

Guía

Clínica para la

Hormonización

en personas

trans

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Uruguay 2016



Ministerio
de SALUD

**REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY**
Ministerio de Salud Pública

Ministro
Dr. Jorge Basso

Sub Secretaria
Dra. Cristina Lustemberg

Dirección General de la Salud
Dr. Jorge Quian

**Sub Dirección General
de la Salud**
Dra. Raquel Rosa

**Área Programática
Salud Sexual y Reproductiva**
Dra. Ana Visconti

 **Ministerio
de SALUD**



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Esta publicación se realizó con apoyo del
Fondo de Población de Naciones Unidas.

Equipo Técnico

COORDINACIÓN

Lic. Florencia Forrisi

EQUIPO TÉCNICO DE TRABAJO Y REDACCIÓN

Dra. Cristina Alonso ¹
Lic. Florencia Forrisi ²
Dr. Mauricio Gutiérrez ³
Dra. Elizabeth Ibarra ⁴
Dr. Daniel Márquez ⁵
Dra. Lilia Martín ⁶
Mag. Psí. Ana Monza ⁷
Dra. Clara Niz ⁸
Dra. Mónica Olinisky ⁹
Mag. Psí. Mónica Reina ¹⁰
Lic. Virginia Reyes ¹¹

REVISIÓN

Por la Universidad de la República:

Dra. Zaida Arteta ¹²
Lic. Gonzalo Gelpi ¹³
Mag. Nut. Marina Moirano ¹⁴

Por la Sociedad de Infectología Clínica del Uruguay:

Dra. Paulina Brasó ¹⁵

Por la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria:

Dra. Karina Roselli ¹⁶

Por el Ministerio de Salud Pública:

Dra. Susana Cabrera ¹⁷
Dra. Silvia Graña ¹⁸
Lic. Andrea Mazzei ¹⁹
Dra. Ana Visconti ²⁰
Lic. Virginia Vodanovich ²¹

1. Dra. en Medicina. Especialista en Endocrinología y Medicina Interna. Ex Prof. Adj de Clínica de Endocrinología y Metabolismo. Vicepresidenta de la Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo.
2. Licenciada en Enfermería. Asesora Técnica en Salud LGBT. Área Programática Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de la Salud (DIGESA). Ministerio de Salud Pública (MSP).
3. Dr. en Medicina. Especialista en Endocrinología. Red de Atención de Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP – ASSE) Metropolitana.
4. Dra. en Medicina. Especialista en Endocrinología. Hospital Maciel – ASSE.
5. Dr. en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Adjunto Presidencia de ASSE y Asistente Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria Facultad de Medicina – Universidad de la República (UdelaR).
6. Dra. en Medicina. Especialista en Endocrinología. Referente Endocrinología y Diabetes. Equipo Técnico Asesor RAP – ASSE Metropolitana.
7. Licenciada en Psicología. Magíster en Psicología y Educación por la Facultad de Psicología – UdelaR. Integrante del Equipo Coordinador Referencial de Salud Sexual y Reproductiva. RAP – ASSE Metropolitana.
8. Dra. en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Prof. Agda. Departamento Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina – UdelaR.
9. Dra. en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Prof. Adj. Departamento Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina – UdelaR.
10. Licenciada en Psicología. Prof. Adj. Unidad de Salud Mental en Comunidad. Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina – UdelaR.
11. Licenciada en Nutrición. Asistente de la Unidad de Nivel Profesional – Escuela de Nutrición – UdelaR.

12. Dra. en Medicina. Especialista en Enfermedades Infecciosas y Medicina Interna. Prof. Agda. Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina – UdelaR.
13. Lic. en Psicología. Ayud. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. UdelaR.
14. Licenciada en Nutrición. Especialista en Nutrición en Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Prof. Adj. Nutrición Clínica – Escuela de Nutrición – UdelaR.
15. Dra. en Medicina. Especialista en Enfermedades Infecciosas.
16. Dra. en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
17. Dra. en Medicina. Especialista en Enfermedades Infecciosas y Medicina Interna. Prof. Agda. Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina – UdelaR. Responsable del Área Programática ITS – VIH/Sida. DIGESA. MSP.
18. Dra. en Medicina. Diploma en Salud Pública – UdelaR. Posgrado de Atención Integral de Adolescentes – Universidad de Buenos Aires (UBA). Responsable del Área Programática Adolescencia y Juventud. DIGESA. MSP.
19. Licenciada en Psicología. Área Programática para la Atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Programa de Género. Unidad de Evaluación y Monitoreo. DIGESA. MSP.
20. Dra. en Medicina. Especialista en Ginecología. Responsable del Área Programática Salud Sexual y Reproductiva. DIGESA. MSP.
21. Mag. Nut. Asesora técnica Área Programática de Nutrición. DIGESA. MSP.

Prólogo

La Guía clínica para la Hormonización en personas trans surge ante la necesidad de mejorar la respuesta en salud que se brinda a una población que por años ha sido postergada. Las personas trans enfrentan dificultades para acceder a derechos humanos fundamentales: la identidad, la educación, el trabajo, y también el derecho a la salud. La sumatoria de vulnerabilidades y una mayor exposición a formas de violencia como lo son la discriminación y la exclusión social, terminan además afectando el derecho a la vida. Los datos que al 2015 recoge la Comisión Interamericana de Derechos Humanos son contundentes: un 80% de la población trans en América Latina muere antes de los 35 años.

En Uruguay la ley que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) nos asegura el derecho a la protección de la salud. Sin embargo, se sabe que para realmente lograr el acceso a este derecho, los servicios deben estar preparados para recibir a toda la población, siendo sensibles a las particularidades de cada persona o grupo poblacional, y contando con formación para poder abordar aspectos específicos. Con esto en mente se elaboraron los Objetivos Sanitarios Nacionales, que dan lugar a la definición de Objetivos Estratégicos, como el número 5: *“Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades”*. Dentro de este objetivo, desde el Ministerio de Salud se ha propuesto el trabajo en Buenas prácticas, y la meta de lograr acreditar a los servicios de salud que integran el SNIS como libres de homo-lesbo-transfobia.

El presente material, que incluye recomendaciones básicas para la atención de personas trans y sus familias dentro de los servicios de salud, y aspectos específicos de la atención en lo que refiere a los procesos de hormonización, es un paso más en esa dirección. Surge desde el mismo enfoque con el que se han venido desarrollando las políticas en salud y diversidad sexual en los últimos años: desde el diálogo intersectorial, y el trabajo directo con la población usuaria. Por estos motivos es que se busca, partiendo de un paradigma que despatologiza las identidades trans, aportar a que los equipos de salud sean capaces de brindar atención integral a mujeres y varones trans. De lograrse, el impacto de los resultados trascenderá el ámbito meramente sanitario y significará un cambio en la vida y el acceso a los derechos de las personas involucradas.

Dra. Cristina Lustemberg
Subsecretaria del Ministerio de Salud Pública

ÍNDICE

Prólogo	pág. 05
Introducción	pág. 11
Glosario	pág. 15
Atención a personas trans en el Sistema Nacional Integrado de Salud	pág. 19
Atención a personas trans desde el primer nivel de atención	pág. 22
Recomendaciones a los servicios del PNA	pág. 23
Sistemas de registro y aspectos legales	pág. 25
Aspectos psicosociales	pág. 27
Cuadro de recomendaciones para los servicios de salud	pág. 28
Hormonización	pág. 31
Consideraciones previas a la hormonoterapia	pág. 33
Hormonización Feminizante	pág. 35
Modificaciones clínicas	pág. 35
Resultados del tratamiento hormonal (Gooren, 2016)	pág. 36
Contraindicaciones y Riesgos	pág. 37
Valoración inicial	pág. 38
Tratamiento	pág. 38
Seguimiento	pág. 40
Efectos adversos	pág. 41
Hormonización Masculinizante	pág. 42
Modificaciones clínicas	pág. 42
Resultados del tratamiento hormonal (Gorton et al., 2005)	pág. 42
Contraindicaciones y Riesgos	pág. 44
Valoración inicial	pág. 44
Tratamiento	pág. 45
Seguimiento	pág. 46
Efectos adversos	pág. 47
Situaciones especiales	pág. 48
Interacción con otros fármacos	pág. 48
Hormonoterapia en la adolescencia	pág. 48
Abordaje nutricional: valoración y seguimiento durante el tratamiento hormonal	pág. 51
Abordaje Psicológico	pág. 55

Índice de tablas

Tabla Nº 1	Efectos y Tiempo esperado de las hormonas feminizantes	pág. 35
Tabla Nº 2	Riesgos asociados a terapia hormonal feminizante	pág. 37
Tabla Nº 3	Paraclínica inicial en mujeres trans	pág. 38
Tabla Nº 4	Tratamiento con estrógenos	pág. 39
Tabla Nº 5	Tratamiento con antiandrógenos	pág. 39
Tabla Nº 6	Paraclínica de evolución en trans femeninas	pág. 40
Tabla Nº 7	Paraclínica de evolución en trans femeninas	pág. 41
Tabla Nº 8	Efectos y tiempo esperado de las hormonas masculinizantese	pág. 42
Tabla Nº 9	Riesgos asociados a la terapia hormonal masculinizante	pág. 44
Tabla Nº 10	Paraclínica inicial en varones trans	pág. 45
Tabla Nº 11	Tratamiento con andrógenos	pág. 45
Tabla Nº 12	Paraclínica de evolución en varones trans	pág. 46
Tabla Nº 13	Principales efectos colaterales y adversos de la hormonoterapia masculinizante	pág. 47

Introducción

El proceso de transición que atraviesan las personas trans no se restringe a su aspecto estético y corporal; dicho proceso constituye una vivencia altamente compleja, psicosocial que transversaliza sus entornos y sus diversas dimensiones vitales: trabajo, vínculos, salud, entre otras.

Desde que las personas nacen, aprenden en un intercambio con el exterior a desempeñar el rol de género que la cultura y sociedad en que se desarrollan les asigna en función de su sexo biológico. Ese intercambio supone un rol activo de quien se está socializando. Pero por más fuertes que sean los mensajes que recibe, el sujeto construirá su propia masculinidad o feminidad, pudiendo estar más cerca o más lejos del modelo hegemónico.

Las personas trans pueden expresar en mayor o menor medida rechazo a las características sexuales de nacimiento. Así, buscan en distinto grado adecuar su cuerpo, modificando su apariencia, a través de la vestimenta, el cabello y otros métodos que incluyen los farmacológicos y quirúrgicos, acercándose de este modo al género sentido. La identidad trans es una de las existentes y ya no una identidad diferente a la norma. Desde esta concepción, no se establece un vínculo condicionante y causal entre identidad de género y orientación sexual. Una persona trans en cualquiera de sus expresiones puede presentar una orientación sexual heterosexual, bisexual u homosexual. Tampoco quiere decir que las personas trans estén exentas en algunos casos de reproducir estereotipos de género.

De acuerdo con la definición acuñada por la organización no gubernamental Transgender Europe (TGEU por sus siglas en inglés) las personas trans son quienes en el marco del sistema de género binario (hombre-mujer), manifiestan una identidad de género diferente al género asignado al nacer. Comprende a aquellas personas que sienten, prefieren, eligen presentarse de una forma que entra en conflicto con las expectativas del rol de género asignado al nacer, a través de: lenguaje, vestimenta, accesorios, cosméticas o modificación corporal. Esto incluye, entre muchas otras, a personas transexuales y transgénero, travestis, cross-dressers, personas sin género, multigénero o genderqueer, además de personas intersex y variantes de género que se sienten relacionadas o se identifican con cualquiera de los términos arriba mencionados.

El presente material surge a partir del trabajo realizado por profesionales de la salud de diversas disciplinas que brindan atención a personas trans desde el primer nivel. Parte de ese trabajo se encuentra condensado en el Protocolo de Hormonoterapia Cruzada elaborado por la Red de Primer Nivel de Atención Metropolitana de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina (Universidad de la República) (Márquez et al. 2016)¹. Con la presente guía se busca, partir de las experiencias exitosas en el país, mejorar la atención que se brinda a esta población en todos los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud. Dicha atención debe reconocer a las personas trans como sujetos de derechos. Personas sanas y en capacidad de decidir sobre sus cuerpos, que concurren a los servicios buscando asesoramiento y acompañamiento.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que «los tratamientos de adecuación corporal (hormonización, cirugía, procedimientos dermatológicos) no son procedimientos de carácter estético - cosmético sino tratamientos necesarios que las personas trans requieren como parte de un abordaje integral de su salud y como un reconocimiento de sus derechos» (MSP, 2013)². Es, entonces, necesario el reconocimiento por parte del sistema de salud de la identidad de género como un factor no modificable (como también lo son la edad y la identidad étnico racial), distinto a otros factores que sí pueden ser cambiados como los hábitos nutricionales, el tabaquismo o la vida sedentaria.

En ocasiones, las personas trans no encuentran respuesta en los servicios de salud, y buscan iniciar estos tratamientos por fuera del sistema. Esta práctica, habitual en este y otros países de la región y el mundo, es sumamente riesgosa y genera daños que terminan deteriorando su salud y reduciendo su expectativa de vida.

Muchas veces, la falta de información y formación en el tema, sumado a un sistema de creencias socialmente compartido que no reconoce las necesidades de las personas trans, determina en que en el ámbito sanitario no haya un reconocimiento de esas necesidades.

La presente guía busca dar respuesta a la necesidad de información del equipo de salud sobre esta población, a la vez de ser una herramienta concreta que colabore a la hora de brindar una atención de calidad a las personas trans que concurren a los servicios buscando asesoramiento sobre tratamientos hormonales, estén o no decididas a realizarlos.

Los tratamientos hormonales de cualquier tipo deben ser valorados por el equipo de salud de forma integral, sabiendo que los riesgos aumentan si no hay un seguimiento. Cada persona trans requerirá una atención individualizada. Las interconsultas y la paraclínica a solicitar tendrán diferencias en cada caso. Una vez explicados los riesgos y beneficios de la hormonización, y completada la valoración inicial como se propone en esta guía, será el equipo de salud quien recomiende la oportunidad de iniciar la hormonoterapia. En los casos en los que se decida iniciar tratamiento, los resultados serán también diferentes para cada persona.

Objetivo general:

Fortalecer a los equipos de salud en su capacidad de dar respuesta a cada usuaria/o trans que promueva una atención integral centrada en la persona, y respete la autonomía, desde el paradigma de la despatologización de las identidades trans.

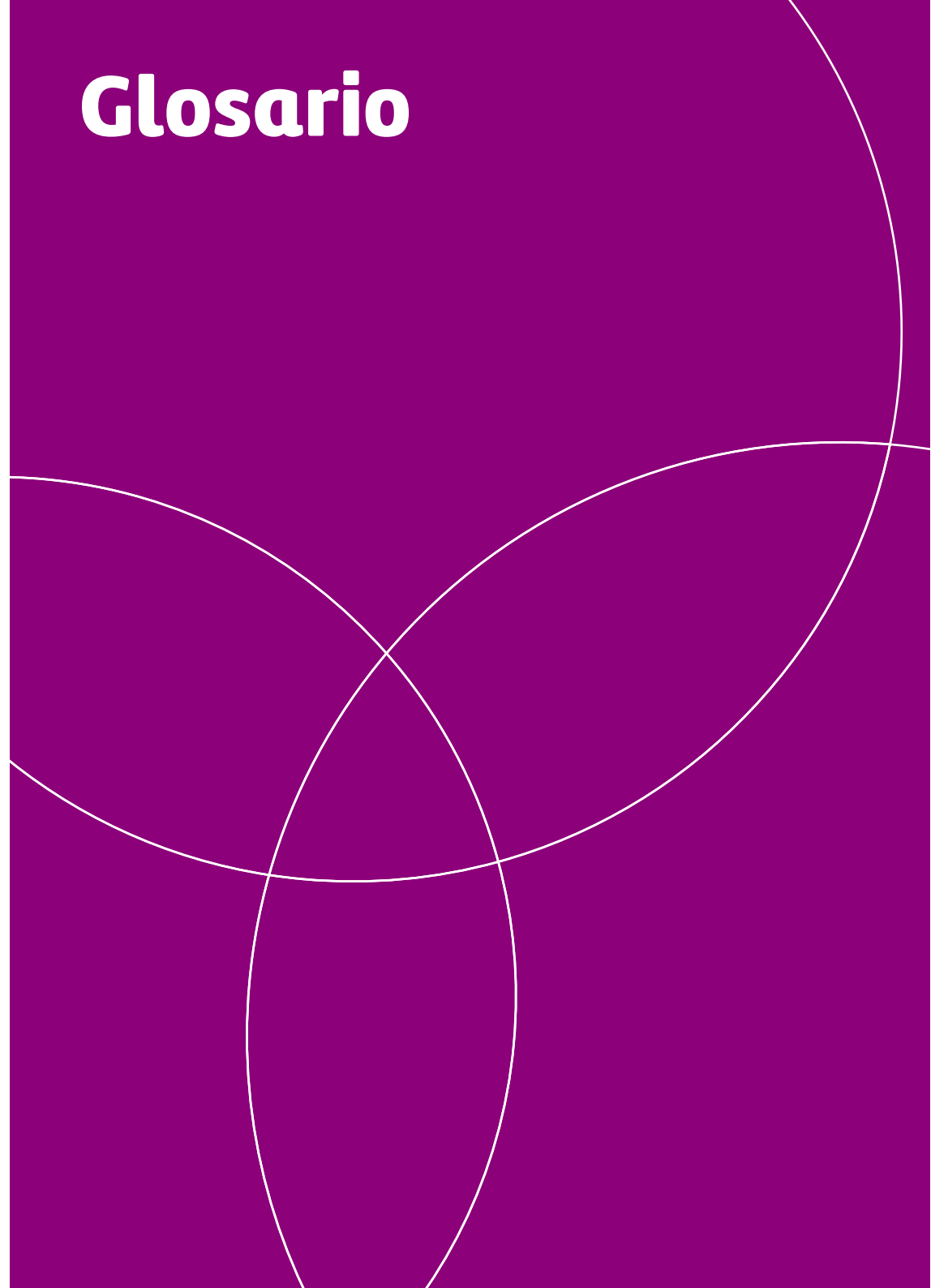
Objetivos Específicos:

1. Ofrecer herramientas a los equipos de salud con énfasis en el primer nivel de atención para el adecuado acompañamiento y seguimiento.
2. Prevenir afecciones provocadas por intervenciones o tratamientos realizados por fuera del sistema de salud.
3. Establecer un protocolo de indicación y seguimiento de la terapia hormonal cruzada en personas trans.
4. Sensibilizar a los equipos de salud con énfasis en el primer nivel de atención en la importancia de promover la salud mental, favorecer la inclusión y disminuir la discriminación.
5. Contribuir a la detección oportuna de situaciones de vulnerabilidad que requieran un abordaje específico.

Referencias Bibliográficas

1. Márquez, D., Niz, C., Olinisky, M. (2016). Capítulo 6: Atención integral a personas trans. En López, P., Forrisi, F., y Gelpi, G. (comp.). Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud. Uruguay: Imprenta Rojo S.R.L.
2. MSP, UGPFM para el Sida, TB y Malaria. (2013). Informe de la relatoría del taller de abordaje integral de personas trans y sus comunidades en Uruguay. Taller de abordaje integral de personas trans y sus comunidades en Uruguay. Montevideo, Uruguay: OPS/OMS.

Glosario



A continuación se detallan algunas definiciones que se hacen necesarias para la mejor lectura del presente material. Se recomienda consultar la bibliografía sugerida con el fin de profundizar los conceptos que aquí se resumen.

- 1. Sexo/Características sexuales:** Históricamente se ha referido al sexo asignado en el momento del nacimiento, basado en la valoración de los genitales externos, así como los cromosomas y gónadas. En el lenguaje coloquial usualmente este término se intercambia con género, aunque hay diferencias entre ambos que se vuelven importantes particularmente en el contexto de las personas trans (Deutsch, 2016)¹.
- 2. Género:** Se entiende el género como una construcción social en la que se incluyen pautas de relacionamiento y ejercicio de poder diferenciado para varones y mujeres (Salud y Diversidad Sexual, 2016)².
- 3. Socialización de género:** es el proceso mediante el cual desde que nacemos, aprendemos en un continuo intercambio con el exterior a desempeñar el rol de género que nuestra cultura y nuestra sociedad nos asigna en función de nuestro sexo biológico (Salud y Diversidad Sexual, 2016).
- 4. Identidad de género:** Sentimiento psicológico de ser hombre o mujer y adhesión a ciertas normas culturales relacionadas con el comportamiento femenino o masculino. En el caso de las personas transexuales, la identidad de género no concuerda con el sexo biológico (COGAM, 2012, p.12)³.
- 5. Orientación sexual:** refiere hacia qué sexo orienta la persona su deseo erótico afectivo. La clasificación más clásica describe tres categorías: la orientación homosexual, bisexual y heterosexual. La orientación homosexual alude a cuando el deseo de una persona se orienta hacia personas de su mismo sexo (lesbiana, gay), bisexual refiere a cuando el deseo es orientado hacia personas de ambos sexos y heterosexual es aquella orientación del deseo hacia personas del otro sexo (Salud y Diversidad Sexual, 2016)⁴. Describe únicamente la atracción sexual, y no está directamente relacionada a la identidad de género. La orientación sexual de una persona trans debe ser definida por esa persona. Se describe basada en el género que vive la persona; una mujer trans que se siente atraída a otras mujeres sería lesbiana, y un varón trans atraído hacia otros varones sería gay (Deutsch, 2016).
- 6. Expresión de género:** Son los modos de expresar “masculinidad” y/o “feminidad” en concordancia con las normas preestablecidas culturalmente en un determinado contexto socio-histórico. Esas formas de expresar la identificación personal con los géneros (manera de hablar, caminar, moverse, vestirse, etc.) son reconocidas y aceptadas cuando coinciden con el patrón hombre- masculino y mujer- femenina. Por el contrario cuando la concordancia esperable no es tal, o existe ambigüedad, es probable que se produzca rechazo y discriminación. Esto no tiene porqué estar relacionado con la orientación sexual, la identidad de género y el sexo biológico de la persona (Salud y Diversidad Sexual, 2016).

Atención a personas trans en el Sistema Nacional Integrado de Salud

- 7. No conformidad de género o variabilidad de género:** se refiere al grado en que la identidad, el rol o la expresión de género difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular (Institute of Medicine, 2011)⁴. Dentro de esta definición, que engloba a las identidades trans, se incluye a personas que de forma más o menos permanente visten con ropas habituales al género opuesto (cross-dressers), personas que no se identifican con ningún género (sin género) o que por el contrario, se identifican con ambos (multigénero), o personas que se expresan más allá de los géneros binarios masculino-femenino (genderqueer).
- 8. Personas trans:** Las personas pueden sentirse varones o mujeres en mayor o menor medida. Cuando la identificación personal con un género no coincide con el sexo biológico puede tratarse de una persona trans (que podrá o no autodefinirse de tal modo). Hasta hace unos años era frecuente diferenciar personas travestis, transexuales y transgénero. Esta clasificación actualmente está en desuso y se habla de personas trans. Puede usarse para nombrar mujeres trans (o trans femeninas, cuando habiendo nacido con genitales correspondientes a la categoría de sexo biológico macho, la persona se identifica como mujer) o varones trans (también conocidos como trans masculinos, cuando habiendo nacido con genitales correspondientes a la categoría de sexo biológico hembra, la persona se identifica como varón) (Salud y Diversidad Sexual, 2016).
- 9. Personas cis:** Más recientemente diversos autores han comenzado a referirse también a identidades de género cis, como antónimo de trans. Este término puede, entonces, usarse para nombrar a personas que se identifiquen como mujeres cis (aquellas que habiendo nacido “hembras” se autoidentifican como mujeres) y varones cis (aquellos que habiendo nacido “machos” se autoidentifican como varones). El hecho de que se nombre la existencia personas cis y trans puede verse como la intención de que la identidad trans no se perciba como diferente a la “norma”, sino como una de las identidades posibles (Salud y Diversidad Sexual, 2016).
- 10. Nombre social:** Por nombre social se entiende aquel por el cual las personas trans o intersexuales se autodenominan o escogen ser reconocidas, identificadas y denominadas en su medio social. En tanto el Nombre civil es aquel que figura en los documentos de identidad, haya sido o no adecuado a la identidad de género (UFPE, 2016)⁵.

Referencias Bibliográficas

1. Deutsch, M.B. (ed.) (2016) Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. 2nd. Edition. University of California, San Francisco: Department of Family & Community Medicine. EEUU: Center of Excellence for Transgender Health.
2. Ramos, V., Forrís, F., Gelpi, G. (2016). Capítulo 1: Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje común. En López, P., Forrís, F., y Gelpi, G. (comp.). Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud. Uruguay: Imprenta Rojo S.R.L.
3. Generelo, J. (Coord.) (2012). Acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB. Madrid: FELGTB - COGAM.
4. Institute of Medicine. (2011). The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington, DC: The National Academies Press.
5. Universidade Federal de Pernambuco (2016) Boletim Oficial N° 13 Especial: Regulamenta a política de utilização do nome social para pessoas que se autodenominam travestis, transexuais, transgêneros e intersexuais. Recife: Brasil.

El Sistema Nacional Integrado de salud (SNIS) se organiza en redes por cada uno de los tres niveles de atención. Esta reorganización pretende que la mayor parte de las necesidades de salud de la población sean cubiertas en el primer nivel de atención (PNA), que es el más cercano a las personas, donde las acciones están mayormente orientadas a la promoción de salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación.

El SNIS se centra en la estrategia de atención primaria en salud (APS), priorizando el primer nivel, donde en la actualidad podrían resolverse la gran mayoría de consultas de las personas trans.

Uruguay se ha caracterizado por tener índices de cobertura en salud elevados (sumando los subsectores público y privado). La población sin cobertura disminuyó de 4% en 2007 a 2,5% en 2012. Actualmente, en Montevideo el porcentaje se ubica en 2,9% (INE, 2012). Si bien la cantidad de personas sin cobertura es baja, eso no significa que está maximizada la calidad de los servicios ofrecidos, ni que estos cumplan con las demandas y necesidades de distintas poblaciones específicas.

Las barreras en la accesibilidad de los servicios, producto de la discriminación (real o percibida) hacia las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) hacen que esta población evite o demore la consulta, para terminar asistiendo a los servicios cuando ya existe un problema de salud instalado. En muchos casos, aun cuando la persona accede al primer nivel, la carencia de capacitación para dar respuestas puede dificultar la detección oportuna. Estas dos circunstancias pueden ocasionar que quede postergado y sin ser priorizado. Eventualmente ese problema puede agravarse y requerir ingreso al segundo o tercer nivel donde mayoritariamente tampoco hay una capacitación adecuada.

Según el Artículo 36° de la Ley del SNIS “El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez de los problemas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios” (Ley N° 18.211, 2007).

Atención a personas trans desde el **primer nivel de atención**

La atención primaria de salud tiene como objetivo ofrecer servicios según la necesidad de quien se atiende, y en cada nivel dar respuesta a la mayoría de los problemas que son presentados. Se prepara para dar respuesta a pacientes complejos enfocándose en la persona (Coppolillo, 2013)¹, en lugar de estar enfocados en enfermedades o problemas particulares, por lo tanto su manera de accionar es igualmente apropiada a diversos individuos y poblaciones independientemente de sus niveles de salud.

Las personas trans pueden generar inseguridad en el equipo de salud y lo que sucede a menudo es que ante el desconocimiento, se minimiza y se hace caso omiso de todo lo referido a la identidad de género. Aquellas y aquellos que han vivido la experiencia de haber recibido algún tipo de respuesta a sus requerimientos, se empoderan y demandan. En la medida se logre la integración de las personas trans a los distintos servicios del PNA, los equipos tendrán la necesidad de capacitarse.

Los servicios del primer nivel deben reunir una serie de atributos esenciales y derivados que definen la atención que en ellos se brinda y que por otra parte son los que garantizan los resultados que se esperan en cuanto a resolutivez, eficiencia y satisfacción de toda la población.

Los atributos esenciales son²:

Accesibilidad-Primer contacto con el/la usuario/a: se refiere al cuidado desde un primer momento con el servicio de salud. Sirve como un punto de entrada en el sistema de salud. Este servicio provee directamente, y también funciona de coordinador, dirigiendo a la población usuaria según sus necesidades a las distintas especialidades. Para considerarse 'puerta de entrada' tiene que caracterizarse estructuralmente por ser un servicio accesible. Es muy importante que esté cercano a donde vive la persona, que no haya barreras económicas, que los horarios sean amplios y que las personas puedan acceder cuando los necesitan. Estas características se refieren a la accesibilidad geográfica, económica y administrativa.

No menos importante es la accesibilidad cultural; los servicios deben ser amigables, inclusivos de toda la población, respetar las creencias, las opciones religiosas, la identidad de género, la orientación sexual entre otros. Es claro que en ésta población la accesibilidad cultural es determinante

Longitudinalidad en la atención: hace referencia a la vinculación de usuarias y usuarios con el mismo servicio a lo largo de la vida, sin interesar la etapa del ciclo de vida en la que se encuentren ni los problemas de salud que presenten. Tiene como objetivo proveer a los servicios de salud y a la población usuaria con una relación a largo plazo, que promueva un entendimiento mutuo y un conocimiento de las expectativas y las necesidades así como la confianza y la adherencia. Esto último se hace especialmente importante para el seguimiento de procesos de hormonización.

Continuidad: La atención en torno a un problema de salud en ocasiones requiere la intervención de varios profesionales y de varios niveles de atención. Si no hay una coordinación adecuada desde el PNA con los otros servicios que intervienen, la atención que se brinda es fragmentada. Para lograr este continuo es clave la referencia y contrarreferencia.

Integralidad: Es la capacidad de atender todos los problemas de salud y dar distinta prioridad a cada uno según el momento. Este atributo resalta la importancia del conocimiento de todos los problemas de salud de cada persona y su consideración integrada. Las consultas de las personas trans no están exclusivamente vinculadas a la identidad de género. Los problemas de salud se ven en muchos casos agravados por la suma de vulnerabilidades en los ámbitos educativos, laborales, de vivienda, y procedimientos potencialmente riesgosos (inyección de silicona industrial, hormonización autoadministrada sin control de salud) a los que apelan para poder lograr sus objetivos.

Entre los atributos derivados de la APS identificamos el enfoque familiar, social, y comunitario. Este enfoque reconoce a la responsabilidad del entorno familiar en la salud de las personas, así como el contexto comunitario que refiere a las necesidades específicas de salud de una población particular que no están siendo atendidas. Promueve un entendimiento cultural, con un personal capacitado y sensibilizado en la situación de las personas a tratar. (Rosas et al., 2013)³.

Recomendaciones a los servicios del PNA :

- Es recomendable que estas personas consulten en los mismos horarios y lugares que se atiende al resto de la población asignada. Los espacios destinados exclusivamente para la atención de personas trans producen segregación, estigmatizan y no contribuyen a la inclusión social. De esta manera nos aseguramos que las personas trans concurrirán a consulta a un espacio donde acuden todas las personas independientemente de su edad, género o demandas de salud.

- Las personas trans tienen derecho a ser llamadas por su nombre social y de acuerdo con su identidad de género en los servicios de salud, independientemente de que tengan o no hecho el cambio de nombre y sexo registral por vía judicial. (MSP, 2009)⁴.
- En población general: en caso de que se trate de una persona que concurre por primera vez al servicio o con la que el equipo de salud o alguno/a de sus integrantes tiene su primer contacto, se recomienda utilizar siempre el apellido hasta tener certeza de cuál es el nombre por el que la persona desea ser llamada.
- En la primera consulta se pregunta a la persona su nombre social acorde a su identidad de género y se registra en la historia clínica. Se usa ese nombre en lo sucesivo tratando de disminuir las posibilidades de que cualquier integrante del equipo se refiera a la persona utilizando el nombre correspondiente al sexo asignado al momento del nacimiento.
- Se recomienda que los servicios de salud puedan orientar y asesorar a personas trans que deseen realizar el cambio de nombre y sexo registral por vía judicial, y adecuar los registros de la institución una vez que el cambio sea efectivo. El servicio de salud puede buscar apoyo y asesoramiento, o bien referir de forma adecuada a usuarias y usuarios trans que deseen realizar este proceso al Programa Identidad del Ministerio de Desarrollo Social. El mismo funciona en el propio Ministerio (para Montevideo) de lunes a miércoles entre las 9.30hs y las 13.30hs. (teléfono: 2400 0302 int. 1828) y en todas sus oficinas territoriales en el resto del país. El servicio cuenta además con un Manual para la atención y gestión del cambio de nombre o sexo registral de personas trans.
- Las personas trans pueden solicitar a su médico/a de referencia una valoración para iniciar tratamiento hormonal con el fin de adecuar sus características sexuales a su identidad de género. La decisión de comenzar o no el tratamiento dependerá de la evaluación interdisciplinaria que se haga de cada persona según lo que se define en esta guía. En todo el proceso de valoración previa, eventual indicación del tratamiento y seguimiento no existe barrera legal para indicar o dispensar fármacos, indicar o coordinar tratamientos o exámenes complementarios a una persona basando la negativa en el sexo biológico de la persona. Siempre que exista indicación médica, la misma deberá ser cumplida por todo el personal vinculado a la atención de esa persona. Todas las personas que participan del proceso de atención deberían estar sensibilizadas con el derecho que tienen las personas trans a ser atendidas en forma integral de manera que ante una indicación médica de realizar paraclínica, administración o dispensación de medicación esto se cumpla sin cuestionamientos, evitando una barrera frecuente en el proceso de atención (ejemplo: demorar la entrega de un fármaco por entender que hubo un error de prescripción).

Sistemas de registro y aspectos legales

• El derecho a la salud es un derecho humano fundamental consagrado en 1946 en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Ley N° 18.211/2007 que crea el SNIS, expresa que “la protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud”.

- Los derechos sexuales y los derechos reproductivos también están incluidos en la legislación nacional, en la Ley N° 18.426/2008 de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. En la misma se definen los deberes del Estado como garante de “condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población”. En el Decreto Reglamentario (N° 293/010) se define a los Derechos Sexuales y los Derechos reproductivos de acuerdo a la OMS, y se define además que los prestadores que integran el SNIS deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva de acceso universal y garantizar la integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones correspondientes. Enumera cómo debe ser la atención que se brinda en esos servicios:
 - a. “Universal, asegurando el acceso a todos los usuarios y usuarias de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
 - b. Amigable, a fin de disminuir las barreras de acceso (...).
 - c. Inclusivo, contemplando a mujeres, varones y trans (...).
 - d. Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación (...).
 - e. Integral, considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social durante todo su ciclo vital, así como su salud en general, la de sus familias y la de la comunidad.
 - f. Multidisciplinario, mediante la integración de equipos que incluyan profesionales que actúen en forma interdisciplinaria (...).
 - g. Ético, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas (...).
 - h. Calificado, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual (...).
 - i. Confidencial (...).”

En tal sentido, también la Ley N° 17.817/2004 declara de interés nacional la lucha contra toda forma de discriminación, entendiéndose por discriminación “toda distinción, exclusión, restricción, preferencia o ejercicio de violencia física y moral, basada en motivos de raza, color de piel, religión, origen nacional o étnico, discapacidad, aspecto estético, género, orientación e identidad sexual, que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública”.

Además, existe en nuestro país la Ley N° 18.620/2009 que establece el derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios. La misma establece en el artículo 1° que: **“Toda persona tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad conforme a su propia identidad de género, con independencia de cuál sea su sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro.** Este derecho incluye el de ser identificada de forma que se reconozca plenamente la identidad de género propia y la consonancia entre esta identidad y el nombre y sexo señalado en los documentos identificatorios de la persona, sean las actas del Registro de Estado Civil, los documentos de identidad, electorales, de viaje u otros.”

Las desigualdades que sufren las personas trans en su vida cotidiana repercuten negativamente en su salud, y muchas veces la discriminación de la que son objeto funciona como una barrera para la atención oportuna y de calidad. Es teniendo en cuenta esta realidad, y la normativa nacional vigente, que se establecen las siguientes pautas generales para la atención a personas trans en los servicios de salud, más allá de las ya mencionadas para el primer nivel de atención. Algunas provienen de las recomendaciones del Capítulo de Diversidad Sexual de las Guías de Salud Sexual y Reproductiva (MSP, 2009). Otras han sido incorporadas más recientemente dados los avances legales y el conocimiento generado en los últimos años respecto al tema.

- El reconocimiento del nombre social y la posibilidad de acceder al cambio de nombre y sexo registral.
- El derecho a que en caso de requerir internación se respete su identidad de género en la designación de camas y/o sectores. Se debe evitar internar a una persona trans en un sector o una cama tomando en cuenta solamente el sexo asignado al momento del nacimiento, independientemente de que tenga o no modificados sus documentos o su cuerpo.
- Se promueve incluir en los sistemas de registros de las instituciones la variable identidad de género, independiente del sexo asignado al momento del nacimiento.
- Los fármacos necesarios para los procesos de tratamiento hormonal que puede requerir una persona trans se encuentran incluidos dentro del Formulario Terapéutico de Medicamentos vigente en nuestro país. Las consultas y la paraclínica necesaria para su correcta prescripción y seguimiento se encuentran comprendidas dentro del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). Por lo tanto, en caso de estar indicado tratamiento hormonal para una persona trans, el mismo deberá ser cubierto por el prestador de salud.

Identidad de Género

Mujer Varón

Otro _____

Nombre social

Aspectos psicosociales:

La consulta con cualquier integrante del equipo de salud debe constituir un espacio de encuentro e intercambio. Debido a la estigmatización, patologización y revictimización que han sufrido las personas trans, puede suceder que se muestren especialmente nerviosas, retraídas o tengan una actitud defensiva o incluso a veces de tensión en el ámbito de la consulta. El reconocimiento y respeto de la identidad de género de las personas, que empieza por llamarlas por el nombre que hayan expresado, intentar empatizar y actuar profesionalmente, es clave para ofrecer un espacio de apertura que permita construir, con el tiempo, una relación de confianza.

La familia nunca es indiferente al proceso de salud enfermedad, en general es un fuente de recursos, pero puede ser generadora y o perpetuadora de enfermedad (Díaz Usandivaras, 1995)⁵.

Intentar ofrecer un espacio a la familia puede significar una alianza para la adherencia y la consecución de algunos resultados. Generar una atmósfera de respeto y de seguridad en la cual los miembros de la familia puedan expresar sus sentimientos hacia la homosexualidad/transexualidad y cómo impacta en la dinámica familiar puede ser un estrategia válida.

Propender a la comunicación sin preconceptos negativos sobre la homosexualidad/transexualidad en términos llanos con los integrantes de la familia que se acerquen, desmitificando y naturalizando la situación. En la entrevista con los integrantes de la familia que vienen espontáneamente o porque se les cita, se explica que es esperable la primera reacción de shock. Es importante validar los sentimientos que han tenido y desculpabilizarles. Se les habilita a que expresen sus sentimientos o los de sus familiares. El miedo al rechazo, la falta de información, los prejuicios, los sentimientos como la culpa o la vergüenza muy arraigados, la falta de un sistema alternativo de apoyo en general es un común denominador en estas familias. Poderlo hablar, identificar junto con el equipo de salud elementos que dificulten el proceso, y que factores (como la información, la seguridad personal, los apoyos externos, personales y/o profesionales, el contacto con otras personas LGBT, o sus familiares) pueden facilitar el camino. Fortalecer la idea de familia como lugar de contención. Habilitar y poner al integrante de la familia que concurre en un lugar significativo, fortalecer su rol de persona de referencia, ayuda a mitigar el impacto negativo y de rechazo que se ha generado en el seno de una familia frente a la presencia de un/a integrante trans (López Sanmiguel, 2010)⁶.

Para esta población, el papel que desempeñan los colectivos sociales (grupos de pares, organizaciones), como punto de apoyo, es fundamental, y es un complemento a la familia de origen, no es un sustituto.

Usuarías y usuarios trans, igual que toda la población, requieren una atención integral (Saez, 2008)⁷ con abordaje de la familia y de la comunidad, esta atención se desarrolla en el primer nivel de atención. No obstante en algunas oportunidades a lo largo de su vida requieren intervenciones puntuales, focales de otros especialistas, de otras disciplinas, en el primer nivel o en el segundo nivel de atención, como es el caso de la consulta con endocrinología, las intervenciones quirúrgicas, o la resolución de otros problemas de salud no vinculados estrictamente a su identidad de género.

La coordinación entre los distintos servicios es lo que hace factible garantizar la continuidad de la atención, dimensión ésta que se ve vulnerada si no existe referencia y contrarreferencia entre los niveles y servicios del SNIS.

Cuadro N°1 Recomendaciones para los servicios de salud

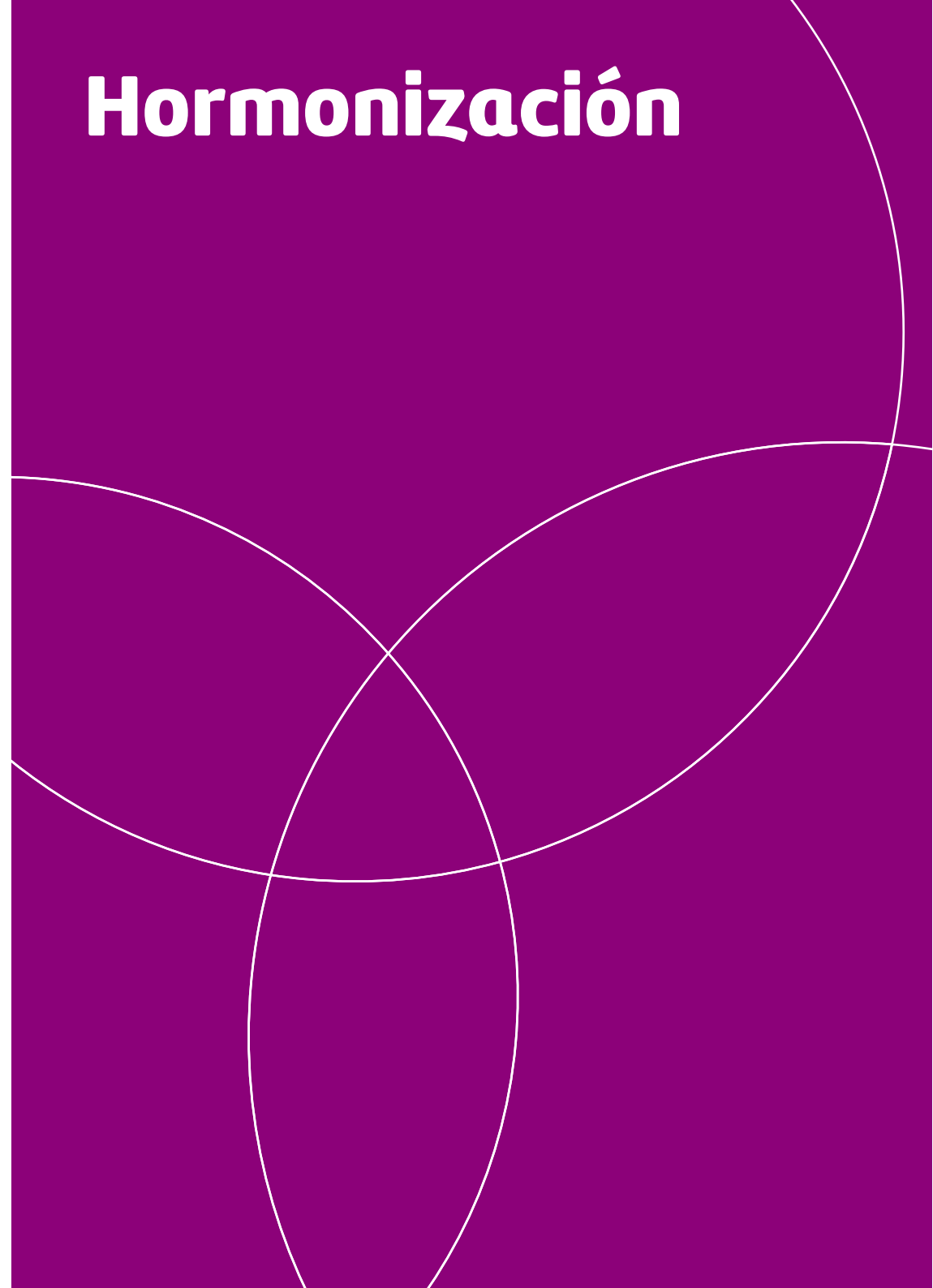
	Recomendación	Impacto en
Para toda la población	Llamar a las personas por su apellido.	Accesibilidad
Cómo llamar a las personas trans durante la entrevista	Preguntar a la persona cómo se llama y cómo desea ser identificada (nombre social, pronombres).	Accesibilidad, Longitudinalidad
Cómo registrar el nombre social	Consignar nombre social en la historia clínica y otros sistemas de registro (cardex, cuadernos de novedades, parte diario) intentando minimizar las posibilidades de que la persona sea llamada por su nombre civil.	Accesibilidad, Longitudinalidad, Continuidad
Cómo relevar la variable identidad de género	<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Varón <input type="radio"/> Otro _____ Nombre social _____	Accesibilidad, Longitudinalidad
Acceso al cambio de nombre	Orientar y acompañar el proceso de cambio de nombre y sexo registral. El equipo puede pedir asesoramiento o referir de forma adecuada a la persona al Programa Identidad de del Ministerio de Desarrollo Social (en Montevideo) o sus oficinas territoriales (en el resto del país).	Accesibilidad, Continuidad, Integralidad
Horarios y lugares de atención	Compartidos con toda la población usuaria, evitando policlínicas o servicios específicos.	Accesibilidad, Longitudinalidad, Continuidad, Integralidad
Qué hacer en caso de internación	Consultar a la persona si se siente cómoda en un sector designado según su identidad de género, o prefiere se la interne en un sector según el sexo asignado. Según el caso valorar la necesidad de dialogar también con otras/os usuarias/os del sector (ejemplo, lugares de internación con salas generales). En el seguimiento consultar a la persona si se siente cómoda.	Accesibilidad, Longitudinalidad, Continuidad

	Recomendación	Impacto en
Si una persona trans solicite asesoramiento sobre tratamiento hormonal	El asesoramiento y la valoración inicial (y, según la formación específica, las demás etapas) puede ser brindado por el/la médico/a de referencia.	Accesibilidad, Longitudinalidad, Integralidad
De requerir interconsultas o procedimientos fuera del equipo de referencia (PAP, ECG, etc.)	Asegurarse de hacer la derivación informando adecuadamente a ese/a profesional, de forma de minimizar las posibilidades de generar un daño al usuario/a	Accesibilidad, Continuidad, Longitudinalidad, Integralidad
Si el/la usuario/a se muestre en actitud defensiva o de tensión	Empatizar y actuar profesionalmente, tendiendo a generar una relación de confianza.	Accesibilidad, Longitudinalidad, Integralidad
Medicación, tratamientos y procedimientos diagnósticos	No existe barrera legal para indicar o dispensar fármacos, indicar o coordinar tratamientos o exámenes complementarios a una persona basando la negativa en el sexo biológico de la persona. Siempre que exista indicación médica, la misma deberá ser cumplida por todo el personal vinculado a la atención de esa persona.	Accesibilidad, Integralidad

Referencias Bibliográficas

- Coppolillo, Fernando (2013) Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la Atención Primaria y la Medicina Familiar. Archivos de Medicina Familiar y General, vol. 10 (1), pp. 45-50, mayo. Disponible en <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/download/117/107> (acceso 22/8/2016).
- Starfield, B. (2004). Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. 2da edición. Madrid: Masson.
- Rosas Prieto, M., Zarate, N., Cubas, S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S.): Una visión desde la Medicina Familiar. En: Acta Médica Peruana pág. 30 (1).
- Ministerio de Salud Pública. (2009). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Diversidad sexual. Montevideo: MSP.
- Díaz Usandivaras, C. M. (1995) "Peritaje o Mediación en los conflictos familiares". En. Rovalletti (ed.) Ética y Psicoterapia, Buenos Aires, Biblos (pp. 61-69). Disponible en <http://bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/etica/de%20filpo/UNIDAD%207%20Etica%20De%20Filpo/diaz%20usandivaras%20-%20peritaje%20o%20mediacion%20en%20los%20conflictos%20familiares.pdf>. (acceso 22/8/2016).
- López Sanmiguel, M. (2010). Características específicas del trabajo terapéutico con clientes y parejas LGBTI y familias homoparentales. Trabajo de Tercero de Terapia familiar. Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar. Disponible en: <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/L%C3%B3pez,%20M.%20Tbjo.%203%C2%BA%20BI%2009-10.pdf> (acceso 22/8/2016)
- Saez, M. (2008). "Modelo clínico centrado en el paciente". Archivos de Medicina Familiar. vol. 5, n.º 1. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/64/63> (acceso 22/8/2016)

Homonización



Consideraciones previas a la hormonoterapia

El proceso de reafirmación de la identidad de género es prolongado, complejo y casi nunca lineal. La hormonización es en algunos casos una intervención requerida por las personas trans como medio para lograr transformaciones en el marco de su readecuación corporal hacia su género sentido. La situación de las personas que consultan por primera vez es muy dispar habiendo desde las que han logrado cambiar su nombre y sexo registral, las que hace años viven de acuerdo al género con el cual se identifican, hasta quienes están recién aproximándose y descubriendo que quizás su identidad de género difiere de la que les ha asignado la sociedad hasta el momento*.

Esto no solo involucra a la persona sino a todo su entorno, familiar, social y laboral. Muchas veces hay gran desconocimiento de la implicancia de las intervenciones específicas como la hormonización o las cirugías que cambiarán su imagen en forma permanente.

Algunas veces existen otros problemas de salud (tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión), que hacen que el momento para iniciar la hormonización no sea indistinto, sino que responda al momento en que los problemas de salud detectados estén en su mínima expresión.

Es preciso acompañar sin apresurar el proceso que hace cada persona durante su transición. En algunos casos habrá quienes luego del asesoramiento y la valoración inicial definan que desea iniciar un proceso de hormonización, otras personas definirán que no lo desean.

El asesoramiento previo, la valoración inicial y el eventual seguimiento de la hormonoterapia puede ser realizada por el/la médico/a de referencia en conjunto con el equipo de salud.

A la hora de indicar el tratamiento (en el caso de que exista el deseo por parte de ese/a usuario/a y no existan contraindicaciones) el/la médico/a de referencia puede definir según su formación en el tema si hace una interconsulta con endocrinología en el momento de establecer la pauta de tratamiento.

En las etapas iniciales y de seguimiento es necesario que exista un acompañamiento por el equipo o por el médico/a de referencia, que asesora, orienta, desmitifica, identifica temores, y ofrece contención.

Es necesario previo a iniciar el tratamiento hormonal que la persona esté al tanto de los beneficios y efectos adversos de la hormonoterapia. En las instancias iniciales será el/la médico/a o equipo de salud de referencia quien deba descartar algún cuadro vinculado a la salud mental que pueda ser agravado por el tratamiento hormonal. En base a esa valoración se evaluará la necesidad y oportunidad de realizar interconsulta con salud mental.

* Nota

De acuerdo a las cifras preliminares del Primer Censo de personas trans realizado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) entre mayo y agosto de 2016, solo un 19% de las personas censadas realizaron el cambio de nombre y sexo registral, y otro 18% lo está tramitando. A la vez, se obtuvo el dato de que sólo un 22% de las personas trans está en tratamiento hormonal (y que persiste un porcentaje que lo hace por fuera del sistema de salud). En ambos casos no se puede evitar pensar que la situación de exclusión social de esta población repercute en la dificultad que tienen para acceder a sistemas como el judicial o el sanitario. *Ministerio de Desarrollo Social (2016). Transforma 2016. Visibilizando realidades: Avances a partir del Primer Censo de personas trans. Documento Base. Montevideo: MIDES.*

Muchas veces ya iniciada la hormonización surgen patologías agudas o subagudas, intercurrentes que contraindican transitoriamente la hormonización por lo que el seguimiento es clave.

La consulta con psicología o psiquiatría no es requisito para iniciar el tratamiento si el/la profesional que indicará el tratamiento no encuentra motivos para hacer una interconsulta.

En lo que refiere al seguimiento a largo plazo, no hay evidencia para hacer una recomendación respecto a la duración de la hormonoterapia al momento de la edición de esta guía

En la página del Ministerio de Salud puede encontrarse la versión descargable del Consentimiento Informado para el Tratamiento de Hormonización.

Hormonización Feminizante

Modificaciones clínicas

El tratamiento de las usuarias trans femeninas (TF), persigue dos objetivos: reducir las características sexuales del sexo biológico e inducir las del género deseado (Endocrine Society, 2009)¹. Estos cambios pueden variar desde rasgos corporales ambiguos (andróginos), hasta un grado máximo de feminización.

La mayoría de estos cambios ocurren durante los primeros 3-6 meses con terapia dual (estrógenos y antiandrógenos) y el máximo se logra cercano a los 2 años. Tanto el tiempo de inicio, máximo de acción y magnitud de los cambios, presentan una gran variabilidad interindividual. En la tabla 1, se muestran los principales cambios y los tiempos, sugeridos por la última guía de la Endocrine Society 2009.

Tabla N°1 Efectos y Tiempo esperado de las hormonas feminizantes

Efecto	Inicio ^a	Máximo Efecto ^a
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-3 años
Disminución de la masa muscular/fuerza	3-6 meses	1-2 años
Suavización de la piel/disminución de la oleosidad	3-6 meses	Desconocido
Disminución de la libido	1-3 meses	3-6 meses
Disminución de las erecciones espontáneas	1-3 meses	3-6 meses
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3-6 meses	2-3 años
Disminución del volumen testicular	3-6 meses	2-3 años
Disminución de producción de esperma	Desconocido	> 3 años
Disminución del crecimiento del vello terminal	6-12 meses	>3 años ^b
Calvicie de patrón masculino	Sin rebrote	^c
Cambios en la voz	No	^d

- a. Estas estimaciones representan observaciones clínicas.
- b. En ocasiones la remoción del vello sexual masculino requiere tratamientos cosméticos (láser o electrólisis)
- c. El patrón de calvicie masculino familiar puede ocurrir si se detienen los estrógenos.
- d. El entrenamiento de la voz puede ser eficaz cuando es tratado por especialistas.

Resultados del tratamiento hormonal (Gooren, 2016)²

Inicialmente aparece un cambio del carácter con incremento de la emotividad, que depende mucho de las características psicológicas previas de cada persona.

Hay reducción del vello corporal, haciéndose más delgado y con menor pigmento. Estos cambios son efectivos en la mayor parte del cuerpo, con excepción de la cara, donde hay mayor resistencia, incluso con terapia dual (estrógeno-antiandrógenos), requiriendo en muchos casos tratamientos cosméticos (laser, electrólisis) (Giltay et al., 2000)³. Se produce una disminución de las glándulas sebáceas, que aumenta la sequedad de la piel y hace a las uñas quebradizas.

El crecimiento mamario comienza casi inmediatamente. La primera manifestación es el dolor subareolar. Como los andrógenos tienen un efecto inhibitorio sobre la formación de la mama; los estrógenos serán más efectivos en el crecimiento de la misma, si se acompañan de acetato de ciproterona o espironolactona. La edad avanzada impide el crecimiento mamario. Solo el 30% de las usuarias están conformes con los cambios, que se logran en un máximo de 24 meses, y la mayoría recurren a implantes mamarios. En estos casos, se prefiere al menos 1 año de tratamiento estrogénico antes de recomendar la cirugía (Alonso, 2014)⁴.

En cuanto a la distribución corporal se produce un aumento de la grasa visceral subcutánea y una disminución de la masa corporal magra, que se puede controlar con medidas dietéticas (Gooren et al., 2008)⁵. Generalmente estos cambios no son suficientes para conferir un hábito femenino (Alonso, 2014).

La terapia hormonal no produce alteraciones en las características de la voz en las TF, dado que esta no está determinada tanto por el tono de la voz, como por la resonancia del tórax. En estos casos se recomiendan tratamientos foniatrícos (Gooren, 2016).

Al desaparecer el estímulo hipofisario, los testículos se vuelven atroficos, con una reducción de hasta 25% dentro del primer año, llevando al deterioro de la espermatogénesis (Alonso, 2014). Dada la disminución de la fertilidad de estas usuarias, se informará sobre las opciones de preservación de gametos, así como de las técnicas de reproducción asistida (actualmente no incluidas dentro de las prestaciones que establece la Ley N° 19.167/2013).

También la privación androgénica lleva a atrofia prostática, con modificaciones vesicales que producen pérdidas urinarias temporales, que desaparecen en el primer año de tratamiento (Gooren, 2016).

La disminución de la libido y de las erecciones espontáneas comienza a los 3 meses. La gran mayoría de las usuarias persisten con excitación erótica, evidenciando una relativa independencia de los andrógenos de este tipo de erección (Alonso, 2014), sin embargo un grupo de usuarias comenzará con una disfunción sexual, que muchas veces es deseada (Fisher, 2015)⁶. Por este motivo en la anamnesis de la primer consulta para asesoramiento sobre terapia hormonal es

importante recabar datos sobre las prácticas sexuales de cada usuaria, tanto en sus vínculos sexo-afectivos, como laborales si ejerce el trabajo sexual regular u ocasionalmente. Debe preguntársele si practica sexo anal receptivo o insertivo utilizando su pene. En las consultas de seguimiento deberá indagarse sobre efectos no deseados del tratamiento hormonal.

Contraindicaciones y Riesgos

Las principales contraindicaciones para el uso de estrógenos incluyen: eventos tromboembólicos previos, estado de hipercoagulabilidad subyacente, historial de neoplasias estrógeno-dependientes, enfermedad hepática crónica en fase terminal (Coleman, 2012)⁷. Otras afecciones médicas, pueden aumentar por el estrógeno o por el bloqueo androgénico y deben ser evaluadas antes de iniciar la terapia hormonal (Coleman, 2012). Tabla 2.

Se debe prestar precaución a otras condiciones, cuando se inicia estrogoterapia: enfermedades cardíacas, antecedentes familiares de coagulopatías, tabaquismo, historia de hipertensión intracraneal benigna, síndrome metabólico, migraña refractaria o migraña focal, trastorno convulsivo, fuerte historia familiar de cáncer de mama, antecedentes familiares de porfiria (Sherbourne Health Centre, 2009)⁸.

Tabla N°2 Riesgos asociados a terapia hormonal feminizante. (Feldman et al., 2009)⁹

Probable riesgo aumentado	Enfermedad tromboembólica venosa ** Cálculos Biliares Aumento de enzimas hepáticas Aumento de peso Hipertrigliceridemia*
Probable aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales ^b	Enfermedad cardiovascular Enfermedad cerebrovascular
Posible aumento de riesgo	Hipertensión arterial Hiperprolactinemia o prolactinoma
Posible aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales ^b	Diabetes tipo 2 *
Sin aumento de riesgo o evidencia de riesgo no concluyente o no documentada	Cáncer de mama*
^a . El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que transdérmicos ^b . Se incluyen otros factores como la edad * Son clínicamente significativos	

Valoración inicial

Es importante puntualizar que la atención debe estar centrada en la persona, igual que en la población general. La evaluación requiere anamnesis, examen físico y valoración paraclínica.

Valoración clínica basal:

Evaluar la capacidad intelectual y consignar el nivel de instrucción son aspectos que han de ser tenidos en cuenta al explicar el proceso que se inicia con el tratamiento hormonal. Es también fundamental relevar la presencia de factores protectores en lo personal, familiar y en el entorno inmediato. La anamnesis debe ser detallada, orientada a la presencia de factores de riesgo cardiovascular, cardiopatía isquémica, antecedentes personales y familiares de trombosis venosa crónica, tromboembolismo pulmonar, trombofilia, insuficiencia venosa crónica, hepatopatía, patología psiquiátrica que pueda agravarse, enfermedad cerebrovascular, tratamientos farmacológicos actuales y previos, hábitos tóxicos, especialmente el tabaquismo, y antecedentes personales o familiares de cánceres hormono-dependientes.

El examen físico, además de lo recomendable para la edad y sexo, debe recoger, hábito externo, presencia de vello, exploración genital y mamaria, talla, peso, cintura, presión arterial. Características de los miembros inferiores, buscando edemas, trastornos tróficos y lesiones varicosas.

Valoración paraclínica basal:

Orientada a descartar patologías que contraindiquen la hormonoterapia, y como línea de base para el seguimiento, una vez iniciado el tratamiento.

Tabla N°3 Paraclínica inicial en mujeres trans.

Básica
Glucemia
Hemograma
Perfil lipídico
Funcional y Enzimograma hepático
Creatininemia
LH y FSH
TSH
Testosterona Total
Estrógeno
Prolactina
Ionograma (si se plantea el empleo de Espironolactona)

Tratamiento

Hasta la fecha actual no existen estudios que sugieran cuál es la mejor y más segura terapia de hormonización cruzada para usuarias trans. Nos basaremos en las Guías de la Endocrine Society actualizadas en el año 2009. Como mencionamos, se realizará en base a estrógenos y anti-andrógenos.

Estrógenos:

Se requieren estrógenos a dosis 2 ó 3 veces mayores a las recomendadas para la terapia de reemplazo hormonal en mujeres postmenopáusicas. El 17 β - estradiol transdérmico u oral es el de elección, dado que es el que tiene menor poder trombogénico. La vía transdérmica debe ser considerada en TF con alto riesgo de trombosis, mayores de 40 años, fumadoras, diabéticas o con enfermedad hepática (Fisher, 2015). Debe evitarse la forma de etinil-estradiol que aumenta 20 veces el riesgo tromboembólico, y 3 veces la mortalidad cardiovascular (Fisher, 2015).

La cesación tabáquica debe ser altamente recomendada, para evitar el riesgo cardiovascular y tromboembólico.

El aumento de la dosis de estrógenos debe ser gradual, dado que dosis mayores no dan mejores resultados, pero aumentan los efectos secundarios (Moreno-Pérez et al., 2012)¹⁰. Este cambio debe ser guiado por la clínica y la paraclínica.

Tabla N°4 Tratamiento con estrógenos.

Fármaco	Dosis Inicial	Dosis Máxima
Valerato de Estradiol	2.0mg/día	2.0mg/día
17 β -estradiolgel	1.5mg/día (2.5 g/gel)	1.5mg/día (2.5 g/gel)
17 β -estradiol parche transdérmico	100 mcg bisemanal	100 mcg bisemanal

Antiandrógenos:

En TF que no se ha realizado orquiectomía como parte de la reasignación quirúrgica, debe complementarse el tratamiento con un antiandrógeno (Alonso, 2014).

El acetato de ciproterona es un progestágeno, que inhibe la producción de LH a nivel hipofisario y por tanto inhibe la producción de testosterona testicular. También inhibe el receptor androgénico a nivel periférico y disminuye la actividad 5 alfa-reductasa (Alonso, 2014).

La espironolactona es un antagonista de la aldosterona, con composición similar a los gestágenos y tiene efecto periférico inhibiendo el receptor de testosterona y la actividad de la 5 alfa-reductasa (Alonso, 2014).

Tabla N°5 Tratamiento con antiandrógenos

Fármaco	Dosis Inicial	Dosis Máxima
Acetato de Ciproterona	50mg/día	100mg/día
Espironolactona	100mg/día	200mg/día

Progesterona:

No se ha demostrado que la progesterona tenga beneficios en el desarrollo mamario en estas usuarias. Además aumenta los efectos secundarios como la retención hidrosalina, hipertensión arterial, aumento de peso, cambios en el perfil lipídico y depresión (Fisher, 2015).

Seguimiento

El seguimiento es clínico y paraclínico, inicialmente cada 3 meses el primer año, luego semestral en el segundo año (Fisher, 2015). Se realizará un control y registro de los cambios en los caracteres sexuales, así como en la aparición de los efectos adversos: distribución del vello, patrón de calvicie, desarrollo mamario.

En la clínica se realizará determinación de peso corporal, peso, cintura, valoración cardiovascular, presión arterial, presencia de edemas, etc. El despistaje del cáncer de mama y colon se realizará con la misma periodicidad que la población general. Se realizará seguimiento paraclínico según la tabla 6.

Tabla
Nº 6 Paraclínica de evolución en trans femeninas.

Función hepática	
Hemograma	
Creatininemia	
Ionograma (si recibe espironolactona)	
Perfil lipídico	
Funcional y Enzimograma hepático	Riesgo si transaminasas > 3 veces normalidad
Glucemia	
Testosterona Total	Objetivo < 55 ng/dl
Estradiol	Objetivo < 200 pg/ml
Prolactina	Objetivo < 25 ng/ml

Efectos adversos

Los principales efectos adversos se aprecian en la tabla 7. Diferentes estudios han reportado que los estrógenos son capaces de preservar la densidad mineral ósea en TF, pero otros autores han documentado aumento de la prevalencia de osteoporosis y baja masa ósea. Se han encontrado una relación inversa entre la densidad ósea y la LH. (Fisher, 2015)

Los estudios sobre los efectos cardiovasculares de los estrógenos en TF siguen siendo contradictorios. En cuanto al perfil metabólico, los estrógenos producen un aumento del HDL con una disminución del LDL, sin embargo estas pueden ser más pequeñas y densas y por tanto más nocivas. Además la terapia oral, y no la transdérmica se ha asociado a aumentos de marcadores inflamatorios y hemostáticos. (Fisher, 2015).

En cuanto a los eventos tromboembólicos, estos parecen estar aumentados, más en relación al tipo de estrógeno (etinilestradiol) y a otros factores de riesgo (edad mayor a 40 años, personas fumadoras, sedentarias, obesas o con trombofilia). (Alonso, 2014)

Los estrógenos inducen hiperplasia de las células lactotropas hipofisarias. Por tanto los niveles de prolactina aumentan hasta un 20% en TF al inicio de los estrógenos. A pesar de esto, el riesgo de formación de prolactinoma es muy bajo. La hiperprolactinemia se resuelve en la mayoría de los casos al reducir la dosis. (Alonso, 2014) Si los niveles de prolactina son extremadamente altos deberá ser necesaria la realización de una resonancia magnética de silla turca. (Fisher, 2015)

Se han constatado síntomas depresivos en 8.3% de las usuarias trans en los primeros 6 meses de tratamiento hormonal (Rf4).

Al inicio de la terapia puede observarse un aumento transitorio de las transaminasas y de índices de colestasis que en breve tiempo retornan a valores normales. (Alonso, 2014).

El cáncer de mama se ha informado en relativamente pocos casos, por tanto el riesgo de la población TF parece ser bastante bajo. El autoexamen mamario y los estudios imagenológicos deben ser sugeridos como a las mujeres cis. En relación al cáncer prostático se ha visto en algunos casos, fundamentalmente cuando la terapia se ha iniciado luego de los 50 años, y hace dudar si el mismo ya no estuviera presente. (Fisher, 2015)

Con respecto a la mortalidad, se encontró un incremento de la misma al comparar con la población general. (Weinand et al. 2015)¹¹ Este aumento no estuvo vinculado al tratamiento hormonal.

Tabla
Nº 7 Principales efectos colaterales y adversos de la hormonoterapia feminizante. (Alonso, 2014)

Eventos tromboembólicos
Hiperprolactinemia
Depresión
Alteraciones hepáticas
Cambios genitales, prostáticos y en la sexualidad
Dislipemia

Hormonización Masculinizante

Modificaciones clínicas

El tratamiento de los usuarios masculinos (TM), persigue dos objetivos: reducir las características sexuales del sexo biológico e inducir las del género deseado (Endocrine Society, 2009). Los cambios son más sencillos de conseguir y más floridos en los TM que en las TF. Los primeros cambios suelen verse en 2 a 3 meses de iniciado el tratamiento (Alonso, 2014). En la tabla 8, se muestran los principales cambios y los tiempos, sugeridos por la última guía de la Endocrine Society 2009.

Tabla **Nº 8** Efectos y tiempo esperado de las hormonas masculinizantes

Efecto	Inicio ^a	Máximo Efecto ^a
Oleosidad piel/acné	1-6 meses	1-2 años
Crecimiento del vello facial / corporal	3-6 meses	3-5 años
Alopecia androgénica	> 12 meses	Variable
Aumento de la masa muscular / fuerza	6-12 meses	2-5 años
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-6 años
Cese de las menstruaciones	2-6 meses	Persistente
Aumento del clítoris	3-6 meses	1-2 años
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 años
Profundización de la voz	6-12 meses	1-2 años

^a. Estas estimaciones representan observaciones clínicas.

Resultados del tratamiento hormonal (Gorton et al., 2005)¹²

La virilización es el cambio buscado, incluye: el cese de las menstruaciones, la profundización de la voz, el patrón masculino de crecimiento de vello corporal y contorno físico (Gooren, 2016).

La amenorrea es debido a la anovulación por la supresión hipofisaria producida por la testosterona. Si bien la menstruación puede detenerse en el primer ciclo, puede persistir algún sangrado hasta el tercer mes. Si estos persisten pasados los 6 meses, debe evaluarse la dosis, o realizarse una evaluación endocrino-ginecológica para diferenciar una dosis insuficiente de un sangrado patológico (Gorton et al., 2005). Dada la disminución de la fertilidad de estos usuarios,

se informará sobre las opciones de preservación de gametos, así como de las técnicas de reproducción asistida (actualmente no incluídas dentro de las prestaciones que establece la Ley Nº 19.167/2013).

El clítoris aumenta de tamaño, y sus cambios oscilan entre 3 a 7 cm. El aumento de la sensibilidad del mismo es posible en los primeros meses de tratamiento, algo que puede resultar incómodo para la persona (Gorton et al., 2005)

Los ovarios pueden adquirir la morfología de síndrome de ovario poliquístico. Existiría una supra-regulación de los receptores androgénicos en los ovarios. Se desconoce si el riesgo de cáncer de ovario difiere de la población de mujeres cis (Gorton et al., 2005).

No está del todo claro los efectos de los andrógenos en el útero. En el endometrio pueden producir desde hiperplasia endometrial hasta atrofiarse (Fabris, 2015)¹³. La vagina, especialmente tras la ooforectomía, experimenta atrofia y sequedad, provocando dispareunia (Gorton et al., 2005). Por este motivo en la anamnesis de la primera consulta para asesoramiento sobre terapia hormonal es importante recabar datos sobre las prácticas sexuales de cada usuario. Debe preguntársele si practica sexo vaginal receptivo. En las consultas de seguimiento deberá indagarse sobre efectos no deseados del tratamiento hormonal.

A nivel mamario los cambios son muy variables de un usuario a otro. Generalmente se reduce el tejido glandular y aumenta el tejido conectivo como se ve en la regresión menopáusica. (Gorton et al., 2005). El volumen glandular disminuye discretamente (Alonso, 2014).

El desarrollo del vello corporal sigue el patrón de varones púberes, apareciendo primero en el labio superior, luego barbilla, mejillas, región infraumbilical, tórax, etc. El grado de hirsutismo se puede predecir por la genética familiar. Este aspecto también se aplica a la alopecia androgénica, que afectará hasta 50% de los TM. (Gooren, 2016)

La piel se vuelve más sebácea, incluso con lesiones de acné (Alonso, 2014). Este se produce hasta en el 40% de los tratamientos y aparece más pronunciado en el dorso que en la cara. Por lo general responden a tratamiento anti-acné convencional (Rf2).

La mayoría de los varones trans presentan un aumento de la libido luego de la administración de testosterona (Fabris, 2015) y esto raramente es percibido como molesto o perjudicial (Gooren, 2016).

A nivel corporal se produce una reducción de la grasa subcutánea y un aumento del tejido muscular, y de la grasa visceral. Se produce un aumento en el IMC y en la masa magra (Fabris, 2015). El engrosamiento de la voz se produce después de aproximadamente 10 semanas de administración de andrógenos y es irreversible. (Gooren, 2016)

Contraindicaciones y Riesgos

Las contraindicaciones absolutas para la terapia de testosterona incluyen: el embarazo, la enfermedad coronaria inestable, policitemia no tratada con un hematocrito de 55% o más (Feldman et al., 2009), así como la hepatopatía severa y los cánceres hormonodependientes (mama, útero) (Alonso, 2014).

Las contraindicaciones relativas incluyen dislipemia, apnea obstructiva del sueño, migraña refractaria, hipertensión descontrolada, alto consumo de tabaco, obesidad, edad avanzada (Fabris, 2015).

La conversión metabólica de testosterona a estrógeno puede aumentar el riesgo de cánceres estrógeno dependientes, por eso deben valorarse los antecedentes adecuadamente (Feldman et al., 2009). Otras afecciones médicas, pueden aumentar por la testosterona y deben ser evaluadas antes de iniciar la terapia hormonal (Coleman et al., 2012). Tabla 9.

Tabla N°9 Riesgos asociados a la terapia hormonal masculinizante. (Feldman et al., 2009)

Probable riesgo aumentado	Policitemia* Aumento de peso Acné Alopecia androgénica Apnea del sueño
Probable aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales ^b	Enzimas hepáticas elevadas Dislipemia*
Posible aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales ^b	Desestabilización de ciertos trastornos psiquiátricos* ^a Enfermedad cardiovascular* Hipertensión Arterial* Diabetes tipo 2.
Sin aumento de riesgo o evidencia de riesgo no concluyente o no documentada	Perdida de densidad ósea Cáncer de mama* Cáncer cervical* Cáncer de ovario* Cáncer uterino.
<p>a. Incluye trastorno bipolar, esquizoafectivo y otros que pueden presentar síntomas maníacos psicóticos. Este evento adverso parece estar asociado a dosis más altas o concentraciones supra fisiológicas de testosterona.</p> <p>* Son clínicamente significativos</p>	

Valoración inicial

Es importante puntualizar que la atención debe estar centrada en la persona, igual que en la población general. La evaluación requiere anamnesis, examen físico y valoración paraclínica.

Valoración clínica basal:

Evaluar la capacidad intelectual y consignar el nivel de instrucción son aspectos que han de ser tenidos en cuenta al explicar el proceso que se inicia con el tratamiento hormonal. Es también fundamental relevar la presencia de factores protectores en lo personal, familiar y en el entorno inmediato. La anamnesis debe ser detallada, orientada a la presencia de factores de riesgo cardiovascular, cardiopatía isquémica, alteraciones metabólicas, como dislipemia y diabetes tipo 2; antecedentes personales y familiares de cánceres hormono-dependientes, hepatopatía, enfermedad hematológica, (en particular la poliglobulia) patología psiquiátrica que pueda agravarse, tratamientos farmacológicos actuales y previos, hábitos tóxicos, especialmente el tabaquismo. Debe interrogarse sobre el empleo de fajas mamarias y el tiempo de empleo.

El examen físico, además de lo recomendable para la edad y sexo, debe recoger, hábito externo, talla, peso, cintura, presión arterial. Se deberá realizar un examen ginecológico exhaustivo.

Valoración paraclínica basal:

Orientada a descartar patologías que contraindiquen la hormonoterapia, y como línea de base para el seguimiento, una vez iniciado el tratamiento.

Tabla N°10 Paraclínica inicial en varones trans.

Básica
Hemograma
Glucemia
Creatininemia
Perfil lipídico
Funcional y Enzimograma hepático
LH y FSH
TSH
Testosterona Total
Estrógeno
Prolactina
Colpocitología oncológica

Tratamiento

Se realizará en base a testosterona, por vía intramuscular o transdérmica. Nos basaremos en las Guías de la Endocrine Society actualizadas en el año 2009.

Tabla N°11 Tratamiento con andrógenos.

Fármaco	Dosis Inicial	Dosis Máxima
Enantato de Testosterona i/m	250 mg/28 días	250 c/15 días
Testosterona gel 1%	50 mg/día	100 mg/día
Undecanoato de testosterona i/m	1000 mg	1000 mg c/10-12 semanas

Seguimiento

El seguimiento es clínico y paraclínico, inicialmente cada 3 meses el primer año, luego semestral o anual a partir del siguiente (Fabris, 2015). Se realizará un control y registro de los cambios en los caracteres sexuales, así como en la aparición de los efectos adversos. Se prestará especial atención al cese de las menstruaciones, que suele ocurrir antes del quinto mes.

En la clínica se realizará determinación de peso corporal, peso, cintura, valoración cardiovascular, presión arterial, presencia de edema. Se completará con examen mamario y genital. Se realizará seguimiento paraclínico según la tabla 12.

Tabla
N°12 Paraclínica de evolución en varones trans.

Hemograma	Interrumpir o disminuir frecuencia si hematocrito mayor a 55% o hemoglobina mayor a 17 mg/dl
Función hepática	Riesgo si transaminasas > 3 veces normalidad
Perfil lipídico	
Funcional y Enzimograma hepático	
Creatininemia	
Glucemia, HbA1c si es diabético	
LH	
Testosterona Total	Objetivo: Entre 300 y 700 ng/dl. Dosificando para la vía parenteral en la mitad del ciclo de administración.
Estradiol: Durante los 6 primeros meses o hasta que se detengan las menstruaciones.	Objetivo < 50 pg/ml
Prolactina	(Objetivo < 25 ng/ml)
Ecografía Ginecológica cada 1-2 años	
Mamografía según las recomendaciones para la población de riesgo intermedio	
PAP según recomendaciones para la población general.	
Densitometría Ósea en pacientes gonadectomizadas y con factores de riesgo para osteoporosis	

Efectos adversos

Los principales efectos adversos se aprecian en la tabla 13. La policitemia, consecuencia del aumento de producción de glóbulos rojos en la médula ósea, está determinada por el incremento de eritropoyetina, la cual es estimulada por la testosterona. La policitemia empeora con la edad y sus efectos son más deletéreos (Gorton et al. 2005).

Al inicio del tratamiento puede observarse un aumento de las transaminasas. Tal movimiento enzimático es generalmente transitorio y se resuelve espontáneamente; En lo metabólico, la administración prolongada de testosterona determina una reducción de HDL y un aumento de LDL (Alonso, 2014).

En ambos TF y TM, se ha demostrado una disminución de la sensibilidad a la insulina, luego de 4 meses de tratamiento hormonal.

En varones cis, los niveles extremos (altos o bajos) de testosterona, se asocian a resistencia a la insulina, por lo cual el objetivo serían valores intermedios (Gorton et al., 2005)

Al igual que en TF, no se demostró incremento en la morbilidad debido a infarto de miocardio. Las flebitis superficial y profunda, son un evento muy raro en comparación al observado en el curso del tratamiento con estrógenos. Podrían esperarse mayores eventos tromboembólicos y cardíacos si se suman los factores de riesgo: dislipemia, hipertensión, poliglobulia, tabaquismo. (Alonso, 2014)

En TM está documentado que la testosterona protege al hueso de la privación de estrógenos; tanto por su acción sobre la masa ósea como su conversión a estrógeno. (Fabris, 2015)

No se ha encontrado evidencia que el aumento de testosterona en mujeres cis aumente el riesgo de cáncer de mama, endometrio y ovario. Solo se han reportado casos aislados (Fabris, 2015; Gooren, 2016). La mortalidad total y causa específica no es diferente de la población general (Alonso, 2014)

Tabla
N°13 Principales efectos colaterales y adversos de la hormonoterapia masculinizante. (Alonso, 2014)

Policitemia
Acné
Dislipemia
Resistencia a la insulina
Alteraciones hepáticas
Cambios genitales
Cambios en el deseo sexual
Eventos cardiovasculares / tromboembolicos
Infertilidad

Situaciones especiales

Interacción con otros fármacos

En los casos donde la persona ya recibe otros tratamientos farmacológicos se deberá tener en cuenta la posible interacción con los fármacos a administrar en la terapia hormonal.

En Uruguay la prevalencia de infección por VIH en personas trans femeninas es mayor que en población general. Las intervenciones más importantes en este sentido son la detección precoz, la retención en cuidados y la administración de fármacos antirretrovirales.

El VIH y su tratamiento no son contraindicaciones para la terapia hormonal. Algunos autores plantean que el suministro de hormonas, en el contexto de la atención de HIV mejora el compromiso y la adhesión al tratamiento (Sevelius et al., 2014)¹⁴.

Es de especial importancia el chequeo de interacciones farmacológicas entre antirretrovirales y hormonoterapia dado que puede disminuir o aumentar los niveles plasmáticos de ambas drogas con el consiguiente fallo de la terapéutica. Los grupos farmacológicos que son recomendados para evitar interacciones son: Tenofovir, lamivudina, Zidovudina, Dolutegravir, Raltegravir (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2016)¹⁵, (Radix et al., 2016)¹⁶

El sitio web <http://www.hiv-druginteractions.org/>¹⁷ permite revisar la interacción entre los ARV y los fármacos más utilizados, incluyendo la hormonización cruzada.

Se sugiere seguimiento conjunto con infectología o especialista que haga el seguimiento a esa persona para control del VIH siendo el objetivo más importante mantener la carga viral indetectable.

Hormonoterapia en la adolescencia

Es criterio para iniciar el tratamiento tener el grado de madurez necesario para la toma de decisiones de forma válida. Rigen aquí los mismos criterios que para las demás consultas médicas y de salud sexual y reproductiva. La madurez, en caso de adolescentes, es valorada por el médico/a de referencia de ese/a adolescente. Como establece la normativa se propenderá que las decisiones se adopten en concurrencia con sus familiares o referentes responsables, debiendo respetarse la autonomía progresiva de las y los adolescentes.

Los y las adolescentes deben tratarse teniendo en cuenta que la identidad de género puede evolucionar en esa etapa (Protocolo de Atención Sanitaria a personas Transexuales, 2009)¹⁸. Cuando los sentimientos de pertenencia a un género que no corresponde al socialmente esperado son intensos y se mantienen en el tiempo, se recomienda el tratamiento para suprimir el desarrollo puberal, pero no antes de los estadios 2-3 de Tanner y antes de la aparición de las características sexuales irreversibles.

Se utilizan análogos de GnRH, que permiten el retroceso de los cambios iniciales o detienen los cambios avanzados. No se han demostrado cambios en la densidad mineral ósea durante el tratamiento con análogos de GnRH. No se recomienda iniciar tratamiento estrogénico/androgénico previo a los 16 años. Al iniciarlo los incrementos serán graduales y el mismo esquema de individuos hipogonadales.

Referencias Bibliográficas

1. Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H.A., Gooren, L.J., Meyer, W.J. 3rd, Spack, N.P., Tangpricha, V., Montori, V. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. 94: 3132-3154
2. Gooren, L.J. (2016). The endocrinology of sexual behaviour and gender identity, at *Endocrinology: Adult and Pediatric* Capítulo 124, 2163-2176.
3. Giltay, E.J., Gooren, L.J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. 85(8): 2913-2921.
4. Alonso, C. (2014). Tratamiento Hormonal Cruzado en Pautas de atención en Salud y Sexual Reproductivo: Capítulo: Hormonización en personas trans. MSP.
5. Gooren, L.J., Giltay, E.J., Bunck, M.C. (2008). Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. 93(1):19-25.
6. Fisher, M. (2015). Endocrine Treatment of Transsexual Male-to-Female Persons in Management of Gender Dysphoria. A multidisciplinary approach. Capítulo 10.
7. Coleman, E. et al. (2012). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH). Disponible en: www.wpath.org.
8. Sherbourne Health Centre. (2009). Guidelines and Protocols for Comprehensive Primary Health Care for Trans Clients. Toronto.
9. Feldman, J., Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146-182.
10. Moreno-Pérez, O., Esteva, I. (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1). 59: p. 367-82.
11. Weinand, J. D., Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, vol. 2, no 2, p. 55-60.
12. Gorton, R., Buth, J., and Spade, D. (2005). Medical Therapy and Health Maintenance for Transgender Men: A Guide For Health Care Providers. Lyon-Martin Women's Health Services. San Francisco, CA.
13. Fabris, B. (2015). The Female to Male Medical Treatment in Management of Gender Dysphoria. A multidisciplinary Approach. Capítulo 26.
14. Sevelius, J.M., Patouhas, E., Keatley, J.G., Johnson, M.O. (2014). Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Ann Behav Med Pub | Soc Behav Med*. Feb;47(1):5-16.
15. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2016). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Disponible en <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. (acceso 29 de agosto de 2016).
16. Radix, A., Sevelius, J., Deutsch, M. (2016). Transgender women, hormonal therapy and HIV treatment: a comprehensive review of the literature and recommendations for best practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19(Suppl 2):20810
17. HIV Druginteractionswebsite. University of Liverpool. DrugInteraction charts. Disponible en: <http://www.hiv-druginteractions.org/> Ultimo acceso 29/09/2016
18. Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales (2009). Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales.

Abordaje

nutricional: valoración
y seguimiento durante
el tratamiento
hormonal

El proceso de atención nutricional se inicia con el análisis de la situación clínica y nutricional de cada individuo, valoración que permite arribar a un diagnóstico nutricional, planificar y ejecutar una intervención acorde, que luego se monitorea y evalúa. Es fundamental que dicho proceso se implemente en forma individualizada, atendiendo la situación particular de cada sujeto.

El abordaje nutricional de las personas trans tiene particularidades, relacionadas con diferentes aspectos psicosociales, dificultades en la valoración antropométrica debido a la modificaciones corporales, y aumento de la prevalencia de algunas patologías que se dan como consecuencia de la hormonoterapia.

Aspectos socioeconómicos y culturales

Estos aspectos cobran mayor relevancia en esta población dada la situación de vulnerabilidad social, económica y cultural a la que se ven expuestos estos usuarios.

Como parte de la valoración nutricional debe indagarse cuidadosamente acerca de los diferentes factores que van a determinar el tratamiento:

- Situación socioeconómica y laboral que va a determinar el acceso a los alimentos.
- Nivel educacional y su relación con el acceso a mejores oportunidades laborales
- Prestaciones sociales que perciban. Actualmente en el Uruguay todas las personas trans sin excepción pueden ser beneficiarias de la Tarjeta Uruguay Social por parte del Ministerio de Desarrollo Social
- Situación familiar y vincular
- Consumo de sustancias psicoactivas

Dificultades en la valoración antropométrica

Debe tenerse en cuenta que en usuarias/os trans en tratamiento hormonal se produce una redistribución de la grasa corporal y aumento o disminución de la masa muscular, lo que lleva a que la valoración nutricional por antropometría debe ser reevaluada en cada una de las consultas. La medición del peso y la talla deben complementarse con otras mediciones que nos permitan discriminar masa grasa y masa muscular como los pliegues, perímetros y circunferencias. Es de suma importancia en estos casos valerse de todos los indicadores antropométricos disponibles para realizar una adecuada valoración antropométrica.

Problemas de salud vinculados a la hormonoterapia

El empleo de hormonas que tienen efectos feminizantes (estrógenos) o masculinizantes (andrógenos) como parte del proceso de transición, requiere una evaluación y acompañamiento médico para su prescripción y posterior monitoreo. Si bien es cierto que el efecto de estas sustancias consigue varios de los cambios deseados, su empleo no está exento de riesgos y de efectos colaterales, que fueron detallados en el anterior apartado.

Es de suma importancia en usuarias y usuarios trans, tener en cuenta los antecedentes personales y familiares de problemas de salud que se puedan presentar como consecuencia de la hormonoterapia, de manera de brindar una alimentación tendiente a la prevención, y de presentarse realizar una intervención oportuna que contribuya a disminuir los riesgos.

Bibliografía consultada

- OPS- OMS. (2013). Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Buenos Aires: OPS- OMS.
- Péchin, J., Aczel, I., Mallo, E., García, D.J. (2015). Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud. Argentina: Ministerio de Salud.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., et al.. (2012). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7ª versión. Estados Unidos de América: Asociación Mundial para la Salud Transgénero.

Abordaje Psicológico

La salud mental (SM) en tanto que derecho humano fundamental debe ser garantizada por el Estado a través de servicios de salud accesibles e integrales en el marco del SNIS. Partimos de un enfoque amplio en el que el abordaje a la SM debe darse de forma transversal, más allá de los campos disciplinares específicos en el entendido de que profesionales de la salud aportan a su promoción y abordaje desde diversidad de prácticas.

El Plan de Prestaciones en SM (PNSM), vigente desde el año 2011 proporciona un marco normativo tendiente a la universalización del acceso a servicios de atención a la SM para todos los sectores sociales en todo el territorio nacional, con carácter obligatorio. La SM como uno de los componentes de la salud integral de las personas, requiere servicios accesibles, basados en la complementariedad, integración y coordinación con el propósito de mejorar la calidad de la atención, en consonancia con un enfoque de derechos humanos y respeto por la diversidad.

Dicho plan coloca el énfasis en la prevención del sufrimiento psíquico y la promoción de la SM a través de acciones tendientes a disminuir la discriminación, la detección oportuna de situaciones de riesgo, el abordaje específico y la atención con foco en la rehabilitación de las personas insertas en su medio. Es así que el abordaje en SM no se restringe a especialidades, promoviendo SM desde distintas disciplinas. Así como tampoco se restringe al abordaje psicoterapéutico existiendo diversidad de intervenciones posibles en SM en el marco de la consulta psicológica y los abordajes psicosociales.

Aludiendo al criterio de abordar las necesidades específicas y las poblaciones definidas como prioritarias destacamos la importancia de considerar a las personas LGBT en tanto se entiende que existe una co-relación entre orientación sexual e identidad de género y exposición a diversas vulnerabilidades como: discriminación, estigma, violencia; en el entendido de que estas variables constituyen, entre otras, determinantes sociales de la salud. *

Es así que el abordaje en SM entiende a las personas LGBT en general y la variabilidad de género en las personas trans en particular desde un abordaje integral que se sustenta en la perspectiva de despatologización. La despatologización es un proceso que da cuenta de la revisión científica de manuales de psicopatología de referencia internacional así como de documentos y principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A través de dicho proceso se retira la categoría de enfermedad a la homosexualidad, dando comienzo a una transformación del enfoque hacia una aceptación de la diversidad, garantista de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. En relación a estos últimos, garantizan la capacidad de las personas de vivir y ejercer plenamente su sexualidad sin discriminación de ningún tipo, son transversales a los derechos humanos fundamentales, y como se dijo en apartados anteriores orientan las políticas y acciones llevadas adelante por el Estado para atender a la salud de la población.

*** Nota**

Actualmente la población LGBT no se encuentra dentro de las definidas como prioritarias por el Plan de Prestaciones.

El sistema de salud asiste y acompaña a las personas en tanto poseen la capacidad de decidir e incidir en su cuerpo, lo cual es fundamental para la atención en SM a las personas de la comunidad LGBT, y en particular a las personas trans, sobre quienes se centra esta guía.

El abordaje de salud mental no implica la existencia de una patología. Los trastornos psicológicos no son causados por la identidad trans, sino que son subsecuentes a la misma. (Swaab, 2007). Desde esta concepción la intervención psicológica se orienta a favorecer una decisión informada y autónoma en relación a posibles cambios. Al tiempo que habilitar la emergencia y acompañamiento de temores, angustias y diferentes expresiones emocionales vinculadas a las vivencias de las personas trans incluyendo estigma y discriminación.

Los objetivos del abordaje psicológico se sustentan en promover la toma de decisiones de forma autónoma e informada en cada uno de los pasos de los escalones de atención en salud integral, así como el abordaje de las afectaciones subjetivas y emocionales que dicho proceso pudiera eventualmente presentar.

Se apunta así a acompañar el proceso personal y subjetivo identificando y potenciando los recursos individuales propios y de su entorno y redes interpersonales. La consulta psicológica debe garantizar la accesibilidad a otras consultas en salud mental o psicoterapia a demanda de las personas.

La intervención psicológica no es aislada sino que se produce en el marco de la atención integral de la persona y se realiza en equipo interdisciplinario, acompañando cada una de las etapas que los usuarios y usuarias deseen transitar.

Este enfoque parte de la premisa de que la identidad de género es definida por cada usuario/a y que, quienes acceden a estos procesos; desde la hominización hasta diversos cambios corporales, son personas sanas que deciden a qué tratamientos someterse y a cuáles no, adhiriendo de esta manera al paradigma de despatologización de la población trans vigente y al respeto por los derechos humanos.

La intervención en y desde la salud mental atraviesa la escalera de abordaje y atención en salud de las personas trans y se conciben desde una perspectiva longitudinal y contextualizada. Durante las consultas psicológicas y de otras especialidades es posible que emerjan expresiones de padecimiento emocional, derivados de la experiencia subjetiva de la orientación sexual o identidad de género y su expresión asociada o no vivencias de estigma y discriminación. Es fundamental que profesionales de la psicología y equipos de salud se capaciten y actualicen respecto a la salud sexual y salud reproductiva, los derechos y la diversidad sexual.

A los efectos del abordaje psicológico y con el propósito de ordenar las nociones, se propone un esquema que incluye tres ejes o dimensiones. Si bien estos aspectos son indivisibles en la vida de las personas, a los efectos de la transmisión se plantean por separado.

Eje individual

Como se mencionó, desde esta concepción la intervención psicológica se orienta a favorecer y acompañar una decisión informada y autónoma en relación a los posibles cambios: físicos, psicológicos y sociales que transitan las personas trans durante diferentes etapas vitales.

Resulta de fundamental importancia relevar y registrar: antecedentes de salud, datos biográficos, aparición y evolución del sentimiento de identidad sexual e identidad de género, orientación y conducta sexual y datos familiares.

Se atiende especialmente a los antecedentes personales y familiares relacionados con la salud mental (trastornos de la personalidad, psicosis, cuadros agudos, IAE, consumo y consumo problemático de sustancias, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, violencia) que vulneren la toma de decisiones con plena autonomía o que incidan sobre la salud general de las personas a futuro.

En un espacio continente y libre de discriminación se indaga y/o habilita la emergencia de afectaciones posibles/esperables: temor, angustia, ambivalencia en relación a la vivencia subjetiva de transitar por el género y de discriminación entre otras; con el objetivo de promover una toma de decisiones informada y consciente en cada una de las instancias que la persona desee transitar: cambio registral, escalera de abordaje, tratamiento hormonal, cirugías de reafirmación de género.

La intervención psicológica acompañará cada una de las etapas que las personas deseen transitar prestando especial atención a:

- Informar y abordar sobre posibles cambios anímicos; cambios de humor reactivos al proceso de hominización. Se promueve que la persona aprenda a identificar recursos internos que posibiliten mejorar sus estrategias de afrontamiento. Se debe monitorear el estado anímico de usuarios y usuarias.
- Los cuadros prevalentes durante el proceso de reafirmación de género son: ansiedad y depresión. Por definición son vividos por las personas como emociones muy desagradables. La ansiedad es una emoción esperable, en tanto reacción adaptativa frente a los cambios que vivencian las personas en este proceso. Se debe evaluar la función que cumple para cada situación particular: adaptativa o patológica. En esta etapa, se pueden entrenar habilidades de control de la ansiedad anticipatoria (en relación a los cambios esperados en el cuerpo) así como el manejo del impacto que van a suponer los cambios en el entorno cercano, y pautas de control emocional en general. En ocasiones se ha observado que el aumento de la testosterona en el inicio de los tratamientos, sumado a factores coadyuvantes potenció la agresividad latente de la persona.
- Abordar los temores e ideales emergentes de las expectativas acerca de los cambios corporales; entre el cuerpo real y el cuerpo fantaseado, esperado, idealizado pueden aparecer conflictos y/o rechazo. En este punto, se aborda la adhesión a los tratamientos hormonales así como las repercusiones y consecuencias anímicas de suspenderlo sin indicación médica. Durante la fase inicial de hominización es fundamentalmente el apoyo psicológico en la ad-

herencia al tratamiento y en la denominada “Experiencia de Vida Real” (Asenjo-Araque, Rodríguez- Molina, García-Romeral, López-Moya y Becerra-Fernández, 2011). Durante esta fase las personas comienzan a adecuar su imagen al género sentido (ropa, depilación, entrenamiento de la voz). En este supuesto se debe trabajar con usuarios y usuarias reduciendo la posible ansiedad que esta fase genera, intentando minimizar su impacto. Es importante abordar los posibles síntomas secundarios del proceso de hominización y sobre la tolerancia a la frustración, en relación a aceptar los tiempos que requieren cada proceso y los ideales personales.

Eje familiar

Las familias en su diversidad se constituyen en un actor que incide en el proceso de expresión del género. De acuerdo a estudios nacionales e internacionales entorno a la temática, el posicionamiento y las acciones que las familias de las personas trans adoptan respecto al proceso de cambio corporal y subjetivo puede ser determinante en su salud integral y en la vivencia afectiva acerca del mismo.

Las modalidades familiares de afrontamiento y acompañamiento del proceso de cambio, pueden suponer factores de riesgo o de protección para la salud integral de las personas, por lo cual resulta de fundamental importancia indagar e integrar esta dimensión en el abordaje en salud mental independientemente del ciclo vital. Para ello se sugiere relevar:

- La **estructura familiar**: composición, etapa y ciclo vital, estilos de comunicación. El objetivo será comprender a la persona en su contexto inmediato familiar, desde su singularidad.
- **Fortalezas y debilidades** del sistema familiar en relación al proceso personal de la persona que consulta. El objetivo es visualizar con qué recursos y redes de sostén cuenta en el marco del proceso que se inicia.
- Ofrecer **acompañamiento** a la persona consultante **para la comunicación familiar** al inicio del proceso, o en cualquier circunstancia que se entienda pertinente. Durante el proceso de transición, las familias pueden presentar una variedad de respuestas las que no necesariamente se acoplan a los tiempos y necesidades de la persona consultante, por tanto es de especial relevancia anticipar los distintos escenarios así como su impacto consecuente.

Las familias y sus particulares modos de acompañar y vivenciar el proceso de transición y afirmación del género de las personas trans, son fundamentales para garantizar el acceso al pleno ejercicio de los derechos sexuales y la libre expresión de la sexualidad.

Eje social

En el área de lo social, y tal como se viene señalando a lo largo del capítulo, encontramos fuertes condicionantes de vulneración para la población trans. Estigma y discriminación son experiencias de fuerte impacto emocional a las que se encuentran expuestas las personas LGBT tanto en la esfera familiar, laboral, educativa, sanitaria, entre otras. Por ello el abordaje de los aspectos psicosociales y el relevamiento de indicadores de protección y/o vulneración resultan de fundamental importancia para la consulta psicológica de las personas trans. En este punto se procura atender a los siguientes aspectos:

- Redes interpersonales y sociales: entornos afectivos, afiliación y pertenencia a instituciones y/u organizaciones, grupos de pares y actividades sociales compartidas.
- Afiliación y efectivo acceso al sistema educativo formal y no formal.
- Sustancial incorporación al sistema de salud desde el goce de los derechos sexuales y reproductivos y el respeto a su identidad sexual.
- Inclusión en el mundo laboral.
- Ejercicio pleno de la ciudadanía en el marco legal vigente.

Durante el proceso de transición física y estética que acompaña la hormonización, se pueden producir manifestaciones diversas en los entornos afectivos de las personas. Así expresiones de aceptación, acompañamiento o rechazo, aislamiento y hostigamiento entre otras variantes afectan el proceso personal de modos singulares y únicos para cada persona.

Lo social atraviesa a las personas y convoca un desafío afectivo y vincular de transición por el género (en sus dimensiones de identidad, estética y corporal) que implica nuevos aprendizajes que es indispensable abordar desde la especificidad de la tarea psicológica y son inseparables de la condición de seres integrales y sociales.

La consulta psicológica se constituye así en un poderoso instrumento para el sostén y acompañamiento del proceso de hormonización y transición por el género desde una perspectiva de la promoción de salud, concretando el derecho a una atención respetuosa y garantista de los derechos humanos y el respeto a la diversidad.

Bibliografía consultada

- De Barbieri, T. (1995). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. Estudios de Derechos Humanos IV. San José: Ed. IIDH.
- López, P., Forrisi, F., y Gelpi, G. (comp.). Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud. Uruguay: Imprenta Rojo S.R.L.
- Generelo, J. (Coord.) (2012). Acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB. Madrid: FELGTB – COGAM.
- Becerra-Fernández, A. (2003). Transexualidad: la búsqueda de una identidad. Madrid: Díaz de Santos.
- Aranque, N. A., Barreiro, L.P., Molina, J.M.R., & Lucio, M.J. (2013). Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica Transexualidad: Evaluation and Psychological Intervention. Clínica, 4(2), 161-170. Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España
- Programa Nacional de Salud Mental. (2011). Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
- Swaab, D.F. (2007). Sexual differentiation of the brain and behavior. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 21(3), 431-444



PRESIDENCIA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



f Ministerio de Salud – Uruguay
t @MSPUruguay
www.msp.gub.uy