

A thick, horizontal green brushstroke with a rough, textured edge, extending from the left side of the page towards the center.

6.

Helburua eta
jarduteko esparruak

OSASUNAREN ESPARRUA

6.1. ETIOLOGIA, INTZIDENTZIA ETA PREBALENTZIA

6.1.1. ETIOLOGIA

Transexualitatearen etiologiari buruzko eztabaida etengabea da, eta hainbat jarreraren defendatzaile sutsuak daude: batzuek arrazoi biologiko edo zerebralak bilatzen dituzte, eta beste batzuen ustez fenomeno horrek gizartearen edo kulturaren arloko kausak baino ez ditu. Gaur egun gehiengoak ados dago ezin dela ezer zehatzik esan argi eta garbi, baina azkenaldiko ikerketen arabera, genero-nortasunaren adierazpen ez-konbentzionalek jatorri biologikoa dute, antza⁶. Hala ere, dokumentu honen xedea ez da transexualitatearen izaera eta jatorria aztertzea, baizik eta osasun-sistematik zer jardun bideratu behar diren zehaztea, modu pragmatikoan, osasun-zerbitzu espezifikoak eskatzen dituzten pertsonen kudeaketari dagokionez sistemak berak duen ikuspegitik begiratuta.

6.1.2. INTZIDENTZIA ETA PREBALENTZIA

Ez dago azterlan zehatz eta formalik transexualitatearen intzidentziari eta prebalentziari buruz, eta are gutxiago, genero-portaera ez-konbentzionalei buruz, oro har, edo ez delako horrelako azterketarik egin, edo estimazio errealistak lortzeko egin diren ahaleginek zailtasun izugarriak izaten dituztelako⁷. Badira prebalentziari buruzko hainbat azterlan, eta horien arabera, pertsona transexualen proportzioa antzekoa den arren, onartu behar dugu herrialde batetik bestera kultura-arloan dauden aldeen eraginez aldatu egingo liratekeela bai genero-nortasunen adierazpenak eta portaera-agerpenak, bai sentitutako edo hautemandako sexua –biologikoki esleitutakoarekin bat ez datorrena– populazio batean benetan zenbateraino agertzen den ere. Egia da herrialde gehienetan generoaren muga normatiboa gainditzeak zentsura morala eragiten duela egoera ulertu beharrean, baina zenbait kulturatan gertatzen da generoaren portaera ez-arauzkoak (esate baterako, lider espiritualen kasuan) ez direla hainbestearaino estigmatizatzen eta, zenbait kasutan, gurtu ere egiten dituztela⁸.

Transexualitateari buruzko prebalentzia-azterlanen berrikuspen sistematikoak eta meta-azterketak berriki ondorioztatu dutenez, azken 50 urteotan, transexualitatearen prebalentziari buruzko hainbat estimazio egin dira eta estimazio horiek oso desberdinak izan dira, hein batean, erabili duten metodologiarengatik, erabili duten sailkapen diagnostikoarengatik, eta azterketak egin ziren urte eta herrialdearengatik. 12 azterlanen meta-azterketan 4,6 kasuko prebalentzia ezarri zuten 100.000 biztanle bakoitzeko: emakume transexualen kasuan 6,8, eta gizon transexualen kasuan 2,6. Datuak denboraren

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

arabera aztertuta, denborak aurrera egin ahala aztertutako prebalentzia gero eta handiagoa dela esan daiteke⁹. Autoreek diotenez, azken urteotan transexualitatearen estimazio errealagoak egin diren arren, estimazio gehienek akats metodologikoak dituzte eta osasun-sistemaren ikuspegitik begiratuta egin dituzte hurbilketa-azterlanak, ez biztanleria orokorraren ikuspegitik begiratuta. Izan ere, 2-16 urtekoei dagokienez, Chrysallis Euskal Herria elkarteak dienez elkarteko kide diren familietako adingabeak aintzat hartuz gero, transexualitate-egoeran dauden adingabeen prebalentzia-tasa handiagoa da bai EAEn, bai Nafarroan. Nafarroaren kasuan, iraganbidea jada egin duten Elkarteko adingabeekin jada gaitzen da 1/10.000 tasa.

⁹ Arcelus et al, 2015

6.2. HELBURUAK

Hona hemen lan honen helburuak:

HELBURU OROKORRA

EAEko Osasun Sistematik modu integralean jarduteko esparrua ezartzea osasun-sistemaren partaidetza behar duten pertsona transexualen kasuetarako.

HELBURU ESPEZIFIKOAK

Asistentzia-maila guztietan ezarriko diren jarraibideak eta jardunbiderako gomendioak ezartzea.

Adin pediatrikoa:

- Gomendio eta zirkuituak egitea kasuak identifikatzeko eta bereizita lantzeko
- Ebaluazio psikiatrikoa eta psikologikoa egiteko gomendioak prestatzea eta, hala badagokio, laguntza psiko-emozionala eta/edo arreta psikiatrikoa ematea
- Balioespen endokrinologikoa egiteko gomendioak prestatzea eta, hala badagokio, tratamendu hormonala egitea

Helduaroa:

- Gomendio eta zirkuituak egitea kasuak identifikatzeko eta bereizita lantzeko
- Ebaluazio psikiatrikoa eta psikologikoa egiteko gomendioak prestatzea eta, hala badagokio, laguntza psiko-emozionala eta/edo arreta psikiatrikoa ematea
- Balioespen endokrinologikoa egiteko gomendioak prestatzea eta, hala badagokio, tratamendu hormonala egitea
- Balioespen kirurgikoa egiteko gomendioak prestatzea eta, hala badagokio, ebakuntza kirurgikoa egitea

6.3. METODOLOGIA

6.3.1. GALDERAK ZEHAZTEA. PICO FORMATUA (PAZIENTEAK, ESKU-HARTZEA, KONPARAZIOA ETA EMAITZAK)

Galderak talde klinikoak zehaztu zituen, koordinatzaile metodologikoaren laguntzarekin. Hasieran, galderak modu generikoan egin ziren eta gero PICO galderaren formatura aldatu ziren; dokumentu honen egituraren arabera sailkatu ziren galderak.

Galdera kliniko generiko batetik PICO metodoaren bidez bereziki egindako galdera batera igarotzeko, honako osagai hauek izan behar dira kontuan:

- **Pazientea/pertsona:** adin-taldeak, gaixotasunaren estadia (kasu honetan ez gara gaixotasunaz ari, egoeraz baizik), komorbiditatea eta abar.
- **Esku-hartzea:** teknika, gailua, botika, jokatzeko modua edo prozedura, faktore pronostikoa, agente etiologikoa, proba diagnostikoa eta abar.
- **Konparazioa:** aztergai den esku-hartzeaz besteko aukerari dagokio, hala nola: ohiko tratamendua edo plazeboa, arrisku-faktorarik eza, agente etiologikorik eza, urre-patroia edo erreferentziakoa proba diagnostiko batean eta abar.
- **Emaitzak (outcome-ak):** emaitza-aldagai klinikoki garrantzitsuak eraginkortasunari, pronostikoari edo etiologiari buruzko azterlanen kasuan, eta errendimendu edo baliozkotasunaren estimatzaileak.

Hasieran, jardun-esparruaren arabera banatu ziren: Lehen mailako arreta edo Genero Nortasunaren Nahasteetako Unitatea (GNNU).

Jarraian, pertsona transexualaren adinaren arabera: 1) heldua eta 2) adin pediatrikoa.

Horren ondorioz, blokeak azpi-ataletan banatu ziren. Adin pediatrikoa: a) kasuak identifikatzea. Ebaluazio psikologikoa eta laguntza psiko-emozionala; b) balioespen endokrinologikoa. Esku-hartze hormonal. Helduaroa: a) kasuak identifikatzea. Ebaluazio psikologikoa eta laguntza psiko-emozionala; b) balioespen endokrinologikoa. Esku-hartze hormonal; c) balioespen kirurgikoa. Ebakuntza kirurgikoa.

Lantaldeak honako **galdera** hauek zehaztu zituen:

OSASUN-ARRETA LEHEN MAILAKO ARRETAREN ESPARRUAN
Lehen mailako arretako pediatriak zer eginkizun betetzen du?
Familiako eta komunitateko medikuntzak zer eginkizun betetzen du?
GENERO NORTASUNAREN NAHASTEETAKO UNITATEAK (GNNU)
GNNU: zer dira eta zertarako balio dute?
Nola egiten zaio harrera GNNUra jotzen duen erabiltzaileari?

ADIN PEDIATRIKOKOEN OSASUN-ARRETA GNNUAN

KASUAK IDENTIFIKATZEA. EBALUAZIO PSIKOLOGIKOA ETA ENDOKRINOLOGIKOA

Nola identifika dezakegu adin pediatrikoko pertsonen transexualitate-egoera?

Haurrarekin elkarriketa egin behar da hasierako balioespenean? Eta jarraipenean?

Ikuspegi psikologikotik begiratuta, nola identifikatuko ditugu esku-hartze hormonolak mesede egin diezaiekeen adin pediatrikoko pertsonak?

Nola jokatu beharko genuke ikuspegi psikologikotik begiratuta adin pediatrikoko pertsonekin tratamendu hormonala hasteko?

Komeni al da adin pediatrikoan gizarte-iraganbidea egitea?

BALIOESPEN ENDOKRINOLOGIKOA. ESKU-HARTZE HORMONALA

Zer azterketa mediko egitea gomendatzen da adin pediatrikoko pertsonekin esku-hartze hormonala abiarazi aurretik?

Zer egoeratan dago kontraindikaturik esku-hartze hormonalak?

Zeintzuk dira esku-hartze hormonalaren helburuak?

Zer botika erabiltzen dira esku-hartze hormonalean adin pediatrikoko pertsona transexualekin? Seguruak al dira? Haien efektua itzulgarria ala itzulezina da? Zer arrisku/albo-ondorio dituzte?

73

HELDUEN OSASUN-ARRETA GNNUAN

KASUAK IDENTIFIKATZEA. EBALUAZIO PSIKOLOGIKOA ETA ENDOKRINOLOGIKOA

Nola identifika dezakegu transexualitate-egoera helduengan?

Zein ebaluazio psikologiko mota gomendatzen da?

Nola identifika ditzakegu, ikuspegi psikologikotik begiratuta, balioespen endokrinologikoa egitera bideratu behar diren pertsonak?

Nola identifika ditzakegu, ikuspegi psikologikotik begiratuta, balioespen kirurgikoa egitera bideratu behar diren pertsonak?

BALIOESPEN ENDOKRINOLOGIKOA. ESKU-HARTZE HORMONALA

Zer azterketa mediko egitea gomendatzen da esku-hartze hormonalak abiarazi aurretik?

Zer egoeratan dago kontraindikaturik esku-hartze hormonalak?

Zeintzuk dira esku-hartze hormonalaren helburuak?

Zein esku-hartze hormonal da egokiena emakume transexualen kasuan? Zer onura, arrisku/albo-ondorio ditu?

Zein esku-hartze hormonal da egokiena gizon transexualen kasuan? Zer onura, arrisku/albo-ondorio ditu?

Esku-hartze hormonalaren ondoren, jarraipeneko zer plan egitea gomendatzen da?

BALIOESPEN KIRURGIKOA. EBAKUNTZA KIRURGIKOA

Zer azterketa mediko egitea gomendatzen da ebakuntza kirurgikoa egin aurretik?

Zer egoeratan dago kontraindikaturak ebakuntza kirurgikoa?

Zeintzuk dira ebakuntza kirurgikoaren helburuak?

Zein ebakuntza kirurgiko da egokiena emakume transexualen kasuan? Zer onura, arrisku/albo-ondorio ditu?

Zein ebakuntza kirurgiko da egokiena gizon transexualen kasuan? Zer onura, arrisku/albo-ondorio ditu?

6.3.2. ONARTZEKO ETA KANPOAN UZTEKO IRIZPIDEAK

Informazio-bilaketa pragmatikoa egin zen, eta bereziki, honako hauek bilatu ziren: berrikuspen sistematikoak, jardunbide klinikoaren gidak eta adostasun-dokumentuak, esanbidezko metodologia dutenak.

Esanbidezko adostasuna ez duten dokumentuak, kalitate txikiko berrikuspen sistematikoak eta azterlan indibidualak alde batera utzi ziren.

6.3.3. INFORMAZIOA BILATZEA

Informazioa honako datu-base hauetan bilatu zen: Medline, Embase, National Guidelines ClearingHouse, Cochrane database of Systematic Reviews, CRD (INAHTA, NHS EED eta DARE).

6.3.4. IRAKURKETA KRITIKOA

Irakurketa kritikoa egiteko, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saileko Ostebaren FLC irakurketa kritikorako plataforma erabili zen. <http://www.lecturacritica.com/es/>.

6.3.5. GOMENDIOAK PRESTATZEA

Metodologia-koordinatzaileak lagunduta egin ziren gomendioak, SIGN metodoaren arabera. Scottish Guidelines Intercollegiate Network. <http://www.sign.ac.uk>

6.4. OSASUN-ARRETA LEHEN MAILAKO ARRETAREN ESPARRUAN

Osasun-arloko lehen mailako arreta osasun-sistema publikoan sartzeko atea da eta, sarbide den aldetik, pertsonen osasunarekin eta bizi-kalitatearekin lotutako prozesu guztietan inplikaturik dago. **Lehen Mailako Arretako Pediatraren eta Familia-medikuaren figura oso garrantzitsuak dira** bere eragin-esparruko pertsonari arreta integrala ematean. Pertsona batekin zuzeneko tratua izaten du jaiotzen denetik hiltzen den arte, eta horrek posizio pribilegiatua, irisgarritasuna eta gertutasuna, oro har, ematen dizkio; hartara, errazagoa izaten da transexualitate-egoeran dauden eta senitartekoen kezkak sumatzea eta komunikatzea, garapenaren esparru guztietan.

Lehen mailako arretako taldearen helburua da transexualitate-egoeran dagoen pertsonari edo askotariko genero-adierazpenak dituen pertsonari arreta integral individualizatua ematea bere prozesuarekin lotuta laguntza edo asistentzia eskatzen duen aldiro, betiere beste asistentzia-maila batzuetan balioesteko modukoak ez badira; halaber, noiznahi beharrezkoak izan daitezkeen prebentzio-neurri guztiez ere arduratu behar du, pertsonaren osasuna, oro har, hobetzeko.

Hitzartutako bisitaldietan eta bat-bateko hitzorduetan **aldebiko konfiantzazko harremana** sortzen da lehen mailako arretako profesionalen eta erabiltzaileen artean; beraz, lehen mailako arretako medikuaren eta erizainaren figura kokaleku estrategikoan daude osasun-premiak garaiz detektatzeko.

Transexualitatearen fenomenoak gero eta gehiago agertzen ari denez, lehen mailako arretako langileek funtsezko eginkizuna izan behar dute transexualitate-egoeran dagoenari ematen zaion asistentzia edo laguntza koordinatzen eta jarraipena egiten; hortaz, sexu-nortasunarekin eta genero-adierazpenen aniztasunarekin lotutako informazioa emateko jakintza eta trebetasunak izan beharko dituzte, halakorik eskatuz gero.

Transexualitatearekin lotutako osasun-premiak dinamikoak eta aldakorrak dira, eta arretan inplikaturik profesional guztiek –bereziki, lehen mailako arretako profesionalak– **ezkutuko premiak eta bete gabe geratu diren premiak hautemateko gai** izan beharko dute, eta horretarako oso garrantzitsua da kasu bakoitzean gizartearen, kulturaren eta familiaren ingurunearen balioespina egitea, une oro. Profesional guztiek **prestatuta eta eguneratuta** egon beharko dute sexu-aniztasunaren eremuan, asistentzia integrala eta kalitatezkoa ematea lortu nahi bada pertsonaren erabateko garapena ahalbidetzeko, artatzen ditugun pertsonen egoerak gorabehera.

Gomendioa

Lehen mailako arretako profesionalak sexu-aniztasunaren eremuan prestakuntza jasotzea eta eguneratuta egotea gomendatzen da, pertsona transexualei arreta emateko prozesuan parte hartzen duten eragile espezializatuak –gizartearen, hezkuntzaren eta osasunaren arloetakoak– koordinatzeko eginkizuna ganoraz bete dezaten, baita denborak aurrera egin ahala pertsona transexualei lagun egiteko eta laguntzeko ere.

6.4.1. LEHEN MAILAKO ARRETAKO PEDIATRIA

Lehen mailako arretako pediatriak zer eginkizun betetzen du?

Haurren Osasun Programen (HOP) helburua da 14 urtetik beherakoen osasuna zaintzea eta sustatzea honako jarduera hauen bitartez: osasun-hezkuntza, prebentzio-lanak egitea, gaixotasun jakin batzuen detekzio goiztiarra eta baheketa, eta auto-zaintza eta autonomia sustatzea.

Lehen mailako Arretako Pediatra (LAP) funtsezkoa da transexualitate-egoeran dagoen adingabe bat hautemateko eta, kasu askotan, adingabe horrek osasun-zerbitzuekin izaten duen lehen harremana pediateraren bidez izaten da. Horregatik, oso garrantzitsua da LAPak jakitea gizakiaren sexu-nortasuna nola garatzen den, oinarritzko mailan bada ere.

Pertsona batek bere nortasuna onartu eta adierazi ahal izateko garapen-maila psiko-kognitibo bat lortu behar du, baina maila hori lortzeko unea aldatu egiten da pertsona batetik bestera. Ohiko moduan, 2-3 urtetik aurrera, hitz egiten hasten direlarik, haur batek esan dezake mutila dela (“mutila naiz”) edo neska dela (“neska naiz”). Adierazpen horiek gero eta nabarmenagoak izango dira, eta denboran iraun egingo dute zentzu batean edo bestean, kanpo-baldintzatzailek gabe adierazteko bidea emanez gero.

Adingabe transexualari dagokionez, “core” sintoma zera da, jaiotzean kanpoko genitalen arabera esleitu zitzaion sexuarekin bat ez datorren sexukoa dela sentitzea. Fenomeno hori, berez, ez da egoera patologiko bat, sexu-aniztasuneko egoera bat baizik, eta kasu gehienetan arreta integrala beharko du gizartearen eta hezkuntzaren arloan, eta baita osasun-arloan ere, gaixotasuna ez den arren.

Kasu horietan, LAParen egitekoa da senitartekoei ulertaraztea benetan garrantzitsuena ez dela haurrak “zer sexu duen” berehala erabakitzea, baizik eta haurrari entzutea zer nortasun sentitzen duen, haurra errespetatzea eta haurrari maitatua eta onartua dela sentiaraztea; hartara nortasuna erabat eta libreki garatu ahal izango du, gaitzespeneko, antsietateko edo isolamenduko sentimenduak saihestuta.

LAParen hasierako egitekoa bereiztea da; hain zuzen, balizko transexualitate-egoeran dagoen adingabea ote den, edo genero-portaera ez-normatiboa edo rol ez-normatiboa ote den, hau da, kultura-arloan mutila edo neska, gizona edo emakumea izatearekin lotzen den portaera. Adibidez: panpinekin jolastea, printzesaz janztea gustuko duten mutilak; borroketan edo futbolekin jokatzeko duten neskak...

Behatzeko jarrera hartzea gomendatzen da, zeren neska-mutikoak genero-portaera ez-normatibo bat agertzen badu baina denborak aurrera egin ahala berak sentitzen duen sexua jaiotzean esleitutako sexuarekin bat ez datorren sentimendurik ez bazaio sortzen, ez du esan nahi transexualitate-egoeran dagoen adingabea delako susmoa hartu behar diogunik, eta gurasoei ere horixe azaldu behar zaie, informazioa eta, behar izanez gero, laguntza eskainita.

Alde batetik, transexualitate-egoeran dauden haurrak eta, bestetik, bestelako sintomatologia duten haurrak, batik bat, genero-portaera ez-normatiboak dituztenak –

askoz ere ohikoagoak baitira– zuzen bereiztea komeni da, baina badira bestelako prozesu batzuk ere, eta Genero Nortasunaren Nahasteetako Unitatean arreta espezializatua behar dutenak. Praxi egokia egiteko bermerik onena neskaren edo mutilaren esanak entzutea da, bere sexu-nortasunari buruz zer sentitzen eta zer bizitzen ari den libreaki adierazten duenean.

LAPa hainbat gertaeraren lekuko izan daiteke, eta transexualitate-egoeran dagoen haur bat izan daitekeela sumatzen lagun diezaioke gertaera horiek. Datu horiek guztiak agertuz gero, LAPa jakinaren gainean jarri beharko lukete eta, kasuan kasu, Genero Nortasunaren Nahasteetako erreferentziako Unitatera (Gurutzetako Ospitaleko GNNU) bideratu behar ote den balioetsi beharko luke. Hona hemen ezaugarri ohikoenak:

- Adingabeak argi eta garbi esatea bere buruari buruz mutila edo neska dela: “mutila naiz”, “neska naiz”, baina jaiotzean esleitutako sexuarekin bat etorri gabe.
- Gainerakoei eskatzea neskatzat edo mutiltzat har dezatela, baina jaiotzean esleitutako sexuarekin bat etorri gabe.
- Sentitzen duen sexuari dagokion izen bat pentsatua izatea beretzat.
- Bere genitalekin gustura ez egotea.
- Aurrerago, batez ere pubertaroaren hasieran, ezinegona, antsietatea eta tristezia agertzea edo sintoma horiek areagotzea bere gorputza aldatzen hasi eta bigarren mailako sexu-garapenaren adierazgarriak agertzen direnean.
- Nerabezaroan depresio-arrisku handiagoa –baita ideia suizidak ere– egon daitekeela adierazten duten datuak egotea; nerabezaroan lehen mailako arretako familia-medikuarekin (LAM) ere egon daitezke. Familiaren eta gizartearen inguruneak berebiziko eragina du, eta bere burua aurkitzeko eta bere burua onartzeko zailtasunak izateak ere bai. Transexualitate-egoerak berak dakarren ezinegonaren.

GNNUra jotzea gomendatzen da honako kasu hauetan:

- Pubertaroan edo aurre-pubertaroan dauden haurrak, jaiotzean esleitutako sexuarekin bat ez datorren sexu-nortasuna badute, eta adingabeak berak edo haren familiak adituaren balioespen espezializatua egitea nahi badute. Bereziki, horretaz guztiaz gain antsietatea, depresioa, ideia autolitikoak, gurasoekin edo berdinen arteko harremanetan gatazkak (bullying-a) ere baldin badaude.
- Pubertaroaren inguruan dauden haurrak, aldezturik GNNUaren balioespenik eskatu ez dutenak ezinegonik ez zutelako eta familian nahiz gizartean onartuta zeudelako, baina orain GNNUarekin kontsulta egin nahi dutenak tratamendu medikoa egitea komeni ote den balioets dezaten.
- Haur edo nerabeen gurasoak, semearen edo alabaren genero-portaera ez-normatiboen aurrean deserosotasuna, gaitzespena eta/edo ezinegona agertzen dutenak nahiz eta LAParen esku-hartzea egokia izan den.

Gomendioa

Jaiotzean esleitutako sexuarekin bat ez datorren sexu-nortasuna duten adingabeak Genero Nortasunaren Nahasteetako Unitatera bideratzea gomendatzen zaie lehen mailako arretako pediatrei, batik bat, antsietatea, depresioa, ideia autolitikoak, gurasoein edo berdinen arteko harremanetan gatazkak (bullying-a) ere baldin badaude.

Nolanahi ere, pubertaroa baino lehen, transexualitate-egoeran dauden neskekin eta mutilekin egin beharreko lanak Lehen mailako Arreta izan behar du ardatz, zeren, hasieran, adin horietan ez baita osasun-arloko esku-hartze espezializaturik egin behar, baizik eta laguntza eman, bereziki gurasoei, semearen edo alabaren errealitatea ulertzeko. Hala ere, GNNUako haurren endokrinoari kasuaren berri eman eta harekin harremanetan egotea komeni da –bertatik bertara izan gabe ere–, egin beharreko esku-hartze medikoak garaiz planifikatu ahal izateko.

Neska edo mutil transexual baten kasua esku artean duela, LAPak neurri zehatzak har ditzake betiere alde zurretik elkarrekin adostuz gero. Horrela, bada, haurrari hitz egitean berak sentitzen duen sexua aintzat hartzea garrantzitsua da, edo haurrak nahi badu izen berri bat adostea berekin hitz egiterakoan erabiltzeko, edo hizkuntza eta egin beharreko azterketa fisikoak zaintzea, ingurune segurua eta intimoa ziurtatuta bai bat-bateko kontsultetan, bai osasun-kontrolatan.

Eman nahi den informazio oro aitari eta amari batera emango zaie eta, ahal izanez gero, pribatutasuna bermatuko duen toki batean, eta kasu bakoitzari behar duen arreta eskaintzeko denbora izango dugula ziurtatuta. Kontu handiz aukeratu behar da zer hizkuntza erabili, hau da, hizkuntza argia, begirunezkoa, ulergarria erabili behar da, familiaren egoera emozional eta kulturalaren arabera, eta betiere gurasoen jarrera irekia eta ulerkorra izango dela bermatuta.

Aldi berean, LAPak arreta espezializatuan eta gizartean –senitartekoei laguntzeko elkarteak– zer baliabide dauden jakitea eta horien berri ematea ere garrantzitsua da, nahi izanez gero, familiak hausnarketak eta estrategiak partekatzeko aukera izan dezan; halaber, hezkuntza-ingurunearen barruan prozesua normalizatzea ahalbidetuko duten aukerak badirela ere jakin eta jakinarazi beharko luke (Berdindu).

LAPak, ahal izanez gero eta haurraren eta familiaren baimenarekin, aldebiko komunikazioa izan behar du aldizka ikastetxearekin, eta agian tutore eta orientatzaileekin ere bilerak egin beharko ditu, hautemandako zailtasunei buruz datu gehiago jakiteko; era berean, inguruko Gizarte Zerbitzuekin ere bil daiteke, pertsona transexualaren erabateko garapena bermatzeko, iraganbide psikologikoa optimizatzeko eta gizarte-onarpena sustatzeko beharrezkoak diren alderdiak eskaintzeko bada ere.

Bestalde, adina dela-eta, adingabeak 14 urte betetzen dituenean eta familia-medikuntzara igarotzen denean, alde zurretik baimena lortuta oraingoan ere, LAPak adingabearen egoera pertsonalaren eta familiarraren berri emango dio dagokion LAMari, eta ahal dela, lehentasun, premia eta egoera indibidualak zeintzuk diren jakinaraziko dio,

arreta integrala ematea errazagoa izan dadin eta transexualitate-egoeran dagoen pertsona ezagutzea, ulertzea eta zaintzea lortzeko beharrezkoa den entrenamendua izan dezan.

Lagun egitea da garrantzitsuena, transexualitate-egoeran dauden adingabeei eta haien senitartekoei eman beharreko arretaren lehen faseei dagokienez. Haurraren hazkuntzaz arduratzen direnak ez dira haren sexu-nortasunaren eragile, baina errudun-sentimenduak, burugogorkeria, aurreiritziak eta beldurra agertzen badira, nortasun hori agian ez da berez, modu naturalean adieraziko. Horregatik dira hain garrantzitsuak, besteak beste, pediatrik, transexualitate-egoera onartzeko prozesu osoan laguntza eta lagun egite enpatikoa eskaintzen dutenean.

Gomendioa

Lehen mailako arretako pediatrik berebiziko garrantzia du transexualitate-egoeran dauden mutilen edo nesken kasuak detektatzeko, baita gurasoei lagun egiteko eta laguntzeko prozesuan ere, euren semearen edo alabaren errealitatea uler dezaten, bereziki, haurra pubertarora heldu baino lehen.

6.4.2. FAMILIAKO ETA KOMUNITATEKO MEDIKUNTZA

Familiako eta komunitateko medikuntzak zer eginkizun betetzen du?

79

Gure kontsultetara etortzen diren **nerabeen** kolektiboan sartzen dira 14 urtetik 21 urtera bitarteko gazteak, baina nerabezeroaren aurreko edo pubertaroko etapa bat ere aipatzen da, 10 urtetik 15 urtera bitarte; izan ere, une horretan hasten baitira hormonak dantzan: itxura fisikoan aldaketa nabarmenak jasango dituzte (bigarren mailako sexu-karaktereak), baita afektibitatean eta portaeretan ere, eta aldaketa horiek guztiek gazteen etorkizuneko bilakaera baldintzatuko dute.

Aldaketa horien ondorioz, nerabea harrituta egongo da bere buruarekin, ez du onartuko beretzat sentitzen ez duen gorputz hori, eta gorputza ukatzera ere irits daiteke, ez bada harekin identifikatzen. Nerabearen ideiak eta balioak aldatu egingo dira etapa honetan izaten diren heldutasunik ezaren eta ezegonkortasun emozionalaren ondorioz. Horregatik guztiagatik, nerabezeroa une erabakigarria da eta maiz izaten dira nortasun-krisiak. Nerabea garapen-prozesuan dago, eta unibertso aldakor eta ezegonkor batean murgilduta dagoenez, ahalik eta irizpide objektiboenarekin bereizi beharko dugu zer den, zehatz-mehatz, eskatzen duen hori, eta eskatzen duen horrek loturarik ba ote duen bere sexu-nortasunarekin, edo besterik gabe, bizi duen fasean berezkoa den nortasuna berresteko prozesuarekin lotuta ote dagoen.

Ohiko moduan, senitarteko batekin batera etortzen dira, aitarekin, amarekin edo legezko tutorearekin. Gurasoek jarrera oso desberdinak izan ditzakete seme-alaben transexualitatearen aurrean, egoera bideratzeko ahaleginetan; batzuetan gehiegi babestuko dituzte, gizarte-ingurune hurbilenekoan (ikastetxean, lagunaren artean...)

jarrera diskriminatzaileak identifikatzen dituztelako. Horregatik, esku artean duten “arazoa” lehenbailehen konpondu nahi dutela adierazten dute, esku artetik ihes egingo diela sentitzen baitute. Beste zenbait kasutan, jarrera bestelakoa da: ukatu egiten dute, edo gaitzespena adierazi, edo axolagabe agertu. Kasu batean zein bestean, informazioa beharko dute, baita laguntza psikologikoa ere, agian.

Lehen esan dugu **transexualitatea identifikatzeko modu bakarra entzutea dela, subjektuak bere nortasunari buruz esaten duena entzutea**. Hortaz, kontsultan, nerabeari enpatiaz egin behar diogu kasu, iritzirik eman gabe, patologizatu gabe, haren intimitatea errespetatuta azterketa klinikoak egiteko garaian, eta betiere haren baimena dugula.

Abizena erabil dezakegu deitzeko, edo bere burua identifikatzeko erabiltzen duen izena, eta gurasoei ulertarazi behar diegu familiaren laguntza eta ulermena ezinbestekoak direla; izan ere, ikastetxean edo institutuan eskola-jazarpena jasan dezake eta bizipen horiek jasanezinak izatera irits daitezke, gurasoen eta seme-alaben arteko harremanaren kalitatean ere eragin negatiboa izanik. Lehenik eta behin, argi utzi behar zaie gurasoei ez dutela inolako errurik seme-alaben nortasun-sentimenduari dagokionez.

Beraz, familia-medikuen egitekoa eskaera horiek guztiek betetzea izango da, errespetuz eta arduraz, laguntza eta aholkuak ematen une oro, pazientearen ezinegona arinduta – baldin badago–, beste espezialista batzuen esku-hartzea alde batera utzita.

Osasun-arloko esku-hartzea diziiplina anitzekoa eta dimentsio anitzekoa denez, horrelako kasurik detektatzen dugunean pazientea Gurutzetako Ospitaleko GNNUara bideratuko dugu, osasun-arreta indibidualizatuagoa eta espezifikagoa jaso dezan baina prozesu osoan elkarren arteko harremanari eutsita etengabe. Erreferentziako OMZrekin ere harremanetan jar gaitezke, esku artean dugun kasuari buruz zalantzarik izanez gero edo egonkortu egin behar den patologia komorbidoa dagoela konturatzen bagara.

Gomendioa

Familiako medikuen egitekoa transexualitate-egoeran dauden nerabe eta helduak artatzea izango da, errespetuz eta arduraz, laguntza eta aholkuak emanez une oro, pazientearen ezinegona arinduta –ezinegonik baldin badago–, GNNUako beste espezialista batzuen esku-hartzeaz gain; espezialista horiekin etengabe komunikazioan egotea komeni da.

6.5. GENERO-NORTASUNAREN NAHASTEETAKO UNITATEAK

Zer dira eta zertarako balio dute?

Osasun Sistema Nazional osoan izen hori eman zaie transexualitate-egoeran dauden arretaz arduratzen diren osasun-unitateei, baina egokiagoa izango litzateke transexualitatearen osasun-arretarako unitateak deitzea (kontzeptuzko koherentziagatik, transexualitatea ez baita genero-nortasun kontua, sexu-nortasun kontua baizik).

Asistentzia-unitateen bitartez, pertsona jakin batzuen osasun-kudeaketa artatu nahi da; hain zuzen ere, esku arteko egoeraren ezaugarriengatik, pertsona horien premiengatik, ingurune geografiko jakin batean prebalentzia-intzidentzia txikia dagoelako, zerbitzuak koordinatzea zaila delako edo profesionalek eta egin beharreko zaintza-lanek espezializazio-maila handia eskatzen dutelako, asistentzia-elementuen garapen berezitua behar duten pertsonen osasun-kudeaketa, lehen aipatutako justifikazioan oinarrituta.

Transexualitatearen osasun-arretarako erreferentziako zentro edo unitateen eginkizun dira transexualitate-egoera identifikatu edo egiaztatzea, eta pertsonari laguntza eta tratamendu integrala eskaintzea, hori guztia ekipo espezializatu baten eskutik. Unitate funtzional bat ezartzearen justifikazioa bi parametro zehatzetan oinarritzen da: alde batetik, egoeraren prebalentzia eta intzidentzia, eta bestetik, beharrezkoa den espezializazioa eta koordinazioa mailen artean eta maila barruan.

Osasun-arloko ikuspegitik begiratuta, pertsona transexualen kasuan prozesua honako hau izaten da: pertsona bakoitzaren premiaren arabera jardun guztiak modu integrarean kudeatzea, hau da, laguntza psikologikoa, balioespena eta babes endokrinologikoaren tratamendua, eta azkenik, egingarritzat jotzen bada eta pertsonak eskatuz gero, ebakuntza kirurgikoa. Lau fasetan labur dezakegu:

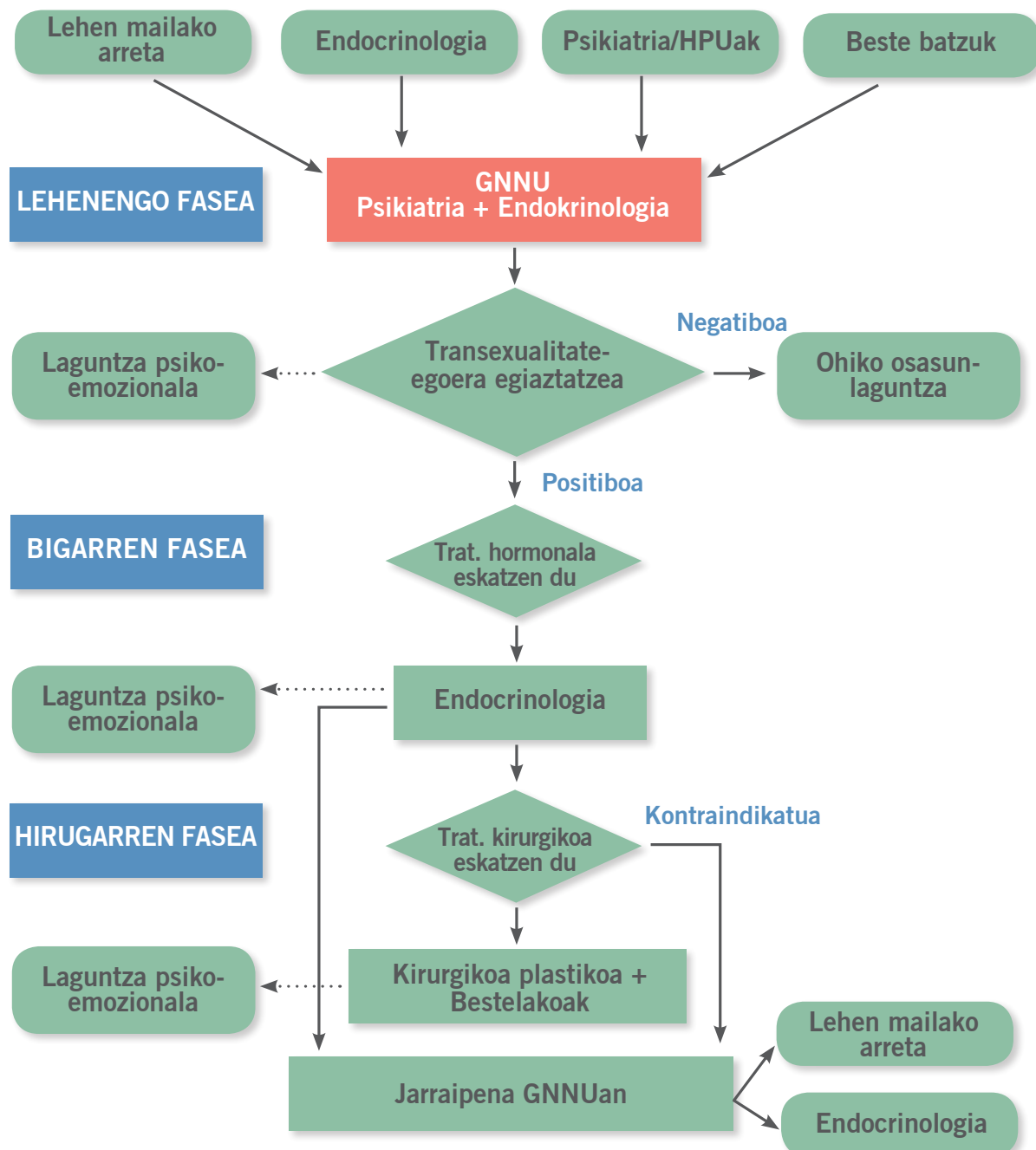
1. Kasua identifikatzea.
2. Balioespen psikopatologikoa eta, hala badagokio, tratamendu psikiatriko-psikologikoa/laguntza psiko-emozionala.
3. Balioespena eta tratamendu endokrinologikoa.
4. Balioespena eta tratamendu kirurgikoa endocrinológico.

Gurutzetako Ospitaleko GNNUa

2009. urtean, Osakidetzak EAE osorako erreferentziako Genero Nortasunaren Nahasteetako Unitatea (GNNU) sortu zuen Gurutzetako Ospitalean, pertsona transexualen osasun-premiak betetzeko; diziplina anitzeko unitatea da: Psikiatria, Psikologia, Endokrinologia eta Kirurgia Plastikoa eta Konpontzailea, eta egoeraren arabera eta kasuan kasu (kudeaketa pertsonalizatua), beste espezialista batzuk ere sar daitezke lantaldean, hala

nola: Dermatologia, Ginekologia, Urologia, Barne-medikuntza, ORL eta Errehabilitazioa. 2013. urtean, Endokrinologiako eta Psikiatria Pediatrikoko ordezkariak sartu ziren.

Sortu zenetik 2015eko amaierara bitarte, transexualitate-egoeran dauden 150 pertsona bainogehiago tratatu ditu, bai tratamendu hormonaletarako, bai tratamendu kirurgikoetarako. Funtzionamendu orokorra honako fluxugrama honen bidez irudika daiteke:



- Pertsonen adinaren eta pubertaroko garapen-egoeraren arabera, ebaluazioa eta jarraipena pediatriako espezialistek edo helduen espezialistek egingo dituzte.
- Pertsona guztiek ez dituzte zertan fase guztiak igaro.
- Hirugarren fasea helduei baino ez zaie aplikatuko.

Nola egiten zaio harrera GNNUra jotzen duen erabiltzaileari?

Pertsona nork bideratu duen (familiako medikuak, pediatriak, anbulatorioko edo beste ospitale bateko endokrinologoak, osasun mentaleko moduluak edo bestelakoren batek) eta sexu-nortasuna aldatzeko prozesuaren gizarte- eta osasun-arloko bilakaeraren maila aintzat hartuta, GNNUko bertako espezialista batekin edo bestearekin emango zaio hitzordua.

GNNUako psikologiako, psikiatriako eta endokrinologiako profesionalak arduratzen dira arreta eskatzen duen pertsonari eta haren senitartekoei (eskatuz gero) harrera egiteaz, eta unitateak nola funtzionatzen duen azalduko diete.

Gomendioa

Pertsona horiei harrera egitean, hitzordua duten GNNUako lehen espezialistak egitea gomendatzen da, betiere hasiera-hasieratik argi utzita GNNUatik ari direla arreta jasotzen, ez ospitaleko psikiatria- edo endokrinologia-zerbitzutik.

GNNUara iristen diren pertsonak askotariko ibilbideak (gizartearen eta/edo osasunaren arloan) izan ditzakete aldez aurretik sexu-nortasunarekin lotutako prozesu biografikoan, bai iraupenari dagokionez, bai intentsitateari dagokionez. Horrek baldintzatu eta erabakiko du GNNUan zenbat eta zer motatako jardunak egingo diren.

Bestalde, GNNUra jotzen duten pertsonak beren transexualitate-egoera egiaztatzea nahi izan dezakete (14/2012 Legean aurreikusitakoaren arabera) eta/edo zuzenean tratamendu mediko edo kirurgikoren bat eska dezakete. Azken kasu horretan, egoera egiaztatu behar dela jakinaraziko zaie (beste zerbitzu, unitate edo mediku baten ziurtagiri medikoa badute ere) eta izan ditzaketen lotutako patologiak edo komorbilitatea hauteman behar direla, balioespen endokrinologikoa eta psikopatologikoa ere eginda. Hori guztia egin behar da tratamendu mediko eta/edo kirurgikoak egiten zaizkien pertsonen segurtasun klinikoa bermatzeko, ahal den heinean.

Era berean, harrera-saioan jakinaraziko zaio GNNUan arreta ematen zaien bitartean, prozesuaren edozein fasetan, pertsonak berak eta/edo haren senitartekoei laguntza psiko-emozionala eska diezaieketela GNNUako psikologoei edo, behar izanez gero, psikiatrei. GNNUako gainerako profesionalak ere eman diezaieketela laguntza pertsona transexualei, egoki iritziz gero.

Gomendioa

Transexualitate-egoera GNNUan identifika daiteke (14/202 Legean aurreikusitakoaren arabera) edo unitate horretatik kanpo. Baina tratamendu mediko edo kirurgikoren bat jaso ahal izateko, transexualitate-egoera egiaztatu beharko da eta izan ditzakeen lotutako patologiak eta komorbilitatea hauteman, balioespen endokrinologikoa eta psikopatologikoa ere eginda.

6.5.1. ADIN PEDIATRIKOKOEN OSASUN-ARRETA GNNUAN

- **KASUAK IDENTIFIKATZEA. EBALUAZIO ENDOKRINOLOGIKOA, PSIKOLOGIKOA ETA LAGUNTZA TERAPEUTIKOA**

Kontuan izan behar dugu sexu-nortasuna eta genero-adierazpenak pertsonaren nortasunaren parte direla eta nortasuna sistema dinamiko bat dela, ingurunearekiko elkarrekiko harremanetan garatzen den sistema, aldi berean hainbat faktore biltzen dituela, ahalmenarekin eta kulturarekin lotutako faktoreak, baita sozio-historikoak ere.

Hainbat azterlanen arabera, aldeak daude helduaroan ere pertsona transexual edo transgenderotzat irauten duten haurren eta nerabeen proportzioan. Diotenez, helduaroan transexualitateari eusten diotenak gehiengo dira nerabeen kasuan, eta haurren artean proportzioa txikiagoa da. Bestalde, adin pediatrikoan izaten diren genero-portaera ez-normatiboak kasuen % 6tik % 23ra bitarte izaten dira¹⁰. Horren ondorioz, iraunkortasunari buruzko azterlan horietan benetan aurkezten ari direna zera da, pubertaroaren aurreko adinekoen kasuak zuzen ala oker identifikatu izanari buruzko datuak, eta ez helduaroan sexu-nortasunaren iraunkortasunari buruzkoak. Nolanahi ere, transexualitate-egoeran dauden pubertaroaurreko neskei eta mutilai ematen zaien osasun-arretan ez da itzulezinezko erabaki terapeutikorik hartzen, baina nerabezaroan gerta daiteke horrelakorik, helduaroan transexualitate-egoerak irauten duen kasuak nagusi baitira, azterlan horien arabera.

Nola identifika dezakegu adin pediatrikoko pertsonen transexualitate-egoera?

Sentitzen den sexua jaiotzean esleitutako sexuarekin bat ez etortzea da transexualitate-egoera identifikatzeko prozesuaren osagai nagusia. **Transexualitate-egoera identifikatzeko, pertsonak berak bere sexu-nortasunari buruz kontatzen duena modu aktiboan entzun behar da. Ez dago proba mediko objektiborik egoera hori erabakitzeko. Hortaz, funtsezkoa da kontakizun hori egiazkoa dela ziurtatzea, eta ez dagoela kanpoko agenteekin (gizartea, familia) edo barnekoekin (psikopatologia) baldintzatuta.** Horregatik, kontakizun hori aldarazi edo itxuralda dezakeen prozesu psikopatologikorik ba ote dagoen (arraroa den arren) aztertu eta hauteman behar da (adibidez, 14/2012 Legean aipatzen diren nortasun-nahasmenduak).

Gaixotasun edo nahasmendu mentalak hautemateko prozesua nahitaez egin behar da, bi arrazoi hauengatik: pertsonaren kontakizuna balizko patologiekin baldintzatuta ez dagoela egiaztatzeko eta, patologia horiek detektatuz gero, tratatu ahal izateko. Balioespen psikopatologikoa egiteak ez du esan nahi, beraz, transexualitatea bera gertaera psikopatologikotzat jotzen denik.

Baina kasu gehienetan, bereizketa nagusia bat dator “genero-portaera ez-normatiboekin”. “Ni mutila naiz” edo “ni neska naiz” bezalako esaldiek argi adierazten digute mutil edo neska hori bere transexualitate-egoera azaltzen ari dela. Alabaina, “nik mutila izan

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

nahi dut” edo “nik neska izan nahi dut” esaten badu, genero-portaera ez-normatiboa izan daitekeela pentsatuko dugu. Baina batzuetan gauzak ez dira hain errazak, zeren, zenbait kasutan, gainerakoek norberaren nortasuna etengabe ukatzearen ondorioz eta transexualitatearen aukera ukatzearen ondorioz, subjektuak zailtasunak izan baititzake bere nortasuna argi eta garbi adierazteko. Horregatik, modu aktiboan eta aurreiritzirik gabe entzuteaz gain, funtsezkoa izango da norberaren nortasuna adierazteko aukera ematea, modu naturalean, berez, baldintzarik gabe.

Transexualitatearekin bateragarria den sintomatologia goiz samar, txikitan hasten da, askotan; ohiko moduan, haur edo gazte direla¹¹. Kasu horietan, adingabeak edo nerabeak honako hauek adieraziko ditu:

- Jaiotzean esleitu zitzaion sexukoa ez dela konturatzea edo jabetzea eta horri eustea behin eta berriz.
- Ezinegon handiagoa edo txikiagoa adieraz dezake bere nortasuna ukatzen denean eta jaiotzean esleitu zitzaion sexuarekin lotutako rolak eta gizarte-moduak ezartzen zaizkionean.
- Ezinegon handiagoa edo txikiagoa adieraz dezake jaiotzean esleitu zitzaion sexuarekin lotutako gorputz-ezaugarriei dagokienez.
- Gainera, maiz gertatzen da horrek guztiak eragin handiagoa edo txikiagoa izatea afektibitatearen eta gizartearen arloetan.

Gaur egun, nazioarteko sailkapen-sistemak aldatzen ez diren bitartean, sintoma horiek DSM 5 eta GNS 10 sailkapen-sistemen arabera kodetzen dira. Kodeketa hori egitea ezinbestekoa eta halabeharrezkoa da, historia kliniko informatizatuen funtzionamendua eta erabilera egokia eta segurua izan dadin. Berriki argitaratu den DSM V sisteman, Genero-disforia haurrengan 302.6 (GNS 10: F64.2 OME). Argi utzi nahi dugu sistema horien guztien bitartez sintoma eta egoera multzoak sailkatu nahi direla, ez pertsonak berak, baina gida honetan lehen ere esan dugunez, transexualitatea nahasmendutzat edo gaixotasuntzat identifikatzeari uzteko aldarrikapenarekin bat egiten dugu. Beste gauza bat da sintomak eta zantzuak kodetzeko premia izatea, hala nola, “disforia”; hitz horrek ezinegon edo ondoeza adierazten du eta, beraz, ez da gaixotasun bat, sintoma bat baizik, eta sintoma hori agertzen denean, pertsona bakoitzaren historia klinikoan jaso eta kodetu egin behar da.

Lotutako ezinegon (esparru klinikoan genero-disforia esaten zaiona) gertatzen den kasuetan, ezinegon horren intentsitatea eta adierazpen-maila prozesu biografiko pertsonalaren arabera izaten da. Adibidez, nerabeen artean maizago eta areago agertzen da ezinegon edo ondoeza adieraztea gorputz-ezaugarriei dagokienez, haurren artean baino.

¹¹ American Psychiatric, 2013, WPATH, 2012

Gomendioa

Haurtzaroan, transexualitate-egoera identifikatzeko haurrak berak kontatzen duena modu aktiboan entzun behar da, bere nortasuna adierazteko aukera eman behar zaio eta kontakizun hori egiazkoa dela ziurtatu behar da, eta ez dagoela kanpoko agenteekin (gizartea, familia) edo barnekoekin (psikopatologia) baldintzatuta. Prozesu luzea, konplexua eta oso inbididualizatua da, eta haurren psikiatrak, psikologoak eta endokrinologo pediatrikoak dituen Genero Nortasunaren Unitate batean egitea komeni da.

Haurrarekin elkarrizketa egin behar da hasierako balioespenean? Eta jarraipenean?

- Pubertaroaurreko haurra baldin bada, hasierako elkarrizketa guraso/tutoreekin egiten da eta, haurrak arreta psikiatriko/psikologikoa behar duela identifikatuz gero, adingabearekin jardungo da. Familiak nahi badu, geografikoki gertuago egoteko, erreferentziako Haur Psikiatriako Unitateetara (HPU) bideratuko da, eta HPU horietatik beti izango dute aukera Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko GNNUarekin edo Haur Psikiatriarekin kontsulta egiteko.
- Haurra handiagoa baldin bada –pubertaroan edo inguruan baldin badago–, lehenengo elkarrizketan ere egon beharko du.

Transexualitate-egoera identifikatzeko prozesua, hein handi batean, haur transexualek eta/edo haien senitartekoez eta gizarte-inguruneak emandako informazioan oinarritzen da. Elkarrizketa klinikoak egiten zaizkie bai gurasoei, bai haur eta nerabeei, honako unitate hauetan: GNNUako Psikologian eta Haur Psikiatريان. Proba horien hedadura eta intentsitatea ere aldatu egingo da haur horiek GNNUatik kanpo egin ahal izan dituzten kontsulta eta azterketa psikologikoen arabera (bai Osakidetzan, bai pribatuan), baita sentitzen den nortasunaren heldutasun-bilakaeraren mailaren arabera ere.

Nahiko ohikoa da haur eta nerabe transexualek –beren nortasuna errespetatzen eta onartzen ez dutenean– nahaste edo nahasmendu barneratu gehiago ere izatea aldi berean, hala nola, antsietatea eta depresioa¹². Halaber, badirudi espektro autistako nahasmenduen prebalentzia handiagoa dela adingabe horietan, biztanlerian, oro har, baino (17). Alabaina, transexualitate-egoeran dauden edo genero-portaera ez-normatiboak dituzten haur eta nerabe gehienek ez dute gaixotasun psikiatriko larririk izaten azpian; esaterako, nahasmendu psikotikoak (18).

Adingabeak ez badu arreta psikiatriko/psikologikorik behar, gurasoei jarraipena egingo zaie urtean behin. Pubertaroaurreko adinera iristean, adingabea ebaluatu egin behar izaten da, aldezturik egin ez bada. Kasuren batean psikopatologia konkomitantea diagnostikatzen bada, kasu bakoitzari dagokion terapia egokiena eskainiko da, eta adingabeari eta familiari –hala badagokio– jarraipen osagarria egingo zaio, zorrotz eta etengabe, diziplina anitzeko lantaldeen esparru batean eta protokolo espezifiko bati jarraiki.

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

Gomendioa

Pubertaroaurreko haurra baldin bada, hasierako elkarrizketa guraso/tutoreekin egiten da eta, haurrak arreta psikiatriko/psikologikoa behar duela identifikatuz gero, adingabearekin jardungo da. Familiak nahi badu, geografikoki gertuago egoteko, erreferentziako Haur Psikiatriako Unitateetara (HPU) bideratuko da, eta HPU horietatik beti izango dute aukera Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko GNNUarekin edo Haur Psikiatriarekin kontsulta egiteko.

Ikuspegi psikologikotik begiratuta, nola identifikatuko ditugu esku-hartze hormonolak mesede egin diezaiekeen adin pediatrikoko pertsonak?

Transexualitate-egoera identifikatutakoan, eta adingabeak familiarekin batera esku-hartze hormonalak eskatzen baldin badu, esku-hartze hormonal oro abiarazteko hautagarritasun-irizpideak helduen irizpideei gailenduko zaizkie, baina nerabeen kasuan balioespen gehigarriak egin beharko dira¹³: egonkortasun psikopatologikoa (psikosis aktiborik, toxikoen kontsumorik, suizidio-saiorik, soziopatiarik... eza) eta ingurune hurbilenaren gizarte-babes egokia, hori guztia jarraipen etengabea eginez sendagai bidezko esku-hartze endokrinologikoarekin hastera egokitzen den arte.

Laguntza psikologikoa eta gizarte-laguntza egokia bermatzeak familia-psikoterapiaren garapena eta gurasoei erabakiak hartzeko garaian ematen zaien orientabidea baldintza ditzake; hortaz, hori guztia lantzeko behar izango den denbora ere aldatu egin daiteke. Nerabearen etorkizuneko bizitzari buruzko itxaropen errealistak sorrarazteko asmoz, GNNUako espezialistek informazio zehatza eman behar dute ugalkortasunerako tratamenduak dituen ondorioei eta helduei psikoemozionalari buruz, terapia hormonalaren aukerei eta mugei buruz, eta beste tratamendu mota batzuei buruz, hala nola, esku-hartze psikologikoei buruz¹⁴.

Gomendioa

Osasun Mentaleko lantaldearen laguntza psiko-emozionala eta gizarte-babes ona izateaz gain, komeni da GNNUako endokrinologiako espezialistek adingabeari eta haren tutoreei zehatz-mehatz jakinaraztea tratamendu endokrinologikoek zer ondorio dituzten, zer onura (itxaropen errealak) eta zer arrisku, eta ezarritako jarraipen psikologiko-endokrinologikoa egiteko konpromisoa hartu behar dutela.

Nola jokatu beharko genuke ikuspegi psikologikotik begiratuta adin pediatrikoko pertsonekin tratamendu hormonalak hasteko?

Adingabeari balioespen psikopatologikoa nahitaez egin behar zaio esku-hartze hormonalak egin ahal izateko; psikoterapia, ordea, nahitaezko ez izan arren, gomendagarria da¹⁵. Esku-hartze psikologikoaren edo psikoterapiaren bitartez komorbiditate oro konponduko

¹³ WPATH, 2012

¹⁴ GIDSEEN, 2015; De Vries et al, 2014

¹⁵ WPATH, 2012

litzateke, eta hurrek sexu-nortasunarekin lotuta izan dezaketen ondoeza, baldin badute, murriztu.

Hurtzaroen, pubertaroa hasi aurretik, ez da komeni tratamendu endokrinologikorik edo kirurgikorik hastera. Pubertaroa baino lehen, transexualitate-egoera identifikatu edo egiaztatu ostean, neska eta mutiko horiekin egin beharreko lan guztia logikoa da lehen mailako arretaren esparruan egitea, zeren, printzipioz, ez baitute osasun-arreta bereizirik behar; aitzitik, gurasoei arreta eta laguntza ematea behar dute, seme-alaben errealitatea ulertu ahal izan dezaten eta prozesu horretan ondoan egoteko. (Ikus lehen mailako arretaren atala).

Gomendioa

Esku-hartze psikologikoak indibidualizatua eta integrala izan behar duela gomendatzen dugu, eta arreta eman behar dio:

- Haurrari, transexualitatearen psikohezkuntzaren bitartez; laguntza eta babes psiko-emozionala; gizarte-iraganbidearen hasieran aholkuak eman, oraindik hasi ez bada; psikoterapia (behar izanez gero) autoestimua hobetzeko eta aipatzen dituen zailtasunei aurre egiteko estrategiak erabiltzeko.
- Familiari, informazioa eta egoera konplexuak konpontzeko eta laguntzeko estrategiak eskainita eta iraganbidean lagun eginda.
- Aholkularitza eskolari.

Komeni al da adin pediatrikoan gizarte-iraganbidea egitea?

Gizarte-iraganbidea esaten zaio pertsona batek –jaiotzean esleitutako sexuarekin bat ez datorren sexua duen pertsona batek– berak sentitzen duen sexuaren arabera bizimodua egiten hasteari bizitzaren arlo guztietan; horrek zera eskatzen du, gainerakoek ikuspegia aldatzea pertsona horren nortasuna onartuta eta errespetatuta. Norberaren sexu-nortasunaren arabera haurtzaroa eta nerabezaroa izan ahal izatea oinarritzko eskubidea da eta Adingabekoek Babes Juridikoari buruzko Legean esanbidez onartuta dago. Izan ere, GENU batekin lehen hartu-emanak izan aurretik hasten da gizarte-iraganbide hori zenbait haurren kasuan, osasun-arloko profesionalak “agindu” ezin duten zerbait baita.

Familiak euren semei edo alabei beste genero-rol baterako gizarte-iraganbidea egiten zenbateraino uzten dieten oso aldakorra da. Gai polemikoa da hori, eta osasun-profesionalen iritziak ere ez datoz bat¹⁶. Gaur egungo ebidentzian oinarritzea ez da aski izaten genero-rolen iraganbidea haurtzaro goiztiarrean egiteak epe luzera izango dituen emaitzak iragartzeko. Gizarte-iraganbideak pubertaroarean egin zituzten nesken eta mutilen emaitzei erreparatzea lagungarri izango da, erabat, etorkizunean gomendio klinikoak egiteko¹⁷. Era berean, ebidentzian oinarritzea ere ez da aski izaten genero-rolen gizarte-iraganbideari ekiteko unea atzeratzeak epe luzera izango dituen emaitzak iragartzeko.

Aldez aurreko zenbait azterlanetan (“Garapenaren, egokitze psikologikoaren eta

¹⁶ Zucker, 2008; Steensma, 2011

¹⁷ WPATH, 2012

sexu-nortasunaren testuinguruak adingabe transexualengan”, de la Cruz Flores, 2014) edo Olson eta bestek berriki (2016) egindako azterlan batean argi ikusten da gizarte-iraganbidea adin pediatrikoan egitea mesedegarria izaten dela, epe motzera, adingabearentzat. Olsonen azterlanaren arabera, transexualitate-egoeran egonda, gizarte-iraganbidea familiaren babesarekin egin duten adingabeek lotutako psikopatologiaren indize oso txikiak dituzte, biztanleria orokorraren batez bestekoaren oso antzeko mailan, eta iraganbidea egin ez duten adingabeek baino askoz ere txikiagoa. Beraz, fenomeno hori monitorizatuko duten azterketa zientifikoak egitea komeni den arren –dela ditugun zantzuengatik, dela Adingabekoen Babes Juridikoari buruzko Legean onartzen denagatik–, adierazitako sexu-nortasuna onartzea eta errespetatzea gomendatzen da, eta adingabearen ondoan egotea gizarte-iraganbidea egiten duenean, betiere halakorik eskatzen badu.

GNNUara iristen denerako haur batek ez badu genero-rola aldatzeko gizarte-prozesua abiarazi, osasun mentaleko profesionalek aldaketa-prozesu hori noiz has daitekeen erabakitzen lagun diezaiekete senitartekoei. Informazioa eman behar diete, eta aukera bakoitzaren onura potentzialak eta erronkak aintzat hartzen lagundu, konponbide posibleak edo tarteko proposamenak ere identifikatuta. Jaiotzean esleitutako sexura atzera itzultzeko genero-rolen aldaketa berriz egitea oso mingarria izan daiteke; hain mingarria, ezen haurrak bigarren gizarte-iraganbide hori egiteko unea atzera baitezake¹⁸. Horrelako arrazoiengatik, gurasoek nahiago izan dezakete rol-aldaketa hori arakatzeko prozesutzat hartzea, beste genero-rolean bizitzea nolakoa izan daitekeen arakatzeko prozesutzat, itzulezinezko egoeratzat hartu beharrean.

Gomendioa

Gizarte-iraganbidea abiarazi ez baldin bada, ebidentzia zientifiko nahikorik ez dagoenez, GNNUako osasun mentaleko lantaldeari informazioa eman dezan gomendatzen diogu, familiarentzat semearen edo alabaren genero-rolak aldatzeko prozesu eta une horri buruzko erabakiak hartzeko lagungarri izan daitekeen informazioa. Haurrak eta familiak erabakia hartu dutelarik, (GNNUako eta/edo lehen mailako arretako) osasun-profesionalen egitekoa prozesu horretan laguntzea izango da.

• BALIOESPEN ENDOKRINOLOGIKOA

14 urte edo gutxiago dituztenen kasuan, transexualitate-egoera identifikatzen edo egiaztatzen ari direnei edo pertsona transexualei Endokrinologia Pediatrikoaren sekzioan emango zaie arreta, eskatuz gero. 16 urtetik gorako kasuan, Endokrinologiako zerbitzuan emango zaie arreta. 15 eta 16 urteko adingabeei dagokienez, egoera klinikoaren arabera (pubertasun-garapena, sentitutako sexurako iraganbidea egina ote duen, haurren edo helduen osasun mentaleko lantaldeak ebaluatzea eta abar), asistentzia endokrinologikoa pediatria-zerbitzuan edo helduen zerbitzuan jasotzeko proposamen individualizatua egingo zaie.

¹⁸ Asenjo-Araque et al, 2013

Zer azterketa mediko egitea gomendatzen da adin pediatrikoko pertsonekin esku-hartze hormonalari abiarazi aurretik?

Gaur egun adostutako giden arabera, tratamendu endokrinologikoa hasi aurretik hainbat miaketa osagarri egitea gomendatzen da, hala nola¹⁹:

- Kariotipoa.
- Odol-analisi osoa: hematimetria osoa, odol-biokimika, sexu-esteroideak (testosterona edo estradiola), gonadotrofinak (LH eta FSH), prolaktina, DHEA-S, intsulina, metabolismo fosfo-kaltzikoaren analisisa (kaltzioa, fosforoa, magnesioa, FA, D bitamina eta PTH).
- Hezur-adina.
- Dentsitometria.

Terapia hormonalari egiten ari den bitartean hainbat azterketa osagarri aldizka egitea gomendatzen da, tratamendua eraginkorra dela modu objektiboan egiaztatzeko eta nahi ez diren ondorioak baztertzeko²⁰:

- Analisisa sei hilean/urtean behin (HRF, biokimika, sexu-esteroideak, LH, FSH, Intsulina, metabolismo fosfo-kaltzikoaren analisisa). Koagulazio-azterketa ere egin estrogeno-tratamenduaren kasuan.
- Hezur-adina urtean behin (sexuaren arabera gehieneko adinera iritsi arte).
- Dentsitometria urtean behin.

Gomendioa

Adingabe transexual batek terapia hormonalari hasi aurretik egun adostutako gidetan zehaztutako miaketa osagarriak egitea gomendatzen dugu. Miaketa horietatik zenbait aldizka egin beharko dira, tratamendu hormonalari hartzen ari den bitartean.

Zer egoeratan dago kontraindikaturatuta esku-hartze hormonalari?

Adingabeak esku-hartze hormonalari nahi badu, ez dago erabateko kontraindikaziorik berau egiteko. Erantsitako egoeren ondorioz (botikak, gaixotasunak, alde aurreko istripu tronboembolikoak) gerta daiteke koagulagarritasuna areagotzea eta bestelako patologia larriren bat izatea, baina horiek kontraindikazio erlatiboa dira estrogenoen tratamenduari egiteko, eta kasuan kasu balioetsi beharko dira.

Gomendioa

Esku-hartze hormonalari kontraindikaturatuta dago transexualitate-egoera identifikatu ez denean edo, identifikatu arren, adingabeak ez badu nahi tratamendurik hartu.

¹⁹ Wylie C. Hembree 2009

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

Zeintzuk dira esku-hartze hormonalaren helburak?

Esku-hartze hormonalak bi helburu ditu, eta elkarren segidan aplikatzen dira:

- Pubertasunaren garapena geldiaraztea esleitutako sexuan, GnRH analogoak erabilia.
- Adingabeak sentitzen duen sexuan bigarren mailako sexu-karaktereen garapena eragitea, sexu-hormonen bidez (testosterona edo estrogenoak).

Gomendioa

Esku-hartze hormonalak esleitutako sexuan pubertasunaren garapena geldiarazi behar denean abiaraztea gomendatzen dugu, eta gero, bigarren mailako sexu-karaktereen garapena eragitea sentitutako sexuan.

Zer botika erabiltzen dira esku-hartze hormonalean adin pediatrikoko pertsona transexualekin? Seguruak al dira? Haien efektua itzulgarria ala itzulezina da? Zer arrisku/albo-ondorio dituzte?

Adingabe transexualen tratamendu hormonalak ongi bereizitako bi fase ditu: hasierako fasean pubertasunaren garapena geldiarazten da **GnRH analogoak** erabilia, eta bigarren fasean bigarren mailako sexu-karaktereeak eragiten dira **sexu-hormonen** bitartez (**testosterona edo estrogenoak**)²¹.

1. GNRH ANALOGOAK

Tratamendu hormonalaren lehen fasea GnRH analogoekin abiarazten da adingabea pubertasunaren garapenari dagokion 2. fasera (Tanner) iristen denean²². Une hori identifikatzeko, pubertaroaren hasiera klinikoki berretsi behar da (bular-nodulua agertzea edo barrabilen bolumena 4 ml), eta horrekin batera, fasearekin bat datozen maila hormonalak eta hezur-adina ere izan behar dira. Familiari eta adingabeari jakinarazi egin behar zaie tratamendu horrekin zer lortuko den (esleitutako sexuari dagozkion bigarren mailako sexu-karaktereen garapena eta pubertaroko luzatzea geldiaraztea), efektu itzulgarria duela eta kontrako zer efektu sor litezkeen. Ulertu eta onartzen badute, onespina eman beharko dute baimen informatua sinatuta (gurasoek/tutoreek eta adingabeak, 12 urte baino gehiago baldin baditu)²³.

Botika hau proposatzen da: Triptorelina (hileko azetatoa muskulu barneko injekzio bidez, 60-90 mcg/k dosiari jarraiki, 28 egunean behin). Botika horrek ez du kontrako efektu garrantzitsurik²⁴, pubertasunaren garapena geldiarazteko eraginkorra dela aski frogatuta dago, eta efektu itzulgarria du²⁵. Ekintza luzeagoko prestakinak badira, baina esperientzia askoz ere txikiagoa da haiekin.

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

Adingabeak 4-6 hilean behin kontrolatuko dituzte endokrinologia pediatrikoan. Analogoen tratamenduari eutsi egin behar zaio sexu-hormona endogenoak ezabatzeko bestelako esku-hartzerik egiten ez den bitartean²⁶ eta hori ezin da egin adin nagusiko bihurtu arte.

Terapia horrek izan ditzakeen kontrako efektuak txikiak eta arinak dira; esate baterako: sabeleko mina, goragalea, astenia, eritema edo injekzioa jarritako ingurunea handitzea, hezur eta giltzaduretako oinazea, zefalea, umore-aldaketak eta beroaldiak.

Gomendioa

GnRH analogoen tratamendua Tanner-en II. estadioan dauden adingabe transexualekin hastea gomendatzen dugu, betiere eskatzen badute, esleitutako sexuari dagozkion sexu-karaktereen garapena geldiarazteko, baina horretarako aldezturik analisi endokrinologiko osoa egin beharko dute, adingabeari eta gurasoei zer efektu kliniko espero daitezkeen jakinarazi behar zaie zehatz-mehatz, baita izan ditzakeen kontrako efektuen berri eman ere, eta baimen informatua sinatu beharko dute.

2. SEXU-HORMONAK

Adingabe transexual bakoitzaren egoera zehatza zein den arabera (sexua, altuera, hezur-adina, iraganbidea noiz egin duen eta egoera emozionala), terapia hormonal (estrogenoak edo testosterona) abiarazteko unea kasuan kasu aukeratuko da, adingabea/familia ados daudela, GNNUa jakinaren gainean dagoela²⁷, eta adituen indarreko gomendioei jarraiki. Gaur egun Amerikako Endokrinologia Sozietateak adostutakoari jarraiki, tratamendua 16 urterekin hastea proposatzen da (Wylie C 2009), baina adin horretan pertsona gehienek hasita izaten dute, ohiko moduan, pubertasunaren garapena eta, beraz, ez da arau orokor garritzat hartu behar, ezinbestean.

Familiari eta adingabeari jakinarazi egin behar zaie tratamendu horrekin zer lortuko den, hau da, sentitutako sexuari dagozkion bigarren mailako sexu-karaktereari garatuko direla, eta nahi ez diren efektuak ere badituela, hala nola, antzutasuna. Antzutasuna eragozteko benetan zer aukera dauden ere jakinarazi behar zaie, baldin badaude²⁸. Terapiarekin lor daitezkeen efektuak dira hauek²⁹:

- **Estrogenosak:** bularrak handitzea, hazkundera areagotzea (pubertaroko luzaketa, adingabearen hezur-adinaren arabera) eta gorputzeko gantzak emakumeen modura banatzea.
- **Testosterona:** gorputzeko ilea areagotzea eta gizonen modura banatzea, aurpegian ilea agertzea, klitoria handitzea, aknea, muskulatura areagotzea eta gizonen modura banatzea, hazkundera areagotzea (luzaketa adingabearen hezur-adinaren arabera) eta ahots-tonua beheratzea.

²⁶ Wylie 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

Tratamendu hormonalak hartzeko hainbat eredu daude³⁰. Adingabe/familiei haien berri emango zaie, bakoitzak zer alde on eta zer alde txar dituen jakinaraziko zaie, eta adingabe bakoitzarentzat aukerarik onena zein den erabakiko da, ados jarrita.

Hona hemen pubertasunaren garapena eragiteko proposatzen diren ereduak:

- **Emakume transexualak:**

- **17-beta-Estradiola ahotik:** 5 mcg/k/egun, dosia arian-arian handituko da eta hasi eta handik 2 urtera 20 mcg/k/egun izango da dosia (gehieneko dosia 2 mg/egun).
- **Estrogeno transdermikoak,** bi urtean dosiak arian-arian handituta.
- **Etinil-Estradiola ahotik:** 50 ng/k/egun; dosia arian-arian handituko da, eta terapia hasi eta handik 2 urtera 150-200 ng/k/egun izango da dosia. Pubertasunaren garapena amaitzean, honako hau hartu: 17-beta-estradiola.

- **Gizon transexuala (testosterona-esterrak):**

- **Testosterona Zipionatoa edo Enantatoa:** 50 mg/3-4 aste, eta dosia arian-arian handituko da, terapia hasi eta handik 2-3 urtera gehieneko dosira iritsi arte: 250 mg/3-4 aste.
- **Testosterona-gela** egunero, dosia arian-arian handituta 2 urtean.

Terapia hartzen ari diren bitartean, adingabeak haurren edo helduen endokrinologia-zerbitzura joan beharko dute tratamenduaren eraginkortasuna balioesteko, dosiak egokitzeke (behar izanez gero), aldizkako miaketa osagarriak egiteko eta izan daitezkeen kontrako efektuen jarraipena egiteko³¹.

Tratamendu hormonalaren ondorioz izan daitezkeen kontrako efektuak – antzutasuna alde batera utzita– ez dira oso ohikoak izaten baina ager daitezke eta larriak ere izan daitezke (1. taula).

- **Testosterona:** zefalea eragin dezake, ur- eta gatz-erretentzioa, hipertentsio arteriala, poliglobulia, dislipemiak, hepatopatiak, portaeraren nahasmendua, libidoa areagotzea, aknea, burusoiltasuna eta hiperprolaktinemia. Oro har, testorena-dosi handiekin lotuta egoten dira, eta horrelakorik agertuz gero, dosia txikitu edo agian terapia bertan behera utzi ere egin behar da.
- **Estrogenoak:** Flebitisa, tronboembolismoak, bularreko minbizia, hepatopatiak, portaeraren nahasmendua, hipertentsio arteriala, dislipemiak, hiperprolaktinemia, goragalea, astenia, anorexia, pisua handitzea, labilitate emozionala, zefaleak, bertigoak eta ur- eta gatz-erretentzioa.

Gomendioa

Adingabe transexualari eta tutoreei tratamendu hormonalak kontrako zer efektu eragin ditzakeen zehatz-mehatz jakinaraztea gomendatzen dugu, edozein jardun abiarazi aurretik, eta baimen informatua ere sina dezatela.

³⁰ Wylie C. Hembree 2009, Johanna Olson MD 2011

³¹ Wylie C. Hembree 2009, Johanna Olson MD 2011

Gomendioa

Terapia hormonalaren jarraipen endokrinologikoa egitea gomendatzen dugu: tratamenduaren eraginkortasuna balioesteko, dosiak egokitzeko (behar izanez gero), aldizkako miaketa osagarriak egiteko eta izan daitezkeen kontrako efektuen jarraipena egiteko.

6.5.2. HELDUEN OSASUN-ARRETA GNNUAN

- **KASUAK IDENTIFIKATZEA.**
EBALUAZIO ENDOKRINOLOGIKOA ETA PSIKOLOGIKOA

Nola identifika dezakegu transexualitate-egoera helduengan?

Edozein asistentzia-mailatako mediku batek aurrez aurre duen pertsonak ezinegona edo ondoeza adierazten badu jaiotzean esleitutako sexuarekin, eta/edo sentitzen duen sexua jaiotzean esleitutakoarekin bat ez datorrela esaten badu, kasua Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Genero Nortasunaren Nahasteetako Unitatera bidera dezake. Era berean, GNNU horretara bidera ditzake tratamendu medikoak (hormonalak) eta/edo kirurgikoak eskatzen dituzten pazienteak, baldin eta transexualitate-egoeran daudela egiaztatzen duen ziurtagiri-medikoa aurkezten badute (14/2012 Legean jasotako irizpideen arabera), edo bestela, ziurtagiri hori izan gabe ere, sentitutako sexurako iraganbidean bide luzeagoa edo laburragoa egina badute gizartearen eta familiaren aldetik, eta tratamendu mediko edo kirurgikoren bat hasita baldin badute.

Adingabeen arretaren kapituluan esan genuenez, **transexualitate-egoera identifikatzeko, pertsonak berak bere sexu-nortasunari buruz kontatzen duena modu aktiboan entzun behar da. Ez dago proba mediko objektiborik egoera hori erabakitzeko. Hortaz, funtsezkoa da kontakizun hori egiazkoa dela ziurtatzea, eta ez dagoela kanpoko agenteekin (gizartea, familia) edo barnekoekin (psikopatologia) baldintzatuta.** Horregatik, kontakizun hori aldarazi edo itxuralda dezakeen prozesu psikopatologikorik ba ote dagoen aztertu eta hauteman behar da (adibidez, 14/2012 Legean aipatzen diren nortasun-nahasmenduak).

Gaixotasun edo nahasmendu mentalak hautemateko prozesua nahitaez egin behar da, bi arrazoi hauengatik: pertsonaren kontakizuna balizko patologia horiekin baldintzatuta ez dagoela egiaztatzeko eta, patologia horiek detektatuz gero, tratatu ahal izateko. Balioespen psikopatologikoa egiteak ez du esan nahi, beraz, transexualitatea bera gertaera psikopatologikotzat jotzen denik.

Prozesu horretan komorbilitatea egiaztatu eta hauteman ere egiten da, betiere komunitate zientifikoak zehaztutako irizpideen arabera. “Osasun-profesionalek diagnostiko-irizpide berrienak eta kode egokienak hartu behar dituzte aintzat lanbide-jardunean aplikatzeko”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

Gaur egun, nazioarteko sailkapen-sistemak aldatzen ez diren bitartean, prozesu horiek DSM eta GNS 10 sailkapen-sistemen arabera kodetzen dira. Kodeketa hori egitea ezinbestekoa eta saihestezina da, historia kliniko informatizatuen funtzionamendua eta erabilera egokia eta segurua izan dadin. Izan daitezkeen lotutako nahaste edo nahasmenduak (ezinegon edo ondoeza, gogo-aldarte eta egoera afektiboa, edo hala badagokio, psikopatologia) ere kodetu behar dira, baina bereizita. Sistema horien guztien bitartez sintoma eta egoera multzoak sailkatu nahi dira, ez pertsonak berak. Identifikatzeko eta sailkatzeko prozesu estandarrari laguntzeko tresnak dira, nazioartean onartuta daudenak, eta kodeketa egiteko baino ez dira erabili behar.

Halaber, kasuaren arabera, azterketa hormonal eta, hala badagokio, kariotipo bat ere egin beharko litzateke lehenago, gero edo bitartean. Bigarren mailako transexualismo-sintomak eragin ditzakeen nahasmendu hormonalik edo kromosomikorik ez dagoela egiaztatzea da proba osagarri horien helburua, edo sexu-bereizketaren nahasmendurik ez dagoela. 14/2012 Legean ez da horrelako probarik egiteko eskatzen transexualitate-egoera egiaztatuta dagoela identifikatzeko, baina ikuspegi klinikotik eta pazientearen segurtasunaren ikuspegitik begiratuta, behar-beharrezkoak dira.

Gomendioa

Transexualitate-egoera behar bezala identifikatu edo egiaztatzea gomendatzen da, hautemate psikopatologiko eta endokrinologiko egoki eta guzti; izan ere, fase honetan ziurtasunik ez badago, geroagoko faseetan jardun kontraesankorrek eta/edo kaltegarriak gauza daitezke eta gero bilakaeraren iragarpen-faktore negatiboa da.

95

Zein ebaluazio psikologiko mota gomendatzen da?

Ebaluazio psikologikoa egiteko, Osasun Mentaleko profesionalek, psikiatrak eta psikologo klinikoak elkarriketa klinikoak egiten dituzte, paraleloan.

Elkarriketak bakarka egiten dira pertsonarekin, bai eta bikotekidearekin, senitartekoekin eta lagunekin ere, ahal izanez gero, pertsona bera eta haren ingurunea ahalik eta hobekien ezagutze aldera.

Elkarriketa klinikoan anamnesi osoa egiten da, eta honako datu hauek jasotzen dira: osasun-aurrekariak, datu biografikoak, sexu-nortasunaren/genero-nortasunaren sentimenduaren agerpena eta bilakaera, gizarte-arloko eta familiako historia eta abar.

Zenbait kasutan, proba psikometrikoak egitea komeni da.

Ebaluazio psikologiko zehatza egiteko denbora gehiago edo gutxiago behar izango da pertsonaren bilakaera soziosanitarioaren mailaren arabera, genero-nortasunaren adierazpen-mailari eta gizarte- eta familia-ingurunearen ulermen-mailari dagokionez. Prozesua berria baldin bada, gutxienez hiru hilabetetik sei hilabetera bitarte beharko dira.

Ebaluazioan honako alderdi hauek sartzea komeni da: sexu-nortasunaren adierazpena eta lotutako ondoeza (baldin badago), ondoez horren edo ezinegonaren sentimendu horren (baldin badago) historia eta garapena, generoarekin gustura ez egotearekin lotutako estigmak osasun mentalean duen eragina, eta senitarteko, lagun eta berdinen babesa jasotzeko aukera (adibidez, pertsona transexualen kolektiboekin edo pertsona

transexualekin harremanetan jartzea). Ebaluazioaren ondorioz diagnostikorik eza sor daiteke, edo genero-disforiarekin lotutako diagnostiko formala egin daiteke, eta/edo erabiltzailearen osasunari buruzko alderdiak eta alderdi horien bat-etortze psikosoziala deskribatzen dituzten bestelako diagnostikoak³³.

Bikotekidearekin edo senitartekoekin ere esku-hartzeak egitea komeni da, gizarte-babesa optimizatzea baldin bada helburua, batik bat, transexualitatea onartzeko prozesua behar ez bezala gauzatzen ari diren bikote eta familien kasuan, eta prozesuarekin sufritzen ari direla adierazten badute.

Gomendioa

Ebaluazio psikologikoa gehi hautemate psikopatologikoa egitea komeni da, pertsona hobeto ezagutzeko, eta esku-hartzeko eta laguntzeko balizko arloak balioesteko. Ebaluazio horren intentsitatea eta iraupena egokitu egingo da pertsonak bere transexualitate-egoeran lortu duen bilakaera- eta heldutasun-mailaren arabera.

Literaturan “bizimodu errealeko esperientzia” esaten zaion horrek, hau da, gizarte-iraganbide hori egiteak zera esan nahi du, pertsona sexuaren arabera bizi, lan egin eta erlazionatuko dela bere bizitzako jardueretan, modu egonkorrean. SEEN erakundeko Sexu Nortasun eta Bereizketako Taldearen arabera (Transexualitatea balioesteko eta tratatzeko jardunbide klinikoaren gida, 2012), esperientzia hori izatea oso garrantzitsua da pertsonak sentitutako sexuaren rola benetan bizitzeko bizipena izan dezan, tratamendu inbaditzaile eta itzulezinak egiten hasi aurretik; hala ere, gida honetan ez dugu gomendatzen “bizitza errealearen testa” deitu zaion hori nahitaez egitea, gutxienez, hormona-aldaketako tratamendua egiten hasi aurretik, zeren bestela, pertsonaren osotasun fisikoa eta psikologikoa arriskuan jar baitezakegu. Pertsona transexualen kontakizunari jarraiki –arartekoak 2009. urtean egindako “Transgeneroen eta transexualen egoera Euskadin” txostenean–, proba hori oso konplikatua eta mingarria izaten da hormonazioaren edo kirurgiaren babesik gabe egin behar izaten dutenentzat. Izan ere, ezarritako generoen urraketak gaitzespena eragiten duenez gizartean, pertsonak diskriminazio handia jasaten du eta horrek sufrimendu psiko-emozionala eragiten dio; gainera, zenbait kasutan, erasoak ere paira ditzake, familia-ingurunean bertan.

Hortaz, gizarte-iraganbidea noiz abiaraziko duen pertsona interesdunak berak erabaki behar du eta ez da sekula aldez aurreko baldintzatzat ezarriko tratamendu hormonal edo kirurgiko bat egiteko.

Gomendioa

Helduen kasuan, pertsona bakoitzari babesa eta laguntza ematea gomendatzen da, gizarte-iraganbidea abiarazteko erabakia hartzen duenean. Gizarte-iraganbide hori egitea ez da baldintzatzat eskatu behar terapia hormonalak edo kirurgikoak hasi ahal izateko.

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

Nola identifika ditzakegu, ikuspegi psikologikotik begiratuta, balioespen endokrinologikoa egitera bideratu behar diren pertsonak?

1. TERAPIA HORMONALA HASTEKO BETE BEHAR DIREN IRIZPIDEAK³⁴

- GNNUak transexualitate-egoera identifikatuta izatea.
- Pertsonak aurrerapen handia egin du gainditu beharko dituen balizko arazoak kontrolatzen, osasun mental egonkorrari eutsi edo osasun mentala hobetze aldera (kasuan kasu).
- Hormonek zer ondorio eragingo dioten, zer onura (itxaropen errealak) eta zer arrisku dituzten zehatz-mehatz jakin behar du, eta erabiltzaileak konpromisoa hartu behar du ezarritako jarraipen psikologiko-endokrinologikoa betzeko.
- Tratamenduak kontraindikaziorik ez izatea eskatutako azterketa osagarrien emaitzak ikusi ostean.

2. TERAPIA HORMONALA HASTEKO IRIZPIDE GEHIGARRIAK

- Hormonak arduraz erabiliko dira, endokrinologoak finkatutako arauen arabera, eta automedikazioa saihestuta.
- Soziopatiarik, toxikoen kontsumorik, psikosirik, suizidio-saiorik eza.
- Hormonak eskatzen dituzten pertsonen eman egingo zaizkie, kirurgiarik nahi ote duten alde batera utzita, betiere irizpide horiek betetzen badituzte.

97

Gomendioa

Helduengan tratamendu hormonal hartzen hasi beharko litzateke transexualitate-egoera identifikatu edo egiaztatu ostean, tratamendu hormonalaren onuren eta arriskuen berri izanik eta GNNUako profesionalen prozesuaren jarraipena egiteko konpromisoa hartu ostean.

Nola identifika ditzakegu, ikuspegi psikologikotik begiratuta, balioespen kirurgikoa egitera bideratu behar diren pertsonak?

Zenbait pertsona transexualek ebakuntza kirurgikoa nahitaezko prozesutzat hartzen dute bizitza sentitutako sexuaren rolean erabat bizitzeko. Osasun-sistemak, sistema bermatzaile den aldetik, prozesu hori arrakasta-berme handienarekin gauza dadin bete beharreko baldintza guztiak betetzen direla baieztatu beharko du, erabiltzaileak tratamenduaren inguruan eta tratamenduak izan ditzakeen ondorioen gainean jakin beharreko guztiak badakizkiela³⁵.

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. TRATAMENDU KIRURGIKOA HASTEKO BETE BEHAR DIREN IRIZPIDEAK:

- GNNUak transexualitate-egoera identifikatuta izatea.
- Pertsonak aurrerapen handia egin du gainditu beharko dituen balizko arazoak kontrolatzen, osasun mental egonkorrari eutsi edo osasun mentala hobetze aldera (kasuan kasu).
- 18 urtetik gora izatea, kirurgia genitalaren kasuan.
- Kirurgiek zer ondorio eragingo dioten, zer onura (itxaropen errealak) eta zer arrisku dituzten zehatz-mehatz jakin behar du, eta erabiltzaileak konpromisoa hartu behar du ezarritako jarraipen psikologiko-kirurgikoa betetzeko.

Gomendioa

Balioespen kirurgikoa egiteko bideratuko da baldin eta ebakuntza eskatu duen pertsonari transexualitate-egoera identifikatu bazaio GNNUan, eta gainerako eskakizunak betetzen ote dituen kasuan kasu aztertuko da.

• BALIOESPEN ENDOKRINOLOGIKOA. ESKU-HARTZE HORMONALA

Zer azterketa mediko egitea gomendatzen da esku-hartze hormonalari abiarazi aurretik?

GNNUako mediku endokrinologoak historia kliniko osoa bete behar du, honako datu hauek bereiziki aipatuta: bizimoduaren ohiturak, familia-aurrekariak neoplasiei, gaixotasun kardiobaskular goiztiarrari eta fenomeno tronbotikoei dagokienez, baita pubertaroko garapenari eta funtzio gonadalari dagokienez ere. Aldez aurretik tratamendu hormonalik hartu ote duen ere galdetuko zaio (izena, botikaren dosia eta tratamenduaren iraupena), eta hartu baldin badu, GNNUatik kanpo edo aldez aurreko fasean egindako azterketa osagarriak aurkeztu beharko ditu.

Azterketa fisiko osoa egin behar da, bigarren mailako sexu-karaktereak ere barnean hartuta (Tanner-en estadioak), bularretako eta genitaleko miaketa, auskultazio kardiopulmonarra, miaketa abdominala, tentsio arterialaren zifrak, antropometria eta bioinpendantziometria, ahal izanez gero.

Halaber, azterketa analitiko bat ere egin behar da: biokimika orokorra, profil hepatikoa, profil lipidikoa, azido urikoa, hemograma, koagulazioa, serologias (VHB, VHC, VIH, lues) eta azterketa hormonal basala –lehendik egin ez bada–, betiere FSH, LH, DHEA-s, 17-OH-Progesterona, PRL, TSH, estradiola/testosterona, SHBG ere barnean hartuta. Kariotipo bat ere eskatuko da. Tratamendu hormonalari hartu bada inork gainbegiratu gabe, analitikak egin aurretik gutxienez hilabeteko garbaldia bete behar da³⁶.

³⁶ Moreno-Pérez et al 2012

Miaketa eta proba osagarri horien helburua nahasmendu hormonal edo kromosomikorik ez dagoela egiaztatzea da, bigarren mailako transexualismo-sintomak eragin baititzakete (sortzetiko hiperplasia suprarrenal, tumore birilizatzailea, erresistentzia androgenikoa, kromosomopatia, barrabiletako agenesia edo edozein motatako hipogonadismoa eta abar), ezta terapia hormonal kontraindikaturik dagoela adierazten duten bestelako lotutako prozesurik ere³⁷.

Gomendioa

Tratamendu hormonal hasi baino lehen balioespen kliniko egokia (historia klinikoa eta miaketa fisiko zehaztua) eta hainbat proba osagarri (analitika osoa, kariotipoa, serologiak, gorputz-osaketaren azterketak eta dentsitometria) egitea gomendatzen da.

Zer egoeratan dago kontraindikaturik esku-hartze hormonalak?

Zenbait kasutan, tratamendu hormonal kontraindikaturik egon daiteke, aldi baterako edo betiko, bestelako patologia konkomitanteak ere badaudelako³⁸:

- Emakume transexualak: gaixotasun tronboembolikoa, istripu zerebrobaskularra, hepatopatia aktiboa (transaminasak normaltasunaren muga baino 3 aldiz handiagoak), giltzurruneko gutxiegitasuna, hipertriglizeridemia larria, obesitate morbidua, gaizki kontrolatutako diabetesa, migraina larriak, bularreko minbiziaren historia familiar, prolaktinoma.
- Gizon transexualak: hepatopatia aktiboa, giltzurruneko gutxiegitasuna, kardiopatia iskemikoa, hipertriglizeridemia larria, obesitate morbidua, gaizki kontrolatutako diabetes mellitusa

99

Gomendioa

Tratamendu hormonalarengatik larriagotu daitezkeen patologia edo tratamendu hori kontraindikaturik duten patologia tratamendua hasi aurretik ebaluatzea gomendatzen da.

Zeintzuk dira esku-hartze hormonalaren helburuak?

Esku-hartze hormonalak bi helburu nagusi ditu³⁹:

- Hormona endogenoen metaketa eta, beraz, sexu biologikoaren bigarren mailako sexu-bereizgarriak murriztea.
- Hormona endogenoak murriztea eta sentitutako sexuari dagozkionak areagotzea; horretarako, hasieran, paziente hipogonadalekin erabiltzen denaren antzeko terapia hormonal erabiliko da.

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

Tratamendua hasi aurretik, tratamenduak izan ditzakeen onura eta kalteei buruzko informazio indibidualizatua eman behar da, itxaropen faltsurik ez sortzeko. Beti ez da posible izaten bigarren mailako sexu-karaktereak erabat desagerraraztea. Herentzia genetikoak eragina du xede-ehunek terapia hormonalaren aurrean izaten duten erantzunean, eta pertsona batetik bestera asko aldatzen da; horrela, bada, ezin da efektua areagotu dosi suprafisiologikoak emanda. Zenbait alderditan, gehieneko efektua lortzeko 2 edo 3 urte egon behar izaten dira tratamenduan.

Pertsona transexual guztiei informazioa eta aholkuak eman behar zaizkie ugalkortasunerako dituzten aukeren gainean, betiere sentitzen duten sexuari dagozkion sexu-hormonen tratamendua egin baino lehen⁴⁰.

Pertsona transexualak eta endokrinologo arduradunak baimen informatua sinatu behar dute fase honetan; baimen horretan, tratamenduaren indikazioak, kontraindikazioak eta izan ditzakeen albo-ondorioak jaso behar dira, baita tratamendua ez hartzeko aukera eta aukera horren ondorioak ere.

Gomendioa

Tratamendu hormonalaren helburuak, efektu positiboak eta izan ditzakeen albo-ondorioak zeintzuk diren jakinarazi behar zaie pertsona transexualei, eta tratamendua egin aurretik, GNNUan ezarritako baimen informatua sinatzea ere gomendatzen dugu.

Pertsona transexualei informazioa eta aholkuak ematea gomendatzen da ugalkortasunerako dituzten aukeren gainean, tratamendu hormonalak egin baino lehen.

Zein esku-hartze hormonal da egokiena emakume transexualen kasuan? Zer onura, arrisku/albo-ondorio ditu?

Terapiarik eraginkorrena konbinazio bat da; hain zuzen ere, androgenoen produkzio endogenoa eta/edo haien ekintza ezabatzen duten konposatuak, alde batetik, eta emakumeen bigarren mailako sexu-karaktereak eragiteko estrogenoak hartzea, bestetik. Sexu-ileak ez haztea eta bularrak handitzea da helburua, eta gorputzeko gantzak emakumeen modura banatzea⁴¹.

Estrogenoak

Ahal dela, ahotik edo azalaren bitartez hartuko dira. Muskulu barneko prestakinak ez dira gomendagarriak. Hona hemen tratamendurako proposatutako jarraibideak:

- Valeratoa, 17 β -estradiola ahotik: 2-6 mg/egun.
- Estrogeno transdermikoak: 100 μ g/3-7 egun.

Azalaren bitartez hartzeak (bide transdermikoa) eragiten dituen efektu tronboenboliko gutxien; beraz, urte gehiago dituzten pazienteentzat abantaila izan daiteke⁴².

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

Ebakuntza kirurgikoren bat egin aurretik, tratamendu hormonalak 2-3 astez bertan behera uztea komeni da, immobilizazioak dakarren arrisku tronboembolikoa dela-eta⁴³. Gonadektomia bat egitea aukeratzen bada, gero ez da terapia antiandrogenikoa egin beharrik izango. Tratamendu estrogenikoaren dosiek egokiak izan behar dute hipogonadismo-klinika saihesteko eta hezur-masa ez galtzeko⁴⁴.

Antiandrogenoak

Hona hemen tratamendurako proposatutako jarraibideak⁴⁵:

- Ziproterona-azetatoa: efektu bikoitza du, errezeptore androgenikoa blokeatzen du eta jariatze gonadotropoa inhibitzen du. Prestakin hori hautatu da; dosia: 50-100 mg/egun.
- Flutamida eta finasteridea: testosteronaren azken ekintza eragozten dute, baina ez dituzte haren kontzentrazioak txikitzen; beraz, ziproterona-azetatoarekiko intolerantzia-kasuetan erabili behar dira.
- GnRH analogoak: LH eta FSH produkzioa aldi baterako blokeatzen dute, barrabiletan testosteronaren produkzioa murriztuta⁴⁶. Oso garestia denez eta indikazio horrekin onartuta ez dagoenez, soilik nerabeekin erabili behar da, dagokion atalean azaldutakoari jarraiki, baita prestakin antiandrogenikoekiko immuneak direnekin ere.

Estradiolaren kontzentrazioak menopausiaurreko garaian dagoen emakume baten batez besteko balioetan egon beharko luke, edo fase folikular normalaren goiko muga erreferentziako laborategi bakoitzerako, eta testosterona-kontzentrazioak muga femeninoen inguruan⁴⁷.

Tratamenduak dituen ondorio positiboak eta negatiboak 1. taulan jaso ditugu.

Gomendioa

Tratamendu hormonalak GNNUaren barruan sexu-esteroideekin eskarmentua duen endokrinologo batek agindu eta monitorizatzea gomendatzen dugu.

Emakume transexualen kasuan, tratamendu hormonalak estrogenoekin eta antiandrogenoekin hastea gomendatzen da. Gonadektomia egin ostean, hala badagokio, soilik estrogenoen tratamenduari eustea komeni da.

Estrogeno mota guztiak eta hartzeko bide guztiak proposatzea gomendatzen da, kasuan kasu egokiena hautatzeko.

Estrogenoen mailak menopausiaurreko garaian dagoen emakume baten maila fisiologiko normalean izatea gomendatzen da.

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

Zein esku-hartze hormonal da egokiena gizon transexualen kasuan? Zer onura, arrisku/albo-ondorio ditu?

Hormona maskulinoa edo testosterona erabiltzean oinarritzen da tratamendua. Kasu honetan, hilekoa etetea eta birilizazioa eragitea da helburua, sexu-ileari dagokion eredu bat lortzea, morfotipo maskulinoa eta organo zutikorraren hipertrofia barnean hartuta. Tratamendu hormonalaren ondorioz muskulu-masa handitu ere egiten da, gantz-masa gutxitu eta libidoa areagotu⁴⁸. Muskulu barnean jartzen diren edo aplikazio topikoko gel moduan ematen diren testosterona-esterrak erabiltzen dira gehien. Hona hemen tratamendu hormonalerako proposatutako jarraibideak⁴⁹:

- Testosterona-enantatoa: 100-250 mg /2-4 aste.
- Testosterona-undekanoatoa: 1000 mg im, segidan 1000 mg 6 astera, eta 1000 mg 12 astean behin.
- Testosterona-gela: 5-10 g, 50-100 mg testosterona dituela, egunero aplikatuta.

Testosterona-kontzentrazioak gizonetzkoen populaziorako erreferentziako balioen barruan izatea da helburua (320-1000 ng/dl).

Kasu isolatuetan izan ezik, tratamenduan 2-3 hilabete egon ostean lortzen da amenorrea. Kasu gutxitan erabili behar dira GnRH analogoak edo progestagenoak hilerokoak irauten badu. Tratamendu androgenikoari eutsi egin behar zaio gonadektomia egin ostean (egiten bada), beroaldiak eta hezur-masa galtzea saihesteko⁵⁰.

Tratamenduak dituen ondorio positiboak (lortu nahi dena) eta negatiboak 1. taulan jaso ditugu.

Gomendioa

Gizon transexualen kasuan, tratamendu hormonalak testosteronarekin egitea gomendatzen da, eta gonadektomia egin ondoren ere (egiten bada) eutsi egin behar zaio.

Testosterona mota guztiak eta hartzeko bide guztiak proposatzea gomendatzen da, kasuan kasu egokiena hautatzeko.

Sexu-hormonen mailak sexu maskulinoaren maila fisiologiko normalean izatea gomendatzen da.

Esku-hartze hormonalaren ondoren, jarraipeneko zer plan egitea gomendatzen da?

Pertsona transexualen kasuan, 3-4 hilean behin egin beharko litzaieke ebaluazioa Endokrinologiako kontsultetan tratamendu hormonalaren lehen urtean, eta gero, 6-12 hilean behin, betiko⁵¹. Honako datu hauek monitorizatu behar dira: pisua,

⁴⁸ Pérez et al 2012

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

⁵⁰ Moreno-Pérez et al 2012

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

tentsio arteriala, hemograma, giltzurrunetako eta gibealeko funtzioa, metabolismo hidrokarbonatua, azido urikoa, profil lipidikoa eta hormonak (FHS, LH, estradiola/ testosterona). Emakume transexualen kasuan, horietaz gain PSA eta PRL ere bai⁵². Halaber, tratamendu hormonalaren egiten ari diren pertsona transexual guztiei jarraipena egiten zaien bakoitzean ebaluatu behar da arrisku kardiobaskularreko faktorerik agertu ote den eta, hala baldin bada, ezarritako jardunbide klinikoko giden arabera tratatu behar dira⁵³. Gonadektomia egin ostean, hezurren dentsitate minerala ere aldizka (3-5 urtean behin) monitorizatu behar da⁵⁴.

Hormona-mendeko minbiziaren kasu gutxi deskribatu dira pertsona transexualen artean, baina hala ere, minbizia sortzeko aukera areagotu egiten da tratamendu hormonalaren eraginpean zenbat eta denbora gehiago egon, eta adinarekin⁵⁵. Pertsona transexualen artean bularretako minbiziaren kasu oso gutxi jaso dira literaturan.

Hainbat azterlanen arabera, intzidentzia (tratamendu hormonal gurutzatua hartzen ari diren emakume nahiz gizon transexualei dagokienez) ez da handiagoa izaten biztanleria orokorraren kasuan baino⁵⁶; dena den, azterketa fisiko erregularrak egin behar dituzte pertsona transexualak eta klinikoak⁵⁷. Halaber, tratamendu hormonalari berandu ekin dioten emakume transexualen kasuan prostatako minbiziaren kasu isolatuak ere deskribatu dira; hortaz, 50 urtetik aurrera patologia prostatikoa hautematea gomendatzen da, besteak beste, PSA zehaztuta eta, horren arabera, ondeste-ukipen digitala egin behar ote den balioestea⁵⁸.

Gomendioa

GNNUako Endokrinologiako espezialista batek 3-4 hilean behin jarraipen kliniko-analitiko zorrotza egitea gomendatzen da, tratamendu hormonalaren lehen urtean, eta gero, 6-12 hilean behin.

Tratamendu hormonalaren egiten ari diren pertsona transexualengan arrisku kardiobaskularren faktoreak hautematea gomendatzen da, jarraipena egitean.

Gonadektomia egin ostean, hezurren dentsitate minerala ere aldizka (3-5 urtean behin) monitorizatzea komeni da.

Gizon transexualek biztanleria orokorrari ematen zaizkion jarraibideei jarraitzea gomendatzen da, bularreko minbiziaren screening-a egiteko.

Emakume transexualek biztanleria orokorrari ematen zaizkion jarraibideei jarraitzea gomendatzen da, prostatako minbiziaren screening-a egiteko 50 urtetik aurrera.

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

1. Taula. Tratamendu hormonal gurutzatuaren efektu positiboak eta negatiboak

	ESTROGENOAK ETA ANDROGENOAK	TESTOSTERONA
Positiboak	- Bularretako hiperplasia. - Erektzioa, espermatogenesisia eta barrabilen bolumena gutxitzea. - Ile terminala gutxitzea. - Ahotsa zertxobait aldatzea. - Gantza emakumeen modura banatzea.	- Bularreko atrofia partziala. - Bigarren mailako amenorrea. - Organo zutikorraren hipertrofia. - Sexu-ile terminala areagotzea. - Ahotsaren tonua aldatzea. - Muskulu-masa handitzea.
Negatiboak	- Depresioa. - Libidoaren jaitsiera anomaloa. - Prolaktina areagotzea. - Zainetako tronbosia. - Gibealeko gutxiegitasuna. - Kolelitiasia. - Noizbehinkakoak: bularreko eta prostatako minbizia.	- Portaera agresiboak, psikosia. - Libidoaren igoera anomaloa. - Aknea aurpegian. - Alopezia androgenikoa. - Hiperplasia endometrial. - LAOS. - Poliglobulia. - Hepatopatia.

• BALIOESPEN KIRURGIKOA. EBAKUNTZA KIRURGIKOA

Zer azterketa mediko egitea gomendatzen da ebakuntza kirurgikoa egin aurretik?

Bigarren mailako sexu-karaktereetan eta genitaletan egiten diren kirurgiak azken urratsa izaten dira, ohiko moduan, zenbait pertsona transexualen tratamenduan.

Hainbat pertsona transexualek ongi onartzen du bere gorputzaren irudia, baina beste kasu batzuetan, genitaletako kirurgia funtsezkoa izaten da azken tratamenduan. Azken talde horretan, lehen eta bigarren mailako sexu-karakterek kirurgia bidez aldatuta koherentzia-maila handiagoa lortzen da sexu-nortasunarekin.

Hortaz, kasuan kasu ebaluazio indibidualizatuak egin behar dira GNNUako kide guztiak saio klinikoan bilduta.

Ebakuntza kirurgiko guztietan bezalaxe, anestesistak ebakuntza aurreko azterketa bat egin behar du eta azterketa horretan baieztatu egin behar da pazientearen osasun-egoera optimoa dela ebakuntza egin ahal izateko. Esan dugunez, anestesistak egiten du azterketa hori anamnesi bidez eta miaketa fisikoa eginez, honako proba hauetan oinarrituta:

1. Torax-erradiografia.

2. Analitika: hematimetriako eta koagulazioko azterketa, eta biokimikako ebakuntza aurreko profila.

3. Elektrokardiograma.

Proba horien osagarri, beste batzuk ere egin daitezke ebakuntza aurreko ebaluazioa egiten ari den anestesistak egoki iritziz gero.

Ebakuntza aurreko azterketa horretan arrisku anestesikoa zehazten da –ASA eskalaren bidez sailkatzen da arrisku hori– eta 6 hilabetetik 12 hilabetera bitarteko balioaldia du, arrisku horren arabera.

Gomendioa

Ebakuntza kirurgikoaren proposamena egiteko aukera aintzat hartu aurretik, balioespen mediko kirurgiko osoa egitea gomendatzen da.

Zer egoeratan dago kontraindikatuta ebakuntza kirurgikoa?

Lehen ere esan dugunez, sentitutako sexuarekin bat datozen genitalak izan nahi dituztela dioten pertsonen soilik egingo lieke mesede ebakuntza kirurgikoak. Horretarako, hainbat irizpide hartu behar dira kontuan, eta irizpide horiek ez badira betetzen, kirurgia baztertu edo atzeratu egingo litzateke, horiek bete arte. Hona hemen ebakuntza egiteko irizpideak:

- 18 urtetik gora izatea, kirurgia genitalaren kasuan.
- Teknika kirurgikoak ezagutzea, kirurgia itzulezina dela eta zer muga dituen jakitea, ospitaleko egonaldia, izan ditzakeen konplikazioak eta errehabilitazioa, betiere baimen informatuak sinatuta.
- Diziplina anitzeko Unitateak onartzea.

Halaber, pertsonaren osasun-egoera orokorrari lotutako arrisku anestesikoa dela-eta, kirurgia kontraindikatuta egon daiteke; gutxienez, pazientearen osasun-egoera orokorrak hobera egiten duen arte, ahal den kasuetan.

Informazio hori guztia idazki bidez eta erraz ulertzeko moduan eman behar da, eta ebakuntza egin aurretik jakinarazi behar da, zalantzak argitzeko aukera egon dadin eta pertsonak baimen informatua sinatu ahal izan dezan.

Gomendioa

Ebakuntza egin aurretik balioespen kirurgikoa egitea gomendatzen da, baita hainbat irizpide betetzea ere, hala nola, adin nagusikoa izatea, eta ebakuntzaren ondorioen berri izatea eta horiek onartzea.

Zeintzuk dira ebakuntza kirurgikoaren helburuak?

Ebakuntza kirurgikoari esker, lehen eta bigarren mailako sexu-karaktereak aldatzen dira eta, horri esker, koherentzia-maila handiagoa lortzen da sexu-nortasunarekin, zenbait pertsonaren kasuan.

Era berean, kirurgiaren helburu da ahalik eta emaitza funtzional onena lortzea, hainbat ikuspegitatik begiratuta:

- Urologikoa.
- Sentsitiboa.
- Sexuala.

Kasu guztietan oso garrantzitsua izaten da ebakuntza ondoko jarraipena egitea epe luzera, ebakuntza ostean sor daitezkeen zailtasunak errazago identifikatu ahal izateko eta, hartara, egin beharrekoa egin ahal izateko. Azken batean, pertsonari jarraipena egitea lagungarri izaten da emaitza kirurgikoaren kalitatea hobetzeko.

Gomendioa

Ebakuntza ondoko jarraipena epe luzekoa izatea gomendatzen da, konplikazioak garaiz identifikatzeko eta konplikazio horiek behar bezala leuntzeko neurriak proposatu ahal izateko.

Zein ebakuntza kirurgiko da egokiena emakume transexualen kasuan? Zer onura, arrisku/albo-ondorio ditu?

Emakume transexualei egin dakizkiekeen ebakuntza kirurgikoak bi multzotan sailkatzen dira, gorputzaren zonaldearen arabera:

- 1. Bularretako kirurgia:** handitzeko mamoplastia protesiekin edo lipofilling-a.
- 2. Genitaletako kirurgia:** penektomia, baginoplastia, klitoroplastia eta bulboplastia.

Handitzeko mamoplastia, ohiko moduan, bularretako protesi bidez egiten da eta, batzuetan, lipofilling-eko tekniken bitartez. Lehenengo kasuan, konplikazio ohikoenak infekzioak eta kontraktura kapsularra izaten dira, baina ez dira maiz gertatzen. Lipofilling-aren kasuan, gantz-nekrosia eta, horren ondorioz, ezarritako bolumena galtzea, infekzioak eta hematoma (edozein ebakuntza kirurgiko egitean sortzen dira) dira gerta litezkeen konplikazioak.

Emakume transexualen kirurgia genitalean honako hauek egiten dira: penektomia, baginoplastia, klitoroplastia eta ezpainplastia, zakileko azala alderantzizatzeko teknikaren bitartez (gold-standard teknikatzat jotzen da (Gennaro Selvaggi et al, 2005; Horbach et

al, 2015); kirurgia horren helburu nagusiei dagokienez, sentsibilitate erogenoa, sexu-harremanetarako bagina funtzional bat sortzea eta emaitza estetiko onargarriagoa izatea lortu nahi dira. Heste-baginoplastiaren teknika ere aukera bat izan daiteke.

Kirurgia horren konplikazio ohikoenak dira honako hauek:

1. Baginaren eta ezpainen nekrosi partziala edo erabatekoa.
2. Ondeste-baginan fistulak agertzea.
3. Uretrako estenosia.
4. Sexu-harremanetarako luzera nahikoa ez duten baginak sortzea.

Kontuan izan behar da agian bigarren ebakuntza bat egin behar dela bularren eta genitalen itxura estetikoa eta/edo funtzionala hobetzeko.

Gomendioa

Emakume transexualen kasuan, genitaleko kirurgiaren balioespena kasuan kasu egitea gomendatzen da.

Handitzeko mamoplastian aukerako ebakuntza kirurgikoa kasuan kasu egin behar da, eta lipofilling-a eta bularretako protesiak sar daitezke.

Genitaletako kirurgian, aukerako ebakuntza kirurgikoa zakileko azala alderantzikatzea da. Heste-baginoplastiaren teknika ere aukera bat izan daiteke.

107

Zein ebakuntza kirurgiko da egokiena gizon transexualen kasuan? Zer onura, arrisku/albo-ondorio ditu?

Aurreko kasuan bezalaxe, ebakuntza kirurgikoak bi multzotan bana ditzakegu, gorputzaren zonaldearen arabera:

1. Bularretako kirurgia: mastektomia.
2. Genitaletako kirurgia: uretraren pars fixa berreraikitzea, faloplastia, baginektomia, eskrotoplastia, eta zakil- eta barrabil-protesia jartzea.

Pertsona horien kasuan, mastektomiaren teknika bularraren bolumenaren arabera da; izan ere, zenbait kasutan aski izaten da azalpeko mastektomia bat egitea, baina beste kasu batzuetan azalaren erauzketa edo erresekzioa egin behar izaten da, baita areola-titiburua konplexuaren mentu librea ere⁵⁹. Hortaz, honako konplikazio hauek ager litezke:

⁵⁹ Monstrey et al, 2008

1. Areola-titiburu konplexuaren nekrosia eta/edo sentsibilitatea galtzea.

2. Irregularitasunak inguruan.

3. Orbain in-estetikoak.

Faloplastia izaten da pertsona horien genitaletako prozedura nagusia, eta horrekin batera, baginektomia, eskrotoplastia, uretroplastia egin eta zakil-protesia jartzen da erekzioa lortzeko, baita barrabil-protesia ere⁶⁰.

Faloplastiako tekniken artean, ohikoena zakil berri bat sortzea izaten da, besaurreko zintzilikario libre baten bitartez⁶¹, erradio-arterian eta haren pedikulu baskulonerbioso konkomitanean oinarrituta. Honako helburu hauek ditu

- Estetikoki onargarria den zakil berria sortzea.
- Erekzio-aukera, sexu-harremanetarako, eta sentsibilitatea ere badu, ukimenezkoa eta erogenoa.
- Uretra berriaren bidez egiten da txiza.

Alabaina, teknika konplexuak dira eta konplikazioak sor daitezke; konplikaziorik egonez gero, gerta daiteke ebakuntza gehiago egin behar izatea emaitza funtzionala eta estetikoa hobetzeko. Konplikazio nagusiak honako hauek dira, besteak beste:

1. Estenosia eta gernu-fistulak.

2. Zakil berriaren nekrosi partziala edo erabatekoa.

3. Emaitza estetiko eta/edo funtzionala bat ez etortzea espero zenarekin.

Gomendioa

Gizon transexualen kasuan, genitaletako kirurgiaren balioespena kasuan kasu egitea gomendatzen da. Mastektomian, genitaletako aukerako ebakuntza kirurgikoa bularraren bolumenaren araberakoa izaten da: azalpeko mastektomia, azal-erauzketa eta areola-titiburu konplexuaren mentu librea izan daitezke.

Aukerako ebakuntza kirurgikoa zakil berria sortzea izaten da, besaurreko zintzilikario libre baten bitartez.

⁶⁰ Gennaro Selvaggi et al, 2009

⁶¹ Monstrey et al, 2009

6.5.3. GOMENDIOEN LABURPENA

• OSASUN-ARRETA LEHEN MAILAKO ARRETAREN ESPARRUAN

- Lehen mailako arretako profesionalak sexu-aniztasunaren eremuan prestakuntza jasotzea eta eguneratzea gomendatzen dugu, pertsona transexualei arreta ematen parte hartzen duten gizartearen, hezkuntzaren eta osasunaren arloetako eragile espezializatuak koordinatzeko eginkizuna egoki bete dezaten, eta prozesu osoan lagun egiteko eta laguntzeko gai ere izanik.
- Lehen mailako arretako pediatriei zera gomendatzen diegu, Genero Nortasunaren Nahasteetako Unitatera bideratzea jaiotzean esleitutakoarekin bat ez datorren sexu-nortasuna duten adingabeak, batik bat sintoma gehiago ere agertzen badira batera, hala nola, antsietatea, depresioa, ideia autolitikoak, gatazkak berdinen arteko harremanetan (bullying-a) edo gurasoekin.
- Lehen mailako arretako pediatriek egiteko oso garrantzitsua betetzen dute transexualitate-egoeran dauden haurrak detektatzeko prozesuan, eta haur horien gurasoei laguntza ematen ere bai, seme-alaben errealitatea hobeto uler dezaten, batik bat, pubertarora iritsi baino lehen.
- Familiako medikuen zeregina da transexualitate-egoeran dauden nerabe eta helduei arreta ematea, errespetuz eta begirunez betiere, une oro laguntza, babesa eta aholkuak eskainita eta ondoeza arinduta (baldin badago); horretaz gain, GNNUako beste espezialista batzuek ere parte hartzen dutenean haiekin etengabe komunikatzea gomendatzen da.

• GNNUARAKO SARBIDEA. PERTSONEI HARRERA EGITEA

- Pertsona horiei harrera egitean, hitzordua duten GNNUako lehen espezialistak egitea gomendatzen da, betiere hasiera-hasieratik argi utzita GNNUatik ari direla arreta jasotzen, ez ospitaleko psikiatria- edo endokrinologia-zerbitzutik.
- Transexualitate-egoera GNNUan identifikadaiteke (14/2012 Legea aurreikusitakoaren arabera), edo unitate horretatik kanpo. Baina tratamendu mediko edo kirurgiko bat lortzeko, transexualitate-egoera egiaztatu egin beharko da kasu guztietan, eta diagnostiko diferentziala eta komorbilitate-diagnostikoa ere egin beharko dira, balioespen endokrinologikoaz gain, psikopatologikoa ere barnean hartuta.

Adin pediatrikoan

• KASUAK IDENTIFIKATZEA.

EBALUAZIO PSIKOLOGIKOA ETA LAGUNTZA TERAPEUTIKOA

- Haurtzaroan, transexualitate-egoera identifikatzeko haurrak berak kontaktzen duena modu aktiboan entzun behar da, bere nortasuna adierazteko aukera eman behar

zaio eta kontakizun hori egiazkoa dela ziurtatu behar da, eta ez dagoela kanpoko agenteekin (gizartea, familia) edo barnekoekin (psikopatologia) baldintzatuta. Prozesu luzea, konplexua eta oso inbididualizatua da, eta haurren psikiatrak, psikologoak eta endokrinologo pediatrikoak dituen Genero Nortasunaren Unitate batean egitea komeni da.

- Pubertaroaurreko haurra baldin bada, hasierako elkarriketa guraso/tutoreekin egitea komeni da eta, haurrak arreta psikiatriko/psikologikoa behar duela identifikatuz gero, adingabearekin jardungo da. Familiak nahi badu, geografikoki gertuago egoteko, erreferentziako Haur Psikiatriako Unitateetara (HPU) bideratuko da, eta HPU horietatik beti izango dute aukera Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko GNNUarekin edo Haur Psikiatriarekin kontsulta egiteko.
- Gizartean babes egokia izateaz gain, Osasun Mentaleko lantaldeak laguntza psiko-emozionala ematea ere gomendatzen da; horretaz gain, adingabeak eta haren tutoreek zehatz-mehatz jakin behar dute tratamendu endokrinologikoez zer ondorio eragingo dizkieten, zer onura (itxaropen errealak) eta zer arrisku dituzten, eta konpromisoa hartu behar du ezarritako jarraipen psikologiko-endokrinologikoa betetzeko.
- Esku-hartze psikologikoa inbididualizatua eta integrala izan behar duela gomendatzen dugu, eta arreta eman behar dio:
 - Haurrari, transexualitatearen psikohezkuntzaren bitartez; laguntza eta babes psiko-emozionala; gizarte-iraganbidearen hasieran aholkuak eman, oraindik hasi ez bada; psikoterapia (behar izanez gero) autoestimua hobetzeko eta aipatzen dituen zailtasunei aurre egiteko estrategiak erabiltzeko.
 - Familiari, informazioa eta egoera konplexuak konpontzeko eta laguntzeko estrategiak eskainita eta iraganbidean lagun eginda.
 - Aholkularitza eskolari.
- Gizarte-iraganbidea abiarazi ez baldin bada, ebidentzia zientifiko nahikorik ez dagoenez, GNNUako osasun mentaleko lantaldeari informazioa ematea gomendatzen diogu, familiarentzat semearen edo alabaren genero-rolak aldatzeko prozesu eta une horri buruzko erabakiak hartzeko lagungarri izan daitekeen informazioa. Haurrak eta familiak erabakia hartu dutelarik, (GNNUako eta/edo lehen mailako arretako) osasun-profesionalen egitekoa prozesu horretan laguntzea izango da.

• BALIOESPEN ENDOKRINOLOGIKOA

- Adingabe transexual batek terapia hormonal hasi aurretik egun adostutako gidetan zehaztutako miaketa osagarriak egitea gomendatzen dugu. Miaketa horietatik zenbait aldizka egin beharko dira, tratamendu hormonal hartzen ari den bitartean.
- Esku-hartze hormonal kontraindikaturik dago transexualitate-egoera identifikatu ez denean edo, identifikatu arren, adingabeak ez badu nahi tratamendurik hartu.

- Esku-hartze hormonalak esleitutako sexuan pubertasunaren garapena geldiarazi behar denean abiaraztea gomendatzen dugu, eta gero, bigarren mailako sexu-karaktereen garapena eragitea sentitutako sexuan.
- Adingabe transexualari eta tutoreei tratamendu hormonalak (estrogenoak edo testosterona) kontrako zer efektu eragin ditzakeen zehatz-mehatz jakinaraztea gomendatzen dugu, edozein jardun abiarazi aurretik, eta baimen informatua ere sina dezatela.
- GnRH analogoen tratamendua Tanner-en II. estadioan dauden adingabe transexualekin hastea gomendatzen dugu, betiere eskatzen badute, esleitutako sexuari dagozkion sexu-karaktereen garapena geldiarazteko, baina horretarako aldeztu aurretik analisi endokrinologiko osoa egin beharko dute, adingabeari eta gurasoei zer efektu kliniko espero daitezkeen jakinarazi behar zaie zehatz-mehatz, baita izan ditzakeen kontrako efektuen berri eman ere, eta baimen informatua sinatu beharko dute.
- Terapia hormonalaren jarraipen endokrinologikoa egitea gomendatzen dugu (estrogenoak edo testosterona): tratamenduaren eraginkortasuna balioesteko, dosiak egokitzeko (behar izanez gero), aldizkako miaketa osagarriak egiteko eta izan daitezkeen kontrako efektuen jarraipena egiteko.

Helduaroan

111

• KASUAK IDENTIFIKATZEA.

EBALUAZIO PSIKOLOGIKOA ETA LAGUNTZA TERAPEUTIKOA

- Transexualitate-egoera behar bezala egiaztatzea gomendatzen da, hautemate psikopatologiko eta endokrinologiko egoki eta guzti; izan ere, fase honetan ziurtasunik ez badago, geroagoko faseetan jardun kontraesankorrak eta/edo kaltegarriak gauza daitezke eta geroko bilakaeraren iragarpen-faktore negatiboa da.
- Ebaluazio psikologikoa egitea komeni da, proba psikometrikoekin osatuta, pertsona hobeto ezagutzeko, eta esku hartzeko eta laguntzeko balizko arloak balioesteko. Ebaluazio horren intentsitatea eta iraupena egokitu egingo da pertsonak bere transexualitate-egoeran lortu duen bilakaera- eta heldutasun-mailaren arabera.
- Helduen kasuan, pertsona bakoitzari babesa eta laguntza ematea gomendatzen da, gizarte-iraganbidea abiarazteko erabakia hartzen duenean. Gizarte-iraganbide hori egitea ez da baldintzat eskatu behar terapia hormonalak edo kirurgikoak hasi ahal izateko.
- Helduengan tratamendu hormonalak hartzen hasi beharko litzateke transexualitate-egoera identifikatu edo egiaztatu ostean, tratamendu hormonalaren onuren eta arriskuaren berri izanik eta GNNUako profesionalek prozesuaren jarraipena egiteko konpromisoa hartu ostean.

-
- Balioespen kirurgikoa egiteko bideratuko da baldin eta ebakuntza eskatu duen pertsonari transexualitate-egoera identifikatu bazaio GNNUan, eta gainerako eskakizunak betetzen ote dituen kasuan kasu aztertuko da.

• **BALIOESPEN ENDOKRINOLOGIKOA. ESKU-HARTZE HORMONALA**

- Tratamendu hormonal hasi baino lehen balioespen kliniko egokia (historia klinikoa eta miaketa fisiko zehaztua) eta proba osagarriak (analitika osoa, kariotipoa, serologiak, gorputz-osaketaren azterketak eta dentsitometria) egitea gomendatzen da.
- Tratamendu hormonalarengatik larriagotu daitezkeen patologiak edo tratamendu hori kontraindikaturak duten patologiak tratamendua hasi aurretik ebaluatzea gomendatzen da.
- Tratamendu hormonalaren helburuak, efektu positiboak eta izan ditzakeen albo-ondorioak zeintzuk diren jakinarazi behar zaie pertsona transexualei, eta tratamendua egin aurretik, GNNUan ezarritako baimen informatua sinatzea ere gomendatzen dugu.
- Pertsona transexualei informazioa eta aholkuak ematea gomendatzen da ugalkortasunerako dituzten aukeren gainean, tratamendu hormonal egin baino lehen.
- Tratamendu hormonal GNNUaren barruan sexu-esteroideekin eskarmentua duen endokrinologo batek agindu eta monitorizatzea gomendatzen dugu.
- Emakume transexualen kasuan, tratamendu hormonal estrogenoekin eta antian-drogenoekin hastea gomendatzen da. Gonadektomia egin ostean, hala badagokio, soilik estrogeno tratamenduari eustea komeni da.
- Estrogeno mota guztiak eta hartzeko bide guztiak proposatzea gomendatzen da, kasuan kasu egokiena hautatzeko.
- Estrogeno mailak menopausiaurreko garaian dagoen emakume baten maila fisiologiko normalean izatea gomendatzen da.
- Gizon transexualen kasuan, tratamendu hormonal testosteronarekin egitea gomendatzen da, eta gonadektomia egin ondoren ere (egiten bada) eutsi egin behar zaio.
- Testosterona mota guztiak eta hartzeko bide guztiak proposatzea gomendatzen da, kasuan kasu egokiena hautatzeko.
- Sexu-hormonen mailak sexu maskulinoaren maila fisiologiko normalean izatea gomendatzen da.
- GNNUako Endokrinologiako espezialista batek 3-4 hilean behin jarraipen kliniko-analitiko zorrotza egitea gomendatzen da, tratamendu hormonalaren lehen urtean, eta gero, 6-12 hilean behin.

- Tratamendu hormonalak egiten ari diren pertsona transexualengan arrisku kardiobaskularraren faktoreak hautematea gomendatzen da, jarraipena egitean.
- Gonadektomia egin ostean, hezurren dentsitate minerala ere aldizka (3-5 urtean behin) monitorizatzea komeni da.
- Pertsona transexualek biztanleria orokorrari egiten zaizkion gomendioak betetzea gomendatzen da, bularreko minbiziaren screening-a egiteko.
- Emakume transexualek biztanleria orokorrari egiten zaizkion gomendioak betetzea gomendatzen da, prostatako minbiziaren screening-a egiteko 50 urtetik aurrera.

• **BALIOESPEN KIRURGIKOA. EBAKUNTZA KIRURGIKOA**

- Ebakuntza kirurgikoaren proposamena egiteko aukera aintzat hartu aurretik, balioespen mediko kirurgiko osoa egitea gomendatzen da.
- Ebakuntza egin aurretik balioespen kirurgikoa egitea gomendatzen da, baita hainbat irizpide betetzea ere, hala nola, adin nagusikoa izatea, gainbegiraturako terapia hormonalak, eta ebakuntzaren ondorioen berri izatea eta horiek onartzea.
- Ebakuntza ondoko jarraipena epe luzekoa izatea gomendatzen da, konplikazioak garaiz identifikatzeko eta konplikazio horiek behar bezala leuntzeko neurriak proposatu ahal izateko.
- Emakume transexualen kasuan, genitaleko kirurgiaren balioespena kasuan kasu egitea gomendatzen da.
- Handitzeko mamoplastian aukerako ebakuntza kirurgikoa kasuan kasu egin behar da, eta lipofilling-a eta bularretako protesiak sar daitezke.
- Aukerako ebakuntza kirurgikoa zakileko azala alderantzizkatzea da. Heste-bagino-plastiaren teknika ere aukera bat izan daiteke.
- Gizon transexualen kasuan, genitaletako kirurgiaren balioespena kasuan kasu egitea gomendatzen da.
- Mastektomian, aukerako ebakuntza kirurgikoa bularraren bolumenaren araberakoa izaten da: azalpeko mastektomia, azal-erauzketa eta areola-titiburu konplexuaren mentu librea izan daitezke.
- Aukerako ebakuntza kirurgikoa zakil berria sortzea izaten da, besaurreko zintzilikario libre baten bitartez.

6.5.4. BIBLIOGRAFIA

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/0/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 Sigüero 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. Landarroitajauregi 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&pident_articulo=90000170&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_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.