

Personas con identidades trans*: su salud en la atención primaria

Rosa Almirall Oliver*, Soraya Vega Sandín, Jordi Reviriego Chuecos, Eva Vázquez, Mireia Brull y Kenzo Marín

Trànsit. Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva. Barcelona. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

*Correo electrónico: transit.bcn.ics@gencat.cat

Puntos clave

- La diversidad en identidades de género forma parte de la diversidad sexual humana.
- Las identidades trans* incluyen un amplio espectro de identidades de género que tienen en común el sentimiento de no pertenencia al género asignado al nacer, con necesidades diversas en cómo expresar su género sentido.
- El proceso de autoidentificación, autoaceptación y visibilización social de la identidad trans* es distinto en cada persona; en algunas de ellas es muy breve y sencillo, y en otras, muy largo y con mucho malestar emocional.
- Es necesario reconocer y aceptar a las personas con identidades trans*, minimizando la transfobia social, elemento clave que les condiciona un gran malestar físico y emocional.
- El modelo psiquiatrizante de atención a la salud de las personas trans* es transfóbico, excluyente de muchas identidades y centrado en los criterios de los profesionales.
- Es imprescindible un cambio en el modelo de atención a la salud de las personas trans* desde un modelo psiquiatrizante a un modelo transpositivo, centrado en las necesidades de las personas trans*.
- La persona trans* es la experta en su identidad y en sus necesidades. La función del profesional es dar la información objetiva para que pueda hacer una buena elección en cada paso de su proceso.
- Los profesionales de atención primaria, con una cierta formación, pueden facilitar esta atención transpositiva, reconociendo a la persona en su identidad y escuchando y conociendo sus necesidades de salud.
- Un mínimo conocimiento sobre los tratamientos hormonales permite que cualquier profesional de atención primaria pueda iniciarlos o adecuarlos y hacer un seguimiento de los mismos.
- Es importante atender las necesidades de las personas del entorno afectivo/familiar de las personas trans*, como elementos esenciales en el acompañamiento en los procesos de estas.

Palabras clave: Transexualidad • Identidad de género • Hormonas femeninas • Hormonas masculinas • Transgénero.

Por respeto a todas las identidades de género, este artículo utilizará indiferentemente los pronombres masculino, femenino y neutro.

Conceptos básicos sobre identidades trans*

Nuestra sociedad está basada en un sistema sexo/género binario. A la persona a la que asignamos un sexo en función de los genitales que presenta al nacer se le asigna un rol de

género (comportamientos, actitudes, sentimientos, etc.) y se espera que tenga una expresión de género (modo de vestir, de moverse, de actuar, etc.) acorde con su sexo biológico. Un hombre actuará y se comportará como hombre y una mujer actuará y se comportará como mujer.

Desde el punto de vista biológico no todas las personas pueden asignarse a un sexo hombre o mujer. Un porcentaje de la población no puede ser clasificada biológicamente. Las personas con trastornos del desarrollo sexual¹ serán reconocidas como patológicas y requerirán una intervención médica para asignarlas a una de las dos categorías. Desde posi-

ciones más críticas se insta a la sociedad a ampliar su visión sobre el sexo biológico².

La expresión de género es un amplio abanico de características que definen lo masculino y lo femenino. En el sistema género/sexo binario se asumen dos estereotipos muy diferenciados de masculinidad y feminidad, cuando en realidad hay muchos tipos de masculinidad y de feminidad, distintos de los marcados por los estereotipos rígidos del género³.

Además, se asume que la orientación sexual, es decir quién nos atrae afectiva y sexualmente, ha de ser una persona del sexo contrario, siendo la heterosexualidad la orientación sexual normativa. Sin embargo, existen muchas orientaciones sexuales no normativas (homosexuales, bisexuales, asexuales, pansexuales, etc.) que permiten a muchas personas desarrollar su sexualidad alejada del estereotipo previsto.

La identidad de género de una persona, independiente del sexo biológico, la expresión de género y la orientación sexual que tenga, es un sentimiento profundo de no pertenencia al género asignado al nacer. En el sistema sexo/género binario se consideran dos identidades de género: la masculina y la femenina. La sociedad considera mujeres transexuales aquellas personas asignadas hombres al nacer que se sienten mujeres, y hombres transexuales, aquellas personas asignadas mujeres al nacer que se sienten hombres. Sin embargo, en un sistema sexo/género no binario, y lo que la experiencia nos demuestra, es que hay una gran diversidad de identidades de género. Por ello hablamos de identidades trans*, incluyendo en este término un amplio espectro de identidades que tienen en común el sentimiento de no pertenencia al género asignado al nacer, pero con maneras y necesidades diversas de expresar su género sentido. Algunas de las identidades trans* serían, en el futuro, producto de la evolución del término, las personas y la sociedad^{4,5} (tabla 1).

En la tabla 2 podemos ver las diferencias entre el modelo sexo/género binario, normativo en nuestra sociedad, y el modelo no binario, más inclusivo de la realidad de muchas personas.

Procesos vivenciales de las personas trans*

Desconocemos qué condiciona la identidad de género, sea esta concordante o no con la asignada al nacer. El relato vivencial de las más de mil personas trans* atendidas en nuestro servicio nos permiten, por un lado, reconocer que el recorrido vital de estas personas es absolutamente único y describir algunas de las características comunes de estas. Es importante conocer las distintas etapas de este proceso, para entender que cuando una persona trans* acude a un servicio de salud suele llevar un largo recorrido vivencial y necesita nuestra atención.

TABLA 1. Diversidad de identidades trans*. Identidades que no se identifican con el género asignado al nacer y/o ni con el género masculino o femenino

Androginia	Persona que necesita mostrar una expresión de género que no se corresponda ni con la femenina ni con la masculina
Agénero	Persona que se considera fuera de cualquier clasificación sobre el género
Género fluido	Persona que fluctúa en intensidad y duración en una expresión de género femenina, masculina, ninguna de las dos o ambas
Transexual	Persona que se identifica con el género opuesto al asignado al nacer y que suele hacer modificaciones corporales con tratamientos
Travesti	Persona que en periodos y espacios limitados muestra una expresión de género opuesta a la asignada al nacer, sin hacer modificaciones corporales
Transgénero	Persona que se identifica principalmente con el género opuesto al asignado al nacer, pero con una expresión no normativa respecto a una expresión de género masculina o femenina
Etcétera	

Autoidentificación de la identidad trans*

Llamamos proceso de autoidentificación al espacio de tiempo que transcurre desde que una persona siente algunas emociones y vivencias que no se corresponden con las espe-

TABLA 2. Comparación entre el modelo sexo/género binario y no binario

	Determinado por	Modelo sexo/género	
		Binario	Inclusivo no binario
Sexo	Cromosomas, gónadas, genitales, hormonas y características sexuales	Hombre Mujer	Hombre Mujer Intersexuales
Género	Comportamientos Conductas Cualidades, etc.	Masculino Femenino	Masculino Femenino Otras masculinidades Otras feminidades
Orientación sexual	Quién me atrae sexualmente	El otro sexo	El otro sexo El mismo sexo Los dos sexos Ningún sexo
Identidad de género	Género que me identifica	Hombre Mujer	Hombre Mujer Trans* (transexuales, agénero, <i>queer</i> , género fluido, androginia, etc.)

radas en su género asignado al nacer, sin poder ni saber nombrar qué le está sucediendo, hasta poder identificarse como persona trans*.

Las primeras emociones y vivencias trans* suelen aparecer entre los 2 y 3 años. Sin embargo, la edad en la que la persona se define como persona trans* puede darse en cualquier momento a partir de esta edad.

Por relatos de padres/madres de menores, sabemos que la autoestima y la capacidad de expresarse de la persona menor y las posibilidades que le dé el entorno para expresar su identidad sentida serán esenciales.

Si estos factores son positivos, la identidad sentida por la persona menor irá evolucionando, expresándola de manera progresiva en su entorno familiar (rectificando el género con el que la nombran, vistiendo, jugando y actuando según su identidad sentida), manteniendo la identidad asignada al nacer fuera del ámbito familiar. Entre los 3 y los 8 años suele dar pistas claras a sus padres de que quiere vivir en su identidad sentida no solo en el ámbito familiar, sino en todos sus espacios de socialización, nombrándose ya como niño, niña o niñe (género no binario), independientemente de su sexo biológico.

Si la autoestima del menor es baja, tiene poca capacidad de expresarse y su entorno no es favorable a una expresión de género diversa, es probable que la persona bloquee su identidad sentida y adecue su identidad a la asignada al nacer. Este proceso puede durar un tiempo indefinido, causar un malestar inexplicable para la propia persona, condicionar comportamientos de aislamiento social o agresivos con accesos de rabia hacía sí mismo o su entorno o puede evolucionar sin repercutir de manera importante en la persona.

El entorno educativo es esencial en este proceso. Un entorno favorable a una expresión más libre del género puede reforzar su identidad sentida y un entorno más hostil puede crear ambivalencias respecto a la misma. No es infrecuente que haya burlas, agresiones y acoso en este entorno.

Si la identidad se ha bloqueado, el inicio de la pubertad suele ser una etapa donde suele reaparecer con más intensidad. El reconocimiento de los iguales es esencial, y si el entorno no es favorable a una expresión de género no normativa, es frecuente que la persona la bloquee nuevamente y en muchos casos se muestre de manera exagerada en su género asignado, hipermasculinizándose o hiperfeminizándose. Este bloqueo puede condicionar comportamientos de aislamiento social, agresividad o puede encontrar un cierto equilibrio en su relación con el entorno. Si expresa su identidad sentida puede vivir burlas, agresiones y acoso que aumenten su malestar.

Actualmente, el acceso a las redes sociales permite a personas jóvenes conocer que no están solas, que otras personas sienten lo mismo, logrando identificarse claramente como trans*.

En personas adultas, tras haber pasado o no procesos similares a los mencionados, el recorrido hacia la autoidentifi-

cación es mucho más complejo y largo. Frecuentemente hay un “hecho revelador” (documentales, redes sociales, etc.) o pueden sentir malestar (depresión, ansiedad, etc.) que obliguen a replantear sus necesidades, facilitando la autoidentificación trans*.

Autoaceptación de la identidad trans*

La autoidentificación no significa siempre la aceptación de la propia identidad. La sociedad es transfóbica y tiene estereotipos y prejuicios muy negativos de las personas trans*, lo que condiciona transfobia interiorizada incluso en las personas trans*. La falta de personas trans* referentes de modelos positivos ha sido, durante muchos años, un obstáculo para que muchas personas trans* hayan podido aceptar su identidad, al no sentirse reflejadas en los modelos estereotipados. En esta etapa es frecuente que la ambivalencia entre aceptar y bloquear la identidad sentida consuma gran parte de la energía vital, impida desarrollar el proyecto vital y condicione aislamiento social y malestar.

La persona puede buscar y/o encontrar argumentos que nieguen o refuercen su identidad, puede sentir ambivalencias respecto a esta y es frecuente sentir mucho miedo a reconocerla. No es infrecuente que intente adaptarse a la identidad asignada al nacer, hipermasculinizándose o hiperfeminizándose, en un nuevo intento de bloquear la identidad sentida.

La progresiva aparición en los medios de comunicación y redes sociales de personas trans* haciéndose visibles y reivindicando las identidades trans* como parte de la diversidad humana, y de movimientos políticos *queer* cuestionando los modelos estereotipados de género, facilita que algunas personas puedan actualmente hacer este proceso en un periodo más breve.

Visibilización social de las personas con identidades trans*

Tras estas dos etapas aparece la necesidad de visibilizarse socialmente en su identidad sentida, que suelen vivir como una visión catastrófica del futuro. La emoción más sentida en esta etapa es el miedo: a no ser aceptadas y perder a las personas de su entorno afectivo/familiar, a las consecuencias de expresar su identidad en el entorno laboral y no encontrar trabajo o perderlo, a las miradas, actitudes y agresiones en los espacios sociales. Estos miedos proyectan un futuro de soledad.

Superar estos miedos y verbalizar lo que se siente y desea a otras personas supone un proceso más o menos largo. Algunas personas nunca lo revelarán a nadie y otras irán revelando sus sentimientos y necesidades a una parte o a la mayor parte de personas de su entorno social.

Les amigos suelen ser las primeras personas en enterarse y normalmente suele haber aceptación. Ello favorece que la persona vaya ampliando la revelación de su identidad progresivamente. Cada respuesta que no cuestiona su identidad

permite que pueda hablar de lo que siente en los entornos que la persona suele vivir como más difíciles (padres, pareja, hijos, entorno laboral, etc.). Cuestionar su identidad puede dificultar este proceso e impedir iniciar su visibilización social como persona trans*.

Modelos de atención a la salud de las personas trans*

El sexólogo y psiquiatra Magnus Hirschfeld describe el transexualismo en 1923. El endocrinólogo Harry Benjamin introduce este término en la medicina en los años cincuenta del pasado siglo e inicia tratamientos hormonales, tras la comercialización de los primeros anticonceptivos. En 1978 crea la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, que en 1979 redacta el primer protocolo de atención médica (*Harry Benjamin Standards of Care*). Defienden una base biológica (síndrome de Harry Benjamin) y consideran que esta condición psiquiátrica debe tratarse y “corregirse”. Actualmente se identifica como disforia de género en el *Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales DSM-V*⁶ y es imprescindible una valoración psicológica y psiquiátrica que confirme este diagnóstico.

En los primeros protocolos elaborados en Estados Unidos por la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (1978, 1980, 1981 y 1990)⁷, los criterios para establecer este diagnóstico y poder acceder a los tratamientos hormonales eran:

- Necesidad de dos testimonios del entorno afectivo/familiar que acreditaran que la persona presentaba:
 - Persistencia de malestar con su anatomía sexual.
 - Deseo de “deshacerse” de los genitales.
- Un certificado psiquiátrico/psicológico con diagnóstico de transexualismo.
 - De 3 a 6 meses de seguimiento psicoterapéutico.
 - Mínimo de 3 meses de socialización en el género deseado.

El protocolo de 1998⁸ elimina el deseo de “deshacerse de los genitales” y exige una llamada telefónica del psiquiatra/psicóloga que emitía el certificado diagnóstico, validando el mismo. Se pone énfasis en que no podrá acceder al tratamiento hormonal si no se dan los siguientes requisitos:

- Testimonio de familiares/amigues que certifiquen que la persona ha vivido un periodo de 3 meses, las 24 horas al día, de acuerdo a su identidad sentida (*Real Life Experience*) y, además:
 - No perder el trabajo.
 - Tener éxito en los estudios.
 - Participar en actividades de voluntariado.

– Salud mental estable o mejoría en la misma, valorando la presencia de sociopatías, hábitos tóxicos, psicosis, deseos suicidas, etc.

En este protocolo se contempla la posibilidad de iniciar tratamiento hormonal sin desear cirugía genital o cumplir la “experiencia de vida real”, pero hay mucha controversia sobre estas excepciones.

El protocolo del 2001⁹ exige de los 3 meses de experiencia de vida real y del periodo mínimo de 3 meses de seguimiento psicoterapéutico para aquellas personas que hacen autotratamiento o acceden a tratamientos hormonales en el mercado negro.

En 1999, el Servicio Andaluz de Salud crea la primera Unidad de Trastornos de Identidad de Género en el Hospital Carlos Hayas de Málaga, que como las que posteriormente se crearon en España siguieron el protocolo de 2001.

En 2009¹⁰ aparece la plataforma activista internacional STP: *Stop Trans Pathologization*, para impulsar acciones por la despatologización trans en el mundo, y declaran el 20 de octubre, Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans. Exigen:

- Retirada de la transexualidad como trastorno mental de los manuales diagnósticos (DSM-IV de la American Psychiatric Association y CIE de la Organización Mundial de la Salud).
- Acceso a una atención sanitaria financiada trans-específica
- Modelo de atención sanitaria basado en el consentimiento informado.
- Reconocimiento legal del género sin requisitos médicos.
- Despatologización de la diversidad de género en la infancia.
- Protección contra la transfobia social.

En 2017, con muy pocas excepciones, sigue utilizándose el modelo de evaluación psicológico/psiquiátrico, que excluye o dificulta el acceso al tratamiento hormonal a muchas personas con identidades trans*.

Modelo Trànsit, promoción de la salud de las personas trans*

Trànsit se crea en el servicio de Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) Esquerra de Barcelona, del Institut Català de la Salut, en octubre del 2012, como unidad de promoción de la salud sexual y reproductiva de las personas trans*, y es presentado y aceptado por la comunidad activista trans*.

En su evolución ha ampliado sus objetivos para dar una atención biopsicosocial a las necesidades de las personas trans*. Formamos este servicio una ginecóloga, una médica de familia y una matrona en la atención médica, dos psicólogos.

gas en la atención psicoterapéutica individual y grupal, una trabajadora social en la atención a las necesidades sociales y una administrativa/agente de salud, que es una persona trans*.

Consideramos la identidad de género como una expresión de la diversidad humana, con un amplio abanico de posibilidades en la manera de identificarse y expresarse respecto al género. Creemos que solo la persona puede definir cuál es su identidad, cómo quiere o puede expresarla y qué necesidades de atención médica/psicológica requiere. Estamos convencidos de que no hay ninguna prueba médica ni psicológica que pueda validar la identidad de una persona y que ningune profesional de la salud debería negar ni obligar a nadie a aplazar los tratamientos médicos y/o quirúrgicos deseados.

Creemos que los servicios y profesionales que den atención a las personas trans* han de ser transpositivos. Esto significa entender que:

- No hay una manera única de ser trans*. Son personas trans* todas aquellas que no se sienten cómodas con el género asignado al nacer y se reconocen como tales, independientemente de necesitar o no tratamientos hormonales, psicológicos y/o quirúrgicos.

- Siempre hemos de respetar en cada persona su proceso de autoidentificación, autoaceptación y las necesidades de expresión de su identidad de género.

- La sociedad es transfóbica y esto puede condicionar que en estos procesos haya dudas, miedos, sufrimiento, avances y retrocesos en su proceso de visibilización social en su identidad de género.

- Debemos facilitar la información lo más objetiva posible sobre ventajas y desventajas de las decisiones de cada persona a nivel médico y en su proceso de visibilización social.

- Debemos respetar el ritmo deseado de cada persona en función de sus expectativas y de sus posibilidades.

La atención a su salud debería incluir:

- Escuchar el relato de su proceso de autoidentificación, autoaceptación y visibilización social, valorando el apoyo que tiene de su entorno y las necesidades y dudas que pueda tener, reconociendo y no cuestionándola en ningún momento.

- Informar, iniciar o ajustar tratamientos hormonales y asesorar sobre tratamientos quirúrgicos.

- Ofrecer actividades preventivas y promover estilos de vida saludables.

- Ofrecer atención psicoterapéutica individual, siempre por propia decisión, si tienen dudas sobre su identidad o sobre las decisiones a tomar en cualquier momento de su proceso.

- Ofrecer atención grupal psicoterapéutica complementaria al proceso terapéutico individual o como espacio de socialización y creación de redes de iguales.

- Ofrecer atención con la trabajadora social si necesitan recursos económicos, inserción social, documentación, etc.

Es fundamental la atención a las personas del entorno familiar, afectivo, educativo, laboral, etc. El desconocimiento generalizado sobre la imposibilidad de frenar la expresión de la identidad y el malestar que comporta no poder expresarla o no tener el reconocimiento de esta condiciona que a menudo las personas del entorno la cuestionen, la nieguen e incluso agredan a estas personas. La atención a las personas de su entorno facilita el proceso de reconocimiento y aceptación de la persona trans* en su identidad y tiene como puntos básicos:

- Explicar conceptos básicos sobre identidad de género, los procesos vividos respecto a la identidad y la diversidad de identidades trans*.

- Reforzar la importancia del no cuestionamiento de la identidad sentida ni la necesidad de una evaluación ni confirmación de esta.

- Reflexionar sobre la importancia de su apoyo en todo el proceso.

- Reconocer a la persona con el nombre y en el género sentidos.

- Informar sobre los aspectos médicos del proceso.

- Informarlas sobre las fases de su propia transición secundaria como acompañantes de personas trans*: confusión inicial, negación, tristeza, negociación, aceptación y celebración.

- Contactarlas con personas trans* o asociaciones de familiares para que positivicen su situación desde una perspectiva más realista.

Es esencial también trabajar en el entorno educativo y/o laboral y en los medios de comunicación, para mejorar el conocimiento sobre identidades trans*, que minimicen la transfobia, e ir eliminando los estereotipos y prejuicios existentes.

Es imprescindible sensibilizar y formar a los profesionales de la salud de atención primaria y hospitalaria para que tengan un conocimiento adecuado de los procesos vitales de estas personas y sus necesidades, desde una visión libre de estereotipos y prejuicios, con un trato respetuoso y una formación mínima para dar una primera atención y conocer dónde derivar si es necesario. Consideramos que su atención podría hacerla cualquier profesional de atención primaria con una mínima formación en identidades trans* y en tratamientos hormonales de feminización y de masculinización. Para normalizar su atención, cuando la persona se siente preparada, le hacemos un informe para que sea su médique de familia, con la información que le facilitamos, quien le prescriba los tratamientos y analíticas de control, aunque puede consultarnos ante cualquier duda.

Atención médica de las personas trans*

En personas adultas, si deciden iniciar tratamiento hormonal o ajustes o seguimiento de un tratamiento ya iniciado, este se ofrece en la primera visita. En el caso de personas menores se atiende solo a los padres en la etapa prepuberal y a partir de la pubertad se atiende a los menores con los padres.

Escuchamos el relato de su proceso de autoidentificación, autoaceptación, visibilización social en su identidad sentida y el apoyo que tiene de su entorno social, validando en cualquier momento todo su proceso, con sus seguridades, miedos y dudas.

Si ya ha decidido iniciar un tratamiento hormonal o ya lo ha iniciado, se hace una anamnesis clínica que incluye antecedentes familiares de riesgo cardiovascular y cánceres hormonodependientes, hábitos de salud, antecedentes personales de enfermedades físicas o mentales y situaciones de violencia vividas (acoso, agresiones físicas, abusos sexuales, ideaciones o intentos de suicidio). También valoramos los tratamientos médicos actuales.

Es fundamental dar información lo más amplia posible sobre:

- Diferentes opciones de tratamiento y ritmos de transición, la cronología de los cambios esperados reversibles e irreversibles y los efectos adversos a corto y largo plazo. Esto permite la elección personal del inicio o no del tratamiento, tipo y dosis o adecuar las dosis si ya lo ha iniciado.
- La influencia de los tratamientos sobre el deseo y la respuesta sexual, especialmente en los tratamientos hormonales feminizantes, para minimizar efectos indeseados.
- Diferentes opciones de tratamientos quirúrgicos, financiados o no, entendiendo que no hay ninguna cirugía que sea necesaria desde un punto de vista médico.
- Actividades de prevención y promoción de la salud, reforzando estilos de vida saludables. Si hay deseo reproductivo futuro se asesorará sobre criopreservación de semen y/o técnicas de reproducción asistida. Si hay relaciones sexuales de riesgo de embarazo se informará de los métodos anticonceptivos, así como de la prevención y cribado de infecciones de transmisión sexual si hay conductas de riesgo. También

se informará de la prevención del cáncer de mama y/o del cuello uterino y se evaluará el riesgo de osteoporosis¹¹.

En la primera visita facilitamos:

- Informes clínicos/psicológicos explicando su proceso de transición, ya que por imperativos legales no se puede acceder a un cambio de nombre y sexo en el DNI hasta llevar un mínimo de 2 años en tratamiento hormonal.
 - Para facilitar su socialización en el género sentido en su entorno social adecuando su nombre con el que la persona se identifica.
 - Para que en los servicios de salud se les nombre y trate en el género sentido y les faciliten tratamientos y controles clínicos necesarios.
- Atención para las personas de su entorno afectivo familiar.
- Atención psicoterapéutica individual y/o grupal y/o de la trabajadora social si lo desea.
- Contacto con entidades/asociaciones de personas trans*.

Finalmente se facilita la prescripción si la persona decide iniciar el tratamiento o modificarlo, atención virtual vía correo electrónico para cualquier duda y un seguimiento con analíticas y visitas.

Algunos principios generales de los tratamientos hormonales

No todas las personas con identidades trans* necesitan tratamientos hormonales para modificar su cuerpo, ni tomar dosis máximas ni mantener el tratamiento a lo largo de su vida.

Se indican estos tratamientos a partir de la edad promedio de pubertad de las personas del género sentido (13-14 años en una identidad masculina y 14 a 15 en una identidad femenina), siempre que se desee y con el consentimiento de los padres en el caso de menores.

Las recomendaciones de los tratamientos hormonales se basan en protocolos endocrinológicos para personas con identidades trans*¹²⁻¹⁴.

Las personas con identidad masculina utilizarán tratamientos con testosterona (tabla 3) y las personas con identi-

TABLA 3. Tratamientos hormonales masculinizantes

	Testosterona intramuscular		Testosterona gel
Principio activo	Cipionato de testosterona	Undecanoato de testosterona ^a	Testosterona
Dosis	100-250 mg/15-30 días	640 mg/10-14 s	50-80 mg/día
Objetivo: conseguir testosterona media normal en hombres			
^a No financiado.			

TABLA 4. Tratamientos hormonales feminizantes

Agente	Estrógenos		Antagonistas de los andrógenos ^a	
	Valerato de estradiol (VE)		Acetato de ciproterona	Espironolactona
Vía	Transdérmica	Oral	Oral	Oral
Preparados	Parche: 25, 50, 75, 100 µg/24 h Gel 0,06% ^b	VE 2 mg ^b VE 1 mg ^b VE 2 mg/VE + norgestrel VE 2 mg/VE + acetato de ciproterona VE 2 mg + dienogest 2 mg	50 mg	25, 100 mg
Preorquiectomía	Si > 40 años <i>Riesgo cardiovascular</i> Parche 25-100/72 h Gel ½ -2 dosis/día ^b	Si < 40 años <i>Bajo riesgo cardiovascular</i> 2-6 mg/día VE	25-100 mg/día	25-200 mg/día
Postorquiectomía	Parche 50/72 h Gel 1 dosis/día ^b	2-4 mg/día VE		
Objetivo: conseguir testosterona, niveles femeninos, y estrógenos media normal en mujeres				
^a Indicados como tratamiento único si se quiere una apariencia más andrógina.				
^b No financiado.				

dad femenina utilizarán una combinación de fármacos anti-andrógenos y hormonas femeninas, básicamente valerato de estradiol (tabla 4):

- Las dosis de testosterona en gel oscilan de 10 mg a 80 mg al día, y con inyectables, de 100 mg cada mes a 250 mg cada 15 días o 1000 mg cada 3 meses.
- Las dosis de antiandrógenos oscilan entre 25 mg y 200 mg al día con espironolactona o de 25 mg a 100 mg con acetato de ciproterona (antiandrógeno más potente), y las dosis de valerato de estradiol oscilan entre 1 mg y 6 mg al día.

Iniciaremos estos tratamientos a dosis pequeñas, que iremos aumentando progresivamente hasta llegar a la dosis deseada, en función de los deseos de modificaciones corporales y no sobrepasando las dosis máximas recomendadas.

La presencia de contraindicaciones a cualquiera de estos tratamientos deberá valorarse individualmente, dando la información lo más objetiva posible sobre el riesgo, buscando las alternativas existentes y considerando que son tratamientos altamente necesarios para muchas de estas personas.

Ante la aparición de efectos adversos con estos tratamientos, se puede modificar el tipo, vía de administración y dosis de los fármacos.

Las modificaciones corporales a dosis máximas se consiguen en unos dos años y medio (tablas 5 y 6). La rapidez de las modificaciones corporales dependerá del tipo y dosis de fármacos utilizados, edad de inicio y respuesta individual. Una vez conseguidos los cambios deseados pueden disminuirse las dosis de los fármacos a una dosis de mantenimiento.

Se producen cambios en la piel, pelo y cabello, en la distribución de la grasa, en la masa muscular y en el hueso, feminizando o masculinizando el cuerpo:

- Los tratamientos masculinizantes aumentan el vello facial, masculinizan la voz y aumentan el clítoris, el deseo y la respuesta sexual, y puede aparecer calvicie. No se modifican las mamas.

- Los tratamientos feminizantes aumentan las mamas, disminuyen el deseo y la respuesta genital y el tamaño de testículos y pene. Al elegir el tipo y dosis de antiandrógeno es esencial tener en cuenta las necesidades sexuales de la persona. No se modifica la voz grave, el pelo facial ni la calvicie si ya la hay.

Todos los cambios son reversibles al dejar el tratamiento, excepto la masculinización de la voz, el pelo facial y la cal-

TABLA 5. Cambios corporales con los tratamientos hormonales feminizantes

Cambio	Inicio (meses)	Máximo (años)
Redistribución de la grasa corporal	1-6	2-3
Disminución de la masa muscular/fuerza	1-6	1-2
Piel seca y más suave	1-6	Se desconoce
Disminución del deseo sexual	1-6	3-6
Disminución de las erecciones espontáneas	1-6	3-6
Disfunción eréctil	Variable	Variable
Crecimiento de las mamas	3-6	2-3 (irreversible)
Disminución del volumen testicular	3-12 (25%)	2-3 (50%)
Disminución de la producción de espermatozoides	Desconocido	3 años (¿irreversible?)
Disminución del pelo corporal	6-12	>3 años
Calvicie	Ninguno	
Cambios de voz	Ninguno	

TABLA 6. Cambios corporales con tratamientos hormonales masculinizantes

Cambio	Inicio (meses)	Máximo (años)
Piel grasa/acné	1-6	1-2
Redistribución de la grasa corporal	1-6	2-5
Desaparición de la menstruación	2-6	
Disminución de la capacidad reproductiva	3-6	¿Irreversible?
Aumento del clítoris	3-6	1-2 (3,5-6 cm)
Aumento de la masa muscular/fuerza	3-12	2-5
Voz más grave (irreversible)	6-12	1-2
Crecimiento del pelo corporal (irreversible)	6-12	4-5 (facial más tardío)
Calvicie (irreversible)	6-12	

vicio en los tratamientos masculinizantes y las mamas en los feminizantes. La recuperación de la fertilidad es frecuente, aunque no puede garantizarse.

Se recomienda una analítica a los 3 meses de iniciado el tratamiento, que incluye hemograma, glucosa, perfil lipídico, urea y filtrado glomerular, transaminasas, función tiroidea, FSH, LH, estradiol, testosterona y prolactina. Esta última solo es necesaria en los tratamientos feminizantes, en los que suele aumentar de 3 a 4 veces los valores máximos. Si el tratamiento incluye espironolactona, se añadirá el potasio y la creatinina. La FSH y LH estarán bajas y la testosterona y los estrógenos varían según el tratamiento y las dosis.

Los siguientes controles se hacen a los 9 y 18 meses, y posteriormente un control anual.

Algunos principios generales de los tratamientos quirúrgicos

No todas las personas trans* sienten la necesidad de hacer tratamientos quirúrgicos ni de hacer tratamientos hormonales antes de realizarse un procedimiento quirúrgico.

Las intervenciones quirúrgicas posibles en las personas trans* masculinas son la mastectomía bilateral, la anexectomía, la histerectomía, la metoidoplastia (liberación del clítoris para que se visibilice más) y la faloplastia (reconstrucción de un falo de dimensiones anatómicas masculinas). Las tres primeras están financiadas en Catalunya y las dos últimas (modificación de los genitales) no, porque no proporcionan resultados estéticos ni funcionales adecuados y dan un alto porcentaje de complicaciones. No hay evidencia científica de que la anexectomía con o sin histerectomía aporte beneficios a la salud de estas personas.

Las intervenciones quirúrgicas posibles en las personas trans* femeninas son aumento mamario con implantes, cirugía facial feminizante, la cricoidectomía, la glotoplastia (intervención sobre las cuerdas bucales), la orquiectomía y la vaginoplastia (con resultados estéticos y funcionales muy correctos). Solo la vaginoplastia está financiada en Catalunya. La orquiectomía y la vaginoplastia permiten dejar el tratamiento con antiandrógenos.

Otros procedimientos posibles en las personas con identidades trans*

Es frecuente que las personas trans* masculinas, si no se realizan la mastectomía, utilicen el "binder" o faja compresora para invisibilizar las mamas. También pueden utilizar prótesis de pene, para simular su presencia en los genitales, para su uso en las relaciones sexuales y/o para miccionar de pie.

Las personas trans* femeninas pueden utilizar rellenos mamarios, técnicas de eliminación del pelo facial, implantación de pelo en cuero cabelludo y feminización de la voz mediante logopedia.

El futuro de la atención a la salud de las personas con identidades trans*

Creemos que la atención a la salud de las personas trans* puede y debe realizarse en la atención primaria. Solo los tratamientos quirúrgicos o si hay comorbilidades médicas deberían ser atendidos en servicios especializados hospitalarios.

Los profesionales de atención primaria, independientemente de su especialidad, con una formación adecuada, pueden mejorar la accesibilidad de estas personas a los tratamientos, hacer un seguimiento adecuado y facilitarles el apoyo del entorno afectivo y familiar¹⁵.

Es un gran reto que desde la atención primaria se pueda facilitar el cambio desde una atención psiquiatrizante a una atención transpositiva a las personas trans*. La primera excluye a algunas personas y supone obstáculos, exigencias y esperas, que les pueden causar malestar cuando, en general, ya viven en el malestar. La atención transpositiva facilita una mirada respetuosa, que valida a la persona, sea como sea como se defina y sean cuales sean sus necesidades, considerándola como la única persona experta en su propia identidad. Entiende, además, que en una sociedad transfóbica, cada una de las decisiones que toma la persona es el resultado de un largo proceso en el que la persona valora sus deseos y necesidades y las ventajas y desventajas que estas pueden tener en su entorno afectivo y social.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas trans* atendidas en nuestro servicio su generosidad al compartir sus emociones, sentimientos, deseos y miedos relacionados con su identidad. Esto nos ha permitido abrir nuestra mirada a su realidad y aprender de ellos para poder entender y acompañarles en sus necesidades.

Bibliografía

1. Audí Parera L, Gracia Bouthelier R, Castaño González L, Carrascosa Lezcano A, Barreiro Conde J, Bermúdez de la Vega JA, et al. Anomalías de la diferenciación sexual; Grupo de Trabajo sobre Anomalías de la Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2011;1:1-12.
2. Hernández Guanche V. Intersexualidad y prácticas científicas: ¿Ciencia o ficción? *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*. 2009;1:89-102.
3. Fernández J. Un siglo de investigaciones sobre masculinidad y feminidad: una revisión crítica. Universidad Complutense de Madrid. *Psicothema*. 2011;2:167-72.
4. De la Hermosa Lorenci M, Rodríguez Vega B, Polo Usaola C. Género binario y experiencia de las personas transexuales y transgénero. *Norte de salud mental*. 2013;45:13-22.
5. Soley-Beltran P. Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética. *Revista de Bioética y Derecho*. 2014;30:21-39.
6. Kupfer DJ, Regier DA, Narrow WE, Schultz SK, Blazer DG, Burke JD, et al. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. Asociación Americana de Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 451-9.
7. Walker PA, Berger JC, Green R, Laub DR, Charles MD, Reynolds L, et al. Standards of Care The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Inc. (HBIGDA). Sixth International Gender Dysphoria Symposium; febrero de 1979, San Diego, California.
8. Levine SB, Brow G, Coleman E, Cohen-Kettenis P, Hag JJ, Van Maasdam J, et al. The standards of care for gender identity disorders. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Associations, 1998.
9. Meyer W, Bockting WO, Cohen-Kettenis P, Coleman C, DiCeglie D, Devor H, et al. Standards of Care For Gender Identity Disorders, Sixth Version. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's, febrero, 2001.
10. Por un nuevo modelo de atención sanitaria para personas trans. Red por la despatologización de las identidades Trans del estado español. Octubre de 2010. Disponible en: <http://www.stp2012.info/old/es/>
11. Feldman JL, Goldberg J. Transgender Primary Medical Care: Suggested Guidelines for Clinicians in British Columbia. January 2006.
12. Dahl M, Feldman JL, Goldberg J, Jaber A. Aspects of Transgender Endocrine Therapy Endocrine Therapy for Transgender Adults in British Columbia: Suggested Guidelines January 2006.
13. Bockting W, Knudson G, Goldberg J. Assessment of Hormone Eligibility and Readiness Endocrine Therapy for Transgender Adults in British Columbia: Suggested Guidelines January 2006.
14. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Goore LJ, Meyer WJ, Spack NP, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94:3132-54.
15. Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud. Red por la despatologización de las identidades trans del estado español. Disponible en: <http://www.stp2012.info/STP-propuesta-sanidad.pdf>