres transexuales, se recomienda iniciar el tratamiento hormonal con estrógenos y antiandrógenos. Tras la gonadectomía, si fuera el caso, se recomienda mantener únicamente el tratamiento con estrógenos.
- Se recomienda plantear los diferentes tipos y vías de administración de los estrógenos, individualizando en cada caso la más adecuada.
- Se recomienda mantener los niveles de estrógenos en el rango fisiológico normal de una mujer premenopáusica.
- En el caso de los hombres transexuales, se recomienda tratamiento hormonal con testosterona, que ha de mantenerse también tras la gonadectomía, si fuera el caso.
- Se recomienda plantear los diferentes tipos y vías de administración de la testosterona, individualizando en cada caso la más adecuada.
- Se recomienda mantener los niveles de hormonas sexuales en el rango fisiológico normal del sexo masculino.
- Se recomienda un seguimiento estrecho clínico-analítico por el especialista en Endocrinología de la UIG, cada 3-4 meses el primer año de tratamiento hormonal, y posteriormente cada 6-12 meses.
- Se recomienda que en las personas transexuales bajo tratamiento hormonal se realice despistaje de factores de riesgo cardiovascular durante el seguimiento.
- Se recomienda monitorización periódica (cada 3-5 años) de la densidad mineral ósea tras la gonadectomía.

-
- Se recomienda que las personas transexuales sigan las recomendaciones de la población general para el screening del cáncer de mama.
 - Se recomienda que las mujeres transexuales sigan las recomendaciones de la población general para el screening del cáncer de próstata a partir de los 50 años.

• VALORACIÓN QUIRÚRGICA. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- Se recomienda una valoración médica quirúrgica completa previa a la consideración de una propuesta de intervención quirúrgica.
- Se recomienda la valoración quirúrgica previa a la intervención y cumplir con una serie de criterios de intervención entre los que se incluye la mayoría de edad y el conocimiento y la asunción de las consecuencias de la intervención.
- Se recomienda un seguimiento postoperatorio a largo plazo que identifique tempranamente las complicaciones y proponga medidas para paliarlas de manera satisfactoria.
- Se recomienda una valoración individualizada de la cirugía genital en mujeres transexuales.
- La intervención quirúrgica de elección en la mamoplastia de aumento se debe realizar de manera individualizada y puede incluir el lipofilling y las prótesis mamarias.
- La intervención quirúrgica de elección es la inversión de piel peneana. La técnica de vaginoplastia intestinal puede ser una alternativa.
- Se recomienda una valoración individualizada de la cirugía genital en hombres transexuales.
- La intervención quirúrgica de elección en la mastectomía es dependiente del volumen mamario y puede incluir mastectomía subcutánea, resección cutánea e injerto libre del complejo areola-pezones.
- La intervención quirúrgica de elección es la creación de un neopene mediante colgajo libre antebraquial.

6.5.4. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Gender dysphoria. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013. p.451.
2. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 2015; 30(6):807-15.
3. Asenjo-Araque N, Portabales-Barreiro L, Rodríguez-Molina JM, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Clínica Contemporánea* 2013; 4(2): 161-70.
4. Asenjo-Araque N, Rodríguez Molina JM, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde la Atención Primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Semergen*, 2011; 37 (2):87-92.
5. Australasian Paediatric Endocrine Group. Gender Identity Disorder Guidelines. Acceso en: <http://www.apeg.org.au/Portals/O/guidelines.pdf>
6. Becerra-Fernández A, Lucio-Pérez MJ, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Pérez-López, G, Rabito MF, Román MM. Transexualidad y adolescencia. *Revista Internacional de Andrología*, 2010; 8(4):165-171. Acceso en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-transexualidad-adolescencia-90001086>
7. Bockting WO, Knudson G, Goldberg JM. Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*. 2006; 9(3-4):35-82.
8. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJG. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sex Med* 2008; 5: 1892-7.
9. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2003; 31(1):41-53.
10. Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, de Vries ALC. Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2011; 20: 689-700.
11. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH. Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7:246.
12. Dahl M, Feldman JL, Goldberg J, Jaber A, Vancouver Coastal Health (2015). Endocrine therapy for transgender adults in British Columbia: Suggested guidelines. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health. Acceso en: http://transhealth.vch.ca/wp-content/uploads/sites/15/2016/01/BC_Trans_Adult_Endocrine_Guidelines_2015-Ver1.2-updated-Jan-11-2016.pdf

-
13. De Prado Alonso M. Atención a la diversidad afectivo-sexual en Primaria y prevención de la discriminación. Trabajo de fin de grado: Proyecto didáctico. 2015. Acceso en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/12987>
 14. De Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex* 2012; 59:301
 15. De Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 52(11):1195-202.
 16. De Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar EC, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014; 134(4):696-704.
 17. De Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Discord*. 2010; 40(8):930-6.
 18. De Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med*. 2011; 8(8):2276–2283.
 19. De Vries ALC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-Van de Wall H. Caring for transgender adolescents in BC: suggested guidelines 2006. Acceso en: <http://www.amsa.org/wp-content/uploads/2015/04/CaringForTransgenderAdolescents.pdf>
 20. Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol* 2006; 155 (suppl 1): S131-S137.
 21. Drescher J, Byne W. Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex* 2012; 59:501.
 22. Egan SK, Perry DG. Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Dev Psychol* 2001; 37:451.
 23. Esteva de Antonio, N. Asenso-Araque, F. Hurtado-Murillo M. Fernández-Rodríguez, A. Vidal-Hagemeijer, O. Moreno-Pérez MJ. Lucio-Pérez, JP. López Siguero y Grupo GIDSEEN. Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN) 5 Position statement: Gender Dysphoria in childhood and adolescence. Gender Identity and Sexual Development Working Group, Spanish Society of Endocrinology and Nutrition (GIDSEEN) *Revista de sexología* 2015; 4 (1).
 24. García-Mañas A, Como trabajar sexología con jóvenes y adolescentes. Ed. Síntesis. 2015.
 25. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3rd, Spack NP, Tangpricha V, Montori VM; Endocrine Society. Endocrine treatment

of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009; 94(9):3132-54.

26. Henriette A. Delemarre-van de Waal H, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology* 2006; 155:S131 – S137.
27. Henriette A. Delemarre-van de Waal H. Chapter 10: Early Medical Intervention in Adolescents with Gender Dysphoria. In, B.P.C. Kreukels et al. (eds.): *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge, Focus on Sexuality Research*. DOI 10.1007/978-1-4614-7441-8_10 © Springer Science + Business Media New York 2014.
28. Horbach SE, Bouman MB, Smit JM, Özer M, Buncamper ME, Mullender MG. Outcome of Vaginoplasty in Male-to-Female Transgenders: A Systematic Review of Surgical Techniques. *J Sex Med.* 2015 ; 12(6):1499-512.
29. Johnson LL, Bradley SJ, Birkenfeld-Adams AS, Kuksis MA, Maing DM, Mitchell JN, Zucker KJ. A parent-report gender identity questionnaire for children. *Arch Sex Behav.* 2004; 33(2):105-16.
30. Landarroitauregi J. Términos, conceptos y reflexiones para una comprensión sexológica de la transexualidad. *Punto de Lectura, Instituto de sexología sustantiva. ISESUS. Anuario de sexología.* 2000; 6: 79-126. AEPS. ISSN 1137-0963. Acceso en: <https://sexologiaenredessociales.files.wordpress.com/2013/08/a6-5-landa.pdf>
31. Lev AI. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
32. Lev AI. The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism.* 2009; 11(2): 74–99.
33. Martín Zurro A, Jodar Solà G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. *Atención Primaria: Concepto, organización y práctica clínica*, 7, 3-16.
34. Monstrey S, Hoebeke P, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Blondeel P, Hamdi M, Roche N, Weyers S, De Cuyper G. Penile reconstruction: is the radial forearm flap really the standard technique? *Plast Reconstr Surg.* 2009; 124(2):510-8.
35. Monstrey S, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Bowman C, Blondeel P, Hamdi M, De Cuyper G. Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: a new algorithm. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 121(3):849-59.
36. Navarro-Pérez P, Ortiz-Gómez T, Gil-García E. La producción científica biomédica sobre transexualidad en España: análisis bibliométrico y de contenido (1973-2011). *Gaceta Sanitaria*, 2015; 29(2), 145-151.
37. Olson J, Forbes C, Belzer M, Management of the Transgender Adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165(2):171-176.
38. Olson KR. Prepubescent Transgender Children: What We Do and Do Not Know. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016; 55(3):155-156.

-
39. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*. 2016; 137(3):1-8.
 40. Olson KR, Key AC, Eaton NR. Gender cognition in transgender children. *Psychol Sci*. 2015; 26(4):467-74.
 41. Parliamentary Assembly. Origin - Assembly debate on 22 April 2015 (15th Sitting) (see Doc. 13742, report of the Committee on Equality and Non-Discrimination, rapporteur: Ms Deborah Schembri). Text adopted by the Assembly on 22 April 2015 (15th Sitting). Acceso en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=21736&lang=EN>
 42. Polo-Usaola C, Olivares-Zarco D. Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 2011; 31 (110), 285-302. Acceso en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/08.pdf>
 43. Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araqye N, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *Semergen*. 2011; 37(2): 61—6. Acceso en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90000170&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=40&ty=134&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v37n02a90000170pdf001.pdf
 44. Rosenthal SM. Approach to the Patient: Transgender Youth: Endocrine Considerations. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99 (12):4379–4389.
 45. Saraswat A, Weinand JD, Safer JD. Evidence supporting the biologic nature of gender identity. *Endocr Pract*. 2015; 21(2):199-204.
 46. Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuypere G, VanLanduyt K, Blondeel P, Hamdi M, Bowman C, Monstrey S. Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg*. 2005; 116(6):135e-145e.
 47. Selvaggi G, Hoebeke P, Ceulemans P, Hamdi M, Van Landuyt K, Blondeel P, De Cuypere G, Monstrey S. Scrotal reconstruction in female-to-male transsexuals: a novel scrotoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2009; 123(6):1710-8.
 48. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics* 2012; 129:418-25.
 49. Spack NP. Management of transgenderism. *JAMA*. 2013; 309(5):478-84.
 50. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011; 16:499.
 51. Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 2011; 40(4):649–650.

-
52. Steensma TD, van der Ende J, Verhulst FC, Cohen-Kettenis PT. Gender variance in childhood and sexual orientation in adulthood: a prospective study. *J Sex Med* 2013; 10:2723-33.
 53. Vance SR Jr, Ehrensaft D, Rosenthal SM. Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics*. 2014; 134(6):1184-92.
 54. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:1413.
 55. Wallien MS, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(10):1307-14.
 56. Walter J. Meyer III, MD. Gender Identity Disorder: An Emerging Problem for Pediatricians. *Pediatrics* 2012; 129 (3): 571-573.
 57. Wittich RM. Atención psicomédica a personas transexuales en España en la era de la despatologización de la transexualidad como trastorno mental. Una revisión global. Estación experimental del Zaidín, Consejo superior de investigaciones científicas, Granada; España. *Endocrinología y Nutrición* 2013; 60 (10): 599-603
 58. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). WPATH Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th Version. 2011. Acceso en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf
 59. Wylie C. Hembree, Peggy Cohen-Kettenis, Henriette A. Delemarre-van de Waal, Louis J. Gooren, Walter J. Meyer III, Norman P. Spack, Vin Tangpricha, and Victor M. Montori. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. September 2009; 94(9): 3132–3154.
 60. Yunger JL, Carver PR, Perry DG. Does gender identity influence children's psychological well-being? *Dev Psychol* 2004; 40: 572-582.
 61. Zucker KJ. On the “natural history” of gender identity disorder in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 1361-63.
 62. Zucker, KJ, Owen A, Bradley SJ, Ameeriar L. Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2002; 7(3):398–411.