

Protocolo integral de atención sanitaria de personas trans* en las Islas Baleares



Protocolo integral de atención sanitaria a personas trans* en las Islas Baleares

Autoría

- Maria Caimari Jaume, pediatra. Hospital Universitario Son Espases
- Lena Castells Torrens, jefa del Servicio de Coordinación y Atención a la Diversidad Sexual y de Género de la Dirección General de Coordinación. Consejería de Presidencia
- Iñigo Cerdà Dezcallar, cirujano plástico. Hospital Universitario Son Espases
- Jaime Estrada Cuxart, jefe del Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Son Espases
- José Oriol Lafau Marchena, coordinador autonómico de Salud Mental. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Cristina Patricia Mulet Martínez, ginecóloga. Hospital Universitario Son Espases
- Pedro Pizà Reus, jefe del Servicio de Urología. Hospital Universitario Son Espases
- Fernando Rivera Fernández, psicólogo clínico de la Consulta de Identidad de Género. Hospital Universitario Son Espases
- Raquel Segovia Orti, pediatra. Hospital Universitario Son Espases
- Guillermo Serra Soler, endocrinólogo. Hospital Universitario Son Espases
- Santiago Tofe Povedano, endocrinólogo. Hospital Universitario Son Espases
- Vicente Pereg Macazaga, jefe del Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Son Espases
- Carlos Javier Villafáfila Gomila, subdirector de Cuidados Asistenciales y Atención al Usuario. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Revisión

- Vicent Bataller i Perelló, médico y profesor universitario de sexología. Universidad de Sevilla, Centro Universitario de Mérida y Universidad de Almería
- Aina Caldentey Ribera, responsable de enfermería del Centro de Salud Escola Graduada (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Colectivo Trans Balears
- Comisión de Salud del Consejo de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales e Intersexuales de las Islas Baleares (Consejo de LGTBI), integrado por las entidades siguientes:
 - Partit Socialista de les Illes Balears (PSIB-PSOE)
 - Chrysallis Illes Balears
 - Comisiones Obreras (CCOO)
 - MÉS per Mallorca
 - Ben Amics, Associació d'LGTBI de les Illes Balears
 - Virginia Vallejo Figuración, vocal experta
 - Fernando Rivera Fernández, vocal experto
 - Consejería de Salud. Gobierno de las Islas Baleares
 - Podem Illes Balears
 - La Llave del Armario
- Olga Huguet Rodríguez, pediatra del Centro de Salud Nuredduna (Artà). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Susana Munuera Arjona. Médica de la Oficina de Calidad. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Oficina de Defensa de los Derechos del Menor (ODDM). Consejería de Servicios Sociales y Cooperación
- Joan Pizà i Oliver, jefe del Departamento de Comunicación, Publicidad e Innovación Tecnológica de la Información. Consejería de Presidencia
- Carmen Sánchez-Contador Escudero, médica de la Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud
- Silvia Vega García, presidenta del Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Mallorca (COMETA)

Agradecimientos

- Rosario Sánchez Grau, delegada del Gobierno de España
- Juli Fuster Culebras, director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Joan Ignasi Morey i Marquès, director general de Coordinación. Consejería de Presidencia
- Maria Ramos Montserrat, directora general de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud

Traducción y maquetación

Bartomeu Riera Rodríguez. Técnico en asesoramiento lingüístico de los Servicios Centrales. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Edición

Servicio de Salud de las Islas Baleares. Marzo de 2019

ISBN

978-84-09-10212-9

Como citar este documento

CAIMARI JAUME, Maria; CASTELLS TORRENS, Lena; CERDÀ DEZCALLAR, Iñigo [et al.]. *Protocolo integral de atención sanitaria a personas trans* en las Islas Baleares*. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares, 2019.

Índice de contenidos

Introducción.....	9
Justificación.....	10
Objetivos.....	11
Modelo de atención sanitaria.....	12
Circuito de atención sanitaria a las personas trans*.....	14
Atención primaria de salud.....	15
Atención endocrinológica.....	16
Atención para cirugía genital y mamaria.....	21
Atención ginecológica y urológica.....	22
Atención en la Consulta de Identidad de Género.....	23
Seguimiento y evaluación del protocolo.....	26
Glosario.....	27
Bibliografía.....	28
Anexo 1. Signos comunes ante situaciones de realidad trans* en la infancia.....	31
Anexo 2. Consentimiento informado.....	33
Anexo 3. Autorización y revocación para muestras biológicas y/o imágenes para investigación científica o docencia.....	34
Anexo 4. Rechazo de la intervención.....	36
Anexo 5. Normativa relacionada.....	37

Introducción

La *identidad de género* es la libre expresión de la diversidad humana. Se entiende que todas las personas tienen derecho a definir la identidad propia y a expresarla en relación con sus necesidades. Es un derecho que no puede cuestionarse.

La expresión diversa de las características de género, incluyendo las identidades que no están asociadas al sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano común y multicultural, que no debe considerarse patológico. El sistema público de salud ha de respetar las posibles identidades o expresiones de género y no juzgarlas, y también ha de respetar el ritmo de cada proceso y el itinerario que cada persona decida recorrer.

Por lo tanto, los procesos trans*identitarios se reconocen como una manifestación de la diversidad que ahora quiere ponerse de relieve, con plena conciencia de que cada proceso es único y singular.

En este protocolo se ha utilizado el término *personas trans** como un concepto paraguas que permite reflejar la realidad diversa de personas que se autodefinen, o no, como personas transexuales, transgénero, trans, no binarias, de género fluido, de género neutro o de cualquier otra identidad social emergente. Lo que el asterisco pretende señalar es la heterogeneidad a la hora de concebir el cuerpo, la identidad y las vivencias, que va más allá de las normas sociales impuestas.¹

En los últimos años se han producido cambios y avances importantes en el marco legislativo en relación con la identidad de género y su categorización en el ámbito de la salud. En las Islas Baleares está vigente desde 2016 la Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gais, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar el LGTBI-fobia, además de otras normas relacionadas, tanto de ámbito autonómico como estatal [véase el anexo 5].

Hay que ser conscientes de que vivimos en una sociedad marcada por una estructura social binaria respecto al género, que concibe las identidades en dos únicas categorías exclusivas y excluyentes (hombre y mujer). En las personas trans*, puede existir disonancia entre el sexo atribuido al nacer y el género expresado y sentido como propio, y pueden producirse altos niveles de estigmatización, discriminación y victimización, que generan en la persona una visión negativa de sí misma, posiblemente acompañada de abandono escolar o laboral, además de comorbilidad clínica y disfunción social y familiar.

Por ello es necesario elaborar un protocolo que sirva de guía para ofrecer de forma ordenada y sistemática una atención integral, personalizada y respetuosa con la autodeterminación de género a las personas usuarias que voluntariamente se acerquen a los servicios públicos de salud de las Islas Baleares.

¹ PLATERO, Lucas. *Trans*sexualidades, acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2014.

Justificación

En general, el binarismo de género sesga la percepción de las diferentes identidades y expresiones de género porque establece dos géneros exclusivos y excluyentes, dicotómicos, complementarios y jerarquizados entre sí. Por ello los comportamientos y las expresiones contrarias a lo que se espera pueden generar —mayormente entre la población infantil y adolescente— sentimientos internos de confusión y de malestar a la hora de afrontar la identificación del género que se siente como propio.

Así pues, determinadas personas pueden entrar en conflicto con las expectativas creadas socialmente a raíz de la asignación al nacer y pueden ser objeto de discriminación, ya que sus comportamientos son tratados como *no normativos*. Esta situación, obviamente, puede generarles sufrimiento.

La Administración sanitaria considera que todas las personas deben sentirse seguras e incluidas socialmente, lo cual implica que tienen que poder expresarse y relacionarse con la identidad de género que sientan como propia, independientemente de los datos registrales que consten sobre ellas. Así pues, se ha considerado necesario elaborar este protocolo con la finalidad de facilitar los tratamientos sanitarios a las personas que tengan la voluntad de iniciarlos y también de dar a conocer otros factores de intervención social.

Las personas usuarias en los procesos en que hay que aplicar este protocolo son personas no cissexuales, indistintamente de cuál sea su autopercepción o autodefinición.

La prevalencia de la transexualidad varía según los diferentes estudios consultados:

- Van Kesteren *et al.* (1996) estima la prevalencia en 1:11.900 hombres y 1:30.400 mujeres.
- En España, según diversos estudios, varía entre 1:9.685 y 1:21.031 en mujeres transexuales (MT) y 1:15.456-48.096 en hombres transexuales (HT). La prevalencia en Andalucía en la población española de 14 a 64 años es d'1:9.685 hombres y 1d':15.456 mujeres. El coeficiente MT/HT se sitúa en 3:1 y 4:1, y varía ligeramente entre las diferentes comunidades autónomas.
- Un metanálisis² publicado en 2015 sitúa en 4,6 por cada 100.000 personas la prevalencia de la transexualidad, y da cifras de 6,8 mujeres trans* por cada 100.000 personas y de 2,6 hombres trans* por cada 100.000 personas. El mismo estudio indica que las cifras han aumentado a lo largo de los últimos cincuenta años.

Las Islas Baleares tenían en 2017 una población de 1.115.999 habitantes, 554.925 de los cuales eran hombres y 561.074, mujeres. Según el Instituto de Estadística de las Islas Baleares (IBESTAT),³ la población menor de 15 años era el 15,48 % del total (hombres, 16 %; mujeres, 14,97 %) y la población mayor de 65 años era el 15,33 % (hombres, 13,62 %; mujeres, 17,02 %). Con estas cifras, la población actual de 15 a 64 años de las Islas Baleares se estima en 772.100 habitantes, 390.528 de los cuales son hombres y 381.572, mujeres.

² Arcelus J, Bouman WP, Van den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernández Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 2015 Sep;30(6):807-15.

³ Fuente: IBESTAT. Disponible en <ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/5cce5e9d-3601-4186-a284-3ab9f3bb791a/01686683-4bc4-42b9-85d9-434562a108b2/es/pad_res01_17.px> [Consulta: 18 feb 2019].

De esta forma, según la prevalencia estimada de transexualidad para la población de 15 a 64 años, se estima que en las Islas Baleares existe una prevalencia de al menos 41 mujeres* y 25 hombres* en este grupo de población, sin contar la población menor de 15 años, grupo de edad de especial consideración, sobre todo teniendo en cuenta que uno de los objetivos principales de este protocolo es dar cobertura a las demandas que puedan producirse en las edades más tempranas.

Por lo tanto, la necesidad de este documento queda justificada por los datos de prevalencia estimada de la transexualidad en las Islas Baleares, sin contar los casos entre la población menor de 15 años y mayor de 64 años ni otras situaciones que pueden llegar a ser atendidas en relación con realidades trans* en poblaciones más tempranas.

Objetivos

Objetivo general

Garantizar la equidad y la calidad de la atención sanitaria integral a las personas trans* y a sus familias en el momento en que la soliciten.

Objetivos específicos

- Establecer el proceso de atención sanitaria a las personas trans* desde que tienen contacto con el sistema sanitario, con pautas y recomendaciones para los diferentes ámbitos asistenciales.
- Facilitar a cada profesional sanitario las herramientas necesarias para prestar una atención sanitaria segura y de calidad a las personas trans*.
- Formar y sensibilizar a los profesionales que trabajen en el ámbito sanitario sobre la realidad y las necesidades de las personas trans*.
- Acompañar a las personas trans* y a las personas de su entorno en el ámbito sanitario respecto a las necesidades y las decisiones sobre su identidad de género.
- Elaborar los informes preceptivos para facilitar el cambio de nombre y de género en los documentos de identidad y en el resto de documentación oficial.
- Trabajar de forma coordinada con las diferentes instituciones y entidades implicadas en la realidad trans*.

Modelo de atención sanitaria

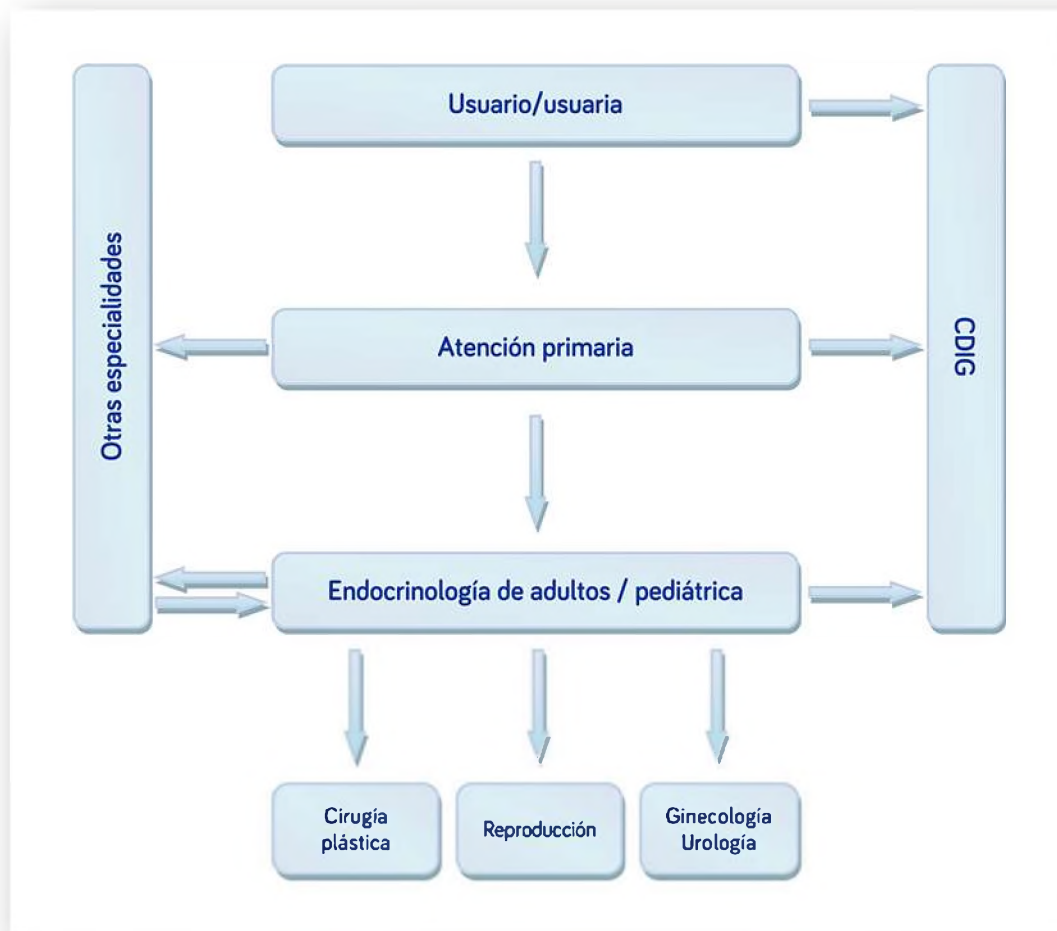
El modelo de atención sanitaria a las personas trans* de las Islas Baleares se fundamenta en un modelo transpositivo y biopsicosocial, que tiene en cuenta las necesidades clínicas, psicológicas y sociales de la persona a lo largo de su proceso. Este modelo se basa en las consideraciones siguientes:

- Las decisiones que va tomando cada persona son un proceso de colaboración entre profesional y persona trans*, centrado en las necesidades y las expectativas de la persona y siempre siguiendo los criterios éticos del principio de autonomía del paciente o de la paciente.
- La función de cada profesional sanitario es ofrecer información objetiva y suficiente sobre las diferentes posibilidades en cada fase del proceso, con el objetivo de que cada persona pueda tomar decisiones libremente y bien informada.
- Las personas menores de edad tienen que ver atendidas sus necesidades, aunque necesitan el consentimiento de sus padres, madres o tutores o tutoras legales. El consentimiento debe solicitarse siguiendo los preceptos que establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, teniendo en cuenta los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación recogidos en el artículo 9 (apartados 3-7), y también en el resto de normativa relacionada con menores de edad que afecte a la materia objeto de este protocolo [véase el anexo 5].
- En caso de negación, oposición o desacuerdo de los padres, madres o tutores o tutoras legales, hay que ofrecer la posibilidad de mediación, con el objetivo de llegar a acuerdos válidos y haciendo prevalecer siempre el interés superior del menor o de la menor respecto a su identidad, con intervención judicial si es necesario. Para acceder a la solicitud de mediación hay que atenerse a lo que dispone la Ley 14/2010, de 9 de diciembre, de mediación familiar de las Islas Baleares, en la que se definen las materias susceptibles de mediación familiar; concretamente, el artículo 4.3.g establece que lo son «todos los conflictos entre los progenitores y sus hijos e hijas y otros familiares, siempre que se trate de materias disponibles por las partes de acuerdo con el derecho de familia y susceptibles de ser planteadas judicialmente».
- Una parte importante de las personas trans* necesitará atención endocrinológica destinada a adaptar el cuerpo al género que sienten.
- Los profesionales sanitarios que acompañan a las personas trans* en este proceso pueden solicitar las intervenciones y las pruebas complementarias que consideren oportunas con el fin de fundamentar las alternativas de tratamiento que ofrezcan.
- La atención sanitaria a personas trans* tiene que llevarse a cabo en las unidades o en los centros asistenciales de área, sin perjuicio de que cada profesional pueda derivar a la persona al centro de referencia como mejor opción terapéutica o a demanda de la propia persona.
- El centro de referencia en las Islas Baleares es el Hospital Universitario Son Espases. Las personas trans* que lo quieran pueden ser derivadas en este centro en el contexto de la toma de decisiones compartida.
- La Consulta de Identidad de Género (CDIG) tiene que hacer un acompañamiento individual, familiar o grupal a las personas trans* que lo pidan.
- Una parte de las personas trans* necesitará acompañamiento en la búsqueda de recursos sociales. Los recursos sociales son los disponibles en las áreas de atención primaria o en los municipios donde resida cada persona, y también los que proporcionen las diferentes administraciones (Gobierno de las Islas Baleares, consejos insulares, etc.).

Para facilitar a cada profesional que atiende la salud de las personas trans* el desarrollo de una actitud trans* positiva, debe recibir formación sobre los aspectos que se indican a continuación, cuyos contenidos hay que actualizar anualmente:

- El sistema de género binario debe entenderse como una reducción de la variedad real de géneros existentes, que tiene repercusión en la invisibilización de la expresión de géneros diversos. No existe una forma única de ser trans*.
- Todas las personas que se alejan del género asignado al nacer son personas trans*, independientemente del hecho de necesitar o no el tránsito social en la identidad propia, el acompañamiento psicológico, el uso de preparados hormonales o procedimientos quirúrgicos.
- La expresión de género es diversa y única de cada persona; por lo tanto, no puede someterse a ningún tipo de diagnóstico, ya que la diversidad de género no es ninguna patología mental.
- La orientación sexual y la identidad de género son conceptos independientes, y por ello no deben confundirse.
- El respeto ha de marcar el trato con cada persona en relación con el proceso de autoidentificación, de autoaceptación y de expresión de la identidad de género. Por ello hay que usar el nombre y el pronombre con los que se identifica esa persona en el momento de atenderla.
- El hecho de vivir en una sociedad binaria y transfóbica condiciona que muchas personas con identidades de género diversas puedan mostrar dudas, miedos, sufrimientos, avances y retrocesos en el proceso de expresión y visibilización social de la identidad de género que sienten.
- Siempre hay que facilitar información sobre las ventajas y las desventajas que pueden surgir en cada una de las decisiones tomadas, tanto en el ámbito clínico como en el proceso de visibilización de la identidad sentida, en el entorno afectivo más próximo, en el mundo educativo o laboral y, en general, en el entorno social.

Circuito de atención sanitaria a las personas trans*



Atención primaria de salud

La atención primaria constituye el ámbito asistencial más próximo en el torno de las personas y es habitualmente el primer contacto con el sistema de salud. El equipo de profesionales asistenciales de la atención primaria tiene una posición privilegiada en cuanto a la accesibilidad y a la proximidad con las personas usuarias y sus familias.

Las necesidades de salud vinculadas a las situaciones trans* son dinámicas y cambiantes. Por ello, cada profesional de la atención primaria debe estar formado y sensibilizado sobre la atención a estas personas y sus necesidades. En consecuencia, se ha diseñado un plan formativo en todos los centros de atención primaria de las Islas Baleares que incluye la actualización de conceptos, la sensibilización y la información sobre los circuitos y la derivación.

Cada profesional de la atención primaria puede llevar a cabo estas acciones:

- Detectar signos que puedan hacer pensar que se encuentra ante una persona menor trans*.
- Cuando la persona lo pida (o su familia si se trata de un menor o una menor), derivar la atención a otros profesionales de área o del centro de referencia (Servicio de Endocrinología de personas adultas / de pediatría del Hospital Universitario Son Espases).
- Derivar la atención a la CDIG cuando la persona o su familia lo pidan.
- Derivar a las personas usuarias trans* a los correspondientes servicios de ginecología o urología cuando sea necesario o la persona usuaria lo pida.

Es fundamental que el conjunto de profesionales de la atención primaria esté sensibilizado con la realidad trans*. En este sentido, hay que respetar siempre la identidad y el nombre que la persona usuaria siente. Cuando se considere necesario, hay que establecer comunicación con el centro educativo.

Precisamente en el ámbito educativo, el contexto de la Consulta Joven es otra vía de contacto con el sistema sanitario y una oportunidad excelente para establecer una relación terapéutica y de confianza con menores adolescentes. El conjunto de profesionales de la atención primaria debe conocer los recursos sanitarios disponibles para la población adolescente.

Atención endocrinológica

Circuito de derivación de personas usuarias

La persona usuaria puede ser derivada a la atención endocrinológica por el médico o médica de atención primaria o de pediatría correspondiente y también por otras unidades asistenciales que identifiquen a una persona usuaria trans* con necesidades de atención endocrinológica.

Como requisito para cualquier intervención terapéutica, toda persona usuaria trans* debe firmar un consentimiento informado [véase el anexo 2], una copia del cual debe quedar en la historia clínica.

En el caso de personas usuarias peripuberales, se admite el inicio del tratamiento hormonal a partir de las primeras fases de desarrollo de la pubertad. No obstante, es necesario hacer siempre una valoración individualizada de cada persona siguiendo el proceso evolutivo y, dependiendo de sus características y del desarrollo objetivado, hay que decidir junto con la familia y el menor o la menor cuál es el momento idóneo para iniciar el tratamiento hormonal más adecuado. En el inicio del tratamiento, además del consentimiento informado de la persona usuaria, hay que tener la aprobación por escrito de quien sea su progenitor y su progenitora o su tutor o tutora legal, atendiendo el interés superior del menor o de la menor.

Una vez establecida la idoneidad del tratamiento y teniendo en cuenta las circunstancias y el modo de vida de la persona, hay que proponer el momento adecuado para iniciar el tratamiento hormonal, con el fin de buscar el desarrollo de los caracteres secundarios deseados. Inicialmente puede recurrirse a un bloqueo puberal e inducir posteriormente a la persona hacia la pubertad.

Dado que la pubertad es un proceso que se desarrolla durante la edad pediátrica, han de ser preferiblemente pediatras especialistas en endocrinología pediátrica quienes atiendan a las personas en este proceso.

A demanda de la persona usuaria, el Servicio de Endocrinología puede remitirla a la Unidad de Fertilidad para la criopreservación de gametos, siempre que cumpla los criterios de inclusión.

Valoración endocrinológica y tratamiento hormonal

Primera visita al Servicio de Endocrinología

Hay que elaborar una historia clínica detallada que permita:

- Hacer el diagnóstico diferencial de alteraciones endocrinológicas o genéticas que puedan necesitar tratamientos o diagnósticos adicionales (cromosomopatías, síndrome adrenogenital, etc.).
- Valorar el riesgo cardiovascular: peso, talla, tensión arterial, tabaquismo, antecedentes de cardiopatía isquémica familiares y personales.
- Valorar las potenciales contraindicaciones al tratamiento con esteroides sexuales [véase el anexo 1].
- Comprobar si hay antecedentes familiares de cáncer de mama y de próstata, en caso de que haya que utilizar estrógenos.
- Indicar el tratamiento más adecuado dependiendo de la edad, del riesgo de tromboembolismo, del riesgo cardiovascular y de los antecedentes familiares.
- Hacer una exploración física completa, que en el caso de personas usuarias puberales ha de incluir la determinación del estadio madurativo sexual (escala de Tanner).

Asimismo, es necesario hacer una analítica que incluya los parámetros siguientes:

- Hemograma y pruebas de coagulación.
- Bioquímica de la sangre, determinando el perfil renal, hepático y lipídico y el metabolismo hidrogenocarbonato, incluyendo la insulina.
- Serología del VIH y de virus hepatotrópicos / ITS en personas usuarias sexualmente activas.
- Analítica hormonal basal: hormona estimulante del folículo (FSH), hormona luteinizante (LH), prolactina (PRL), testosterona y estradiol.
- Valoración de la edad ósea, a criterio de cada profesional.
- Densitometría ósea si existen factores de riesgo de fracturas por osteoporosis (antecedentes de fractura, antecedentes familiares, tratamiento con glucocorticoides, hipogonadismo prolongado...).

Tratamiento hormonal

El especialista en endocrinología debe evaluar las diferentes opciones de tratamiento en cada caso, dependiendo de la edad, del riesgo cardiovascular y de las características individuales de la persona usuaria.

Pubertad

El primer objetivo del tratamiento de la persona usuaria puberal es la supresión del eje hipotálamo-hipofisario administrando análogos de la gonadoliberina (GnRH). Es recomendable utilizar durante el primer mes 50-100 mg/día del antiandrógeno acetato de ciproterona con el fin de evitar el efecto estimulador inicial.

El momento ideal para iniciar este tratamiento es a partir de la aparición de los primeros signos de desarrollo puberal (botón mamario o aumento del volumen testicular), que suele coincidir con el estadio puberal Tanner II. El tratamiento supresor con análogos de la GnRH debe mantenerse a lo largo del tiempo; en el caso de las niñas, puede sustituirse por antiandrógenos cuando se inicie el tratamiento hormonal; en el caso de los niños, se puede prescindir cuando los índices de testosterona sean suficientemente altos como para mantener una supresión adecuada de los esteroides sexuales endógenos. No obstante, es necesario hacer una evaluación individualizada de cada caso teniendo en cuenta el desarrollo puberal, con el fin de valorar el momento más adecuado para iniciar el tratamiento con análogos de la GnRH.

El segundo objetivo consiste en inducir el desarrollo de los caracteres sexuales correspondientes al género expresado por medio de esteroides sexuales. Este tratamiento tiene que iniciarse dependiendo de las características del desarrollo evolutivo que puedan determinarlo utilizando esteroides sexuales en dosis crecientes siguiendo las indicaciones siguientes:

Inducción puberal en niñas trans*

Hay que utilizar como estrógeno de elección el valerato de estradiol por la vía oral, incrementando la dosis cada 6 meses:

- 5 µg/kg al día
- 10 µg/kg al día
- 15 µg/kg al día
- 20 µg/kg al día

La dosis para personas adultas ha de ser de 2 mg/día de valerato de estradiol (véanse otras opciones en los apartados siguientes).

En situaciones de riesgo (enfermedad tromboembólica, personas fumadoras, enfermedad hepática o diabetes *mellitus*), o por decisión de la persona usuaria, se puede utilizar estradiol por la vía transdérmica.

Inducción puberal en niños trans*:

Hay que utilizar como fármaco de elección, preferiblemente en pediatría, el cipionato de testosterona por la vía intramuscular, incrementando la dosis cada 6 meses:

- 25 mg/m² cada 2 semanas por la vía intramuscular
- 50 mg/m² cada 2 semanas por la vía intramuscular
- 75 mg/m² cada 2 semanas por la vía intramuscular
- 100 mg/m² cada 2 semanas por la vía intramuscular

La dosis para personas adultas tiene que ser de 250 mg cada 4 semanas o, preferentemente, undecanoato de testosterona cada 12 semanas por la vía intramuscular.

La transición al Servicio de Endocrinología de personas adultas debe hacerse alrededor de los 16 años, individualizando el momento idóneo en cada caso.

No obstante, en ambos casos hay que hacer una valoración individualizada de cada persona en el proceso puberal para decidir el momento más adecuado para el tratamiento con esteroides sexuales.

Personas adultas menores de 40 años

Tratamiento para mujeres trans*

Hay que utilizar un estrógeno por la vía oral (estrógeno conjugado), por la vía transdérmica (17^β-estradiol en parches) o por la vía intramuscular (valerato o cipionato de estradiol) para mantener los niveles de estradiol en el plasma equivalentes a los de las mujeres cissexuales premenopáusicas (< 200 pg/ml).

Tabla 1. Dosis recomendadas para mujeres trans* menores de 40 años.

Vía	Fármaco	Dosis
Oral	Valerato de 17 ^β -estradiol	2,0-6,0 mg al día
Transdérmica	Estradiol (parches)	0,1-0,4 mg dos veces por semana
Parenteral	Valerato o cipionato de estradiol	5-20 mg por la vía intramuscular cada 2 semanas 2-10 mg por la vía intramuscular cada semana

El uso de estrógeno conjugado o sintético no permite monitorizar los niveles plasmáticos de estrógeno. Además, los estrógenos de origen sintético (como el etinilestradiol) incrementan el riesgo de sufrir complicaciones tromboembólicas, y por este motivo no deben utilizarse.

En combinación con el estrógeno hay que utilizar un antiandrógeno para bloquear el efecto de la testosterona endógena, hasta que la usuaria sea sometida a orquiectomía, si lo pide. Hay que intentar mantener la concentración de testosterona total en el rango fisiológico de las mujeres cissexuales (< 55 ng/dl).

La terapia más eficaz consiste en el análogo de la GnRH cada 4 semanas por la vía intramuscular. También puede utilizarse el antiandrógeno en dosis de 100 mg/día o la espironolactona en dosis de 50-100 mg/día (hay que tener una precaución especial con los niveles de electrolitos en el plasma, especialmente de potasio) o bien el antagonista del receptor androgénico flutamida en dosis de 250 mg/día (no reduce las concentraciones de testosterona y puede provocar toxicidad hepática).

Tratamiento para hombres trans*

Hay que utilizar un éster de testosterona por la vía intramuscular o testosterona en gel de aplicación dérmica o en parches transdérmicos para mantener unos niveles de testosterona total en el plasma equivalentes a los de los hombres cissexuales no seniles (320-1.000 ng/dl).

Tabla 2. Dosis recomendadas para hombres trans* menores de 40 años.

Vía	Fármaco	Dosis
Parenteral	Enantato o propionato de testosterona	100-200 mg por la vía intramuscular cada 2-4 semanas, 50 % cada semana
	Undecanoato de testosterona	1.000 mg por la vía intramuscular cada 12 semanas
Transdérmica	Gel de testosterona al 1 %	2,5-10 g al día
	Parches de testosterona	2,5-7,5 mg al día

En combinación con el andrógeno hay que utilizar un antiestrógeno para bloquear la menstruación y el efecto biológico de los estrógenos endógenos, hasta que el usuario se someta a una ooforectomía, si lo pide. Hay que intentar mantener la concentración de estradiol en el rango fisiológico de las mujeres cissexuales posmenopáusicas (< 30 pg/ml).

La terapia más eficaz consiste en el análogo de la GnRH cada 4 semanas por la vía intramuscular. También puede utilizarse acetato de medroxiprogesterona depot por la vía parenteral en dosis de 150 mg cada 3 meses.

Personas adultas mayores de 40 años

Como norma general, hay que utilizar dosis más bajas de esteroides sexuales, con el fin de simular el declive fisiológico que ocurre a partir de los 40-50 años.

Tratamientos para mujeres trans*

Se recomienda utilizar preferentemente parches transdérmicos, dada la menor incidencia de efectos secundarios.

Tabla 3. Dosis recomendadas para mujeres trans* mayores de 40 años.

Vía	Fármaco	Dosis
Transdérmica	Parches de estradiol	0,1-0,4 mg dos veces a la semana

Tratamientos para hombres trans*

Dado que el declive hormonal ocurre de forma más tardía y menos pronunciada en los hombres, se puede utilizar la testosterona por la vía parenteral hasta los 55-60 años, teniendo en cuenta que la concentración de testosterona total en el plasma no se mantenga en el rango alto de la normalidad.

A partir de los 55-60 años se puede utilizar el parche o el gel de testosterona, porque es más fácil ajustar su dosis.

Seguimiento y controles a cargo del Servicio de Endocrinología

Durante la fase inicial de tratamiento hormonal se programan visitas cada seis meses, en las que hay que incluir:

- Exploración física completa. Grados de pubertad. Valoración de la edad ósea según el criterio profesional.
- Evaluación del peso y de la tensión arterial.
- Evaluación de la talla en los casos de personas usuarias puberales.
- Evaluación de la respuesta al tratamiento hormonal por medio de la determinación de los niveles de estradiol y de testosterona total, y también de prolactina.
- Evaluación analítica: función renal y hepática, metabolismo hidrocárbónico, lipidograma y hemograma.
- Evaluación del metabolismo óseo: densimetría ósea cada dos años en los casos de riesgo alto de sufrir fracturas; en los casos de riesgo bajo, si no cumplen el tratamiento adecuadamente hay que aplazarla hasta los 60 años.

Una vez alcanzado un tratamiento hormonal estable, a los dos años hay que programar visitas anuales con los mismos objetivos.

En los casos de tratamiento para mujeres trans*

Si no se ha hecho una prostatectomía, hay que evaluar la concentración plasmática del antígeno prostático específico a partir de los 45 años partiendo de criterios individualizados. Asimismo, hay que valorar el riesgo y la inclusión en el programa de detección precoz del cáncer de mama de acuerdo con criterios individualizados.

En los casos de tratamiento para hombres trans*

Si no se ha hecho una histerectomía, estos usuarios deben someterse a una citología para la detección precoz del cáncer de cuello y también a revisiones periódicas de acuerdo con los criterios que se aplican a las mujeres cissexuales.

Los hombres trans* no mastectomizados ya están incluidos en el Programa de detección precoz del cáncer de mama, dado el alcance poblacional.

En los casos en que se haya hecho una mastectomía hay que valorar, según el criterio médico, derivarlos al Programa de detección precoz del cáncer de mama.

Atención para cirugía genital y mamaria

Cirugía mamaria

Hay que hacer mastectomías a los hombres trans*. Las mamoplastias de aumento no deben hacerse en el ámbito de la sanidad pública, a menos que lo indique el criterio clínico. La cirugía mamaria debe hacerse en el centro de referencia a cargo del servicio de cirugía plástica siempre que se cumplan los criterios de elegibilidad y disposición para la cirugía.

Cirugía genital

Dada la gran especialización de este campo, las mujeres trans* que deseen ser sometidas a cirugía genital tienen que ser derivadas a un centro de referencia.

Como el resto de tratamientos ofrecidos a las personas trans*, el tratamiento quirúrgico de cirugía genital debe hacerse siguiendo los protocolos del centro convenido para este tipo de intervención quirúrgica.

Procedimiento

- 1) Valoración inicial: historia clínica completa.
- 2) Valoración de los requisitos y de las contraindicaciones para la intervención.
- 3) Conversación con la persona usuaria sobre el procedimiento y el tiempo del postoperatorio.
- 4) Conversación con la persona usuaria sobre las ventajas, las desventajas y las limitaciones de las diferentes opciones de tratamiento.
- 5) Información sobre los riesgos y las complicaciones de las diferentes técnicas y de los procedimientos.
- 6) Coordinación y diálogo clínico con las personas integrantes del equipo multidisciplinario para la deliberación y la valoración de las opciones de tratamiento quirúrgico.
- 7) Intervenciones quirúrgicas programadas.
- 8) Seguimiento postoperatorio.

De acuerdo con la normativa vigente, en España no pueden hacerse en ningún caso tratamientos quirúrgicos de reconstrucción genital antes de alcanzar la mayoría de edad.

Atención ginecológica y urológica

Los servicios de urología y de ginecología deben atender a las personas trans*, bien a demanda o bien por medio de derivaciones desde otras unidades asistenciales. Ambos servicios pueden remitir a la persona usuaria a la Unidad de Fertilidad para la criopreservación de gametos, a demanda suya y siempre que cumpla los criterios de inclusión.

Servicio de Ginecología

La participación del Servicio de Ginecología en la atención a personas usuarias con reasignación genital consiste en hacer una histerectomía total o una anexectomía bilateral en los casos en que la persona lo pida y no exista ninguna contraindicación. En ningún caso puede plantearse esta intervención como parte de un procedimiento quirúrgico más amplio que afecte al resto del aparato genital.

El Servicio de Ginecología debe hacer las revisiones necesarias tanto a los hombres trans* que se hayan sometido a una histerectomía como los que no lo hayan hecho, y debe incluir a las mujeres trans* que se hayan sometido a una vaginoplastia, adaptando los protocolos vigentes. Solo hay que atender la demanda de cirugía si la persona usuaria la pide.

Servicio de Urología

La participación del Servicio de Urología en la atención a personas usuarias con reasignación genital consiste en hacer una orquidectomía bilateral cuando el Servicio lo considere clínicamente necesario. La finalidad de la intervención es prevenir los riesgos oncológicos de tipo iatrogénico. En ningún caso puede plantearse esta intervención como parte de un procedimiento quirúrgico más amplio que afecte al resto del aparato genital.

El Servicio de Urología debe hacer las revisiones necesarias tanto a las mujeres trans* que se hayan sometido a cirugía genital como a las que no lo hayan hecho, y debe incluir a los hombres trans* que se hayan sometido a una faloplastia, adaptando los protocolos vigentes. Solo hay que atender la demanda de cirugía si la persona usuaria la pide.

Atención en la Consulta de Identidad de Género

Circuito de demanda, derivación y actuación

Derivación: toda persona trans* que acuda a la atención primaria o a la atención especializada (Servicio de Endocrinología pediátrica o de personas adultas) desde un centro educativo —según el protocolo de la Consejería de Educación elaborado a tal efecto—, por recomendación o a demanda propia y con carácter voluntario, si lo desea puede ser derivada a la Consulta de Identidad de Género (CDIG).

Puede concertarse previamente la cita directamente desde el servicio de admisión del centro de salud una vez que la persona haya sido derivada desde la consulta de medicina de familia o de pediatría, o bien directamente contactando con la CDIG de niños y adolescentes o la CDIG de adultos si la derivación se ha hecho mediante otro servicio especializado con un comunicado de interconsulta (Servicio de Endocrinología pediátrica o de personas adultas). Si se ha hecho desde un centro educativo, hay que contactar directamente con la coordinación del dispositivo y aportar un informe de derivación.

La persona usuaria debe ser atendida en una primera visita a demanda para valorar el tipo de solicitud y la necesidad, siguiendo estándares individualizados.

Tareas específicas por desarrollar

Recepción a demanda con cita previa

Procedimientos:

- Acogida.
- Recogida de datos, filiación, motivo de la consulta.
- Si es procedente, recepción de la documentación complementaria aportada.
- Entrevista básica estructurada y evolutiva, de expresión de género y de aspectos de la vida cotidiana. Si se trata de un menor o de una menor, siempre que las circunstancias lo permitan tiene que estar presente su padre o su madre, o bien su tutor o tutora.
- Valoración de la situación educativa, social y familiar de la persona usuaria.
- Si lo pide o si es procedente, valoración de otras necesidades clínicas.

Acompañamiento y seguimiento en la CDIG de niños y adolescentes hasta los 18 años

La intervención de cada profesional, como se ha indicado, debe partir del principio de que la transexualidad, las rupturas o las disonancias con el género asignado no son una patología ni un síntoma de trastorno alguno, y por ello deben tratarse como diferentes posibilidades de desarrollo de la identidad.

En una primera fase, la intervención tiene que ir encaminada a valorar y analizar la demanda de necesidades que formulan la persona usuaria, sus progenitores o quien la represente legalmente.

La segunda fase, según las demandas planteadas, ha de consistir en el acompañamiento y el seguimiento a lo largo del proceso. Si es necesario y lo piden la persona usuaria o sus familiares —especialmente en la primera infancia—, el seguimiento debe hacerse durante el tiempo que sea conveniente según la evolución o dependiendo de las necesidades adaptativas que puedan formularse a lo largo del proceso.

En la primera infancia es cuando menos necesidades de intervención requieren los niños. Quien más suelen requerir esta atención son los familiares, que deben aprender a gestionar la frustración ante sus expectativas.

Una vez centrada la demanda y abordadas las cuestiones básicas, debe hacerse un seguimiento periódico de cada caso y, si hace falta según las características individuales, hay que prestar asistencia a las personas usuarias o a sus familiares dependiendo de las necesidades que surjan. Si se considera conveniente a causa de circunstancias de rechazo o negación o de dificultades de adaptación que se puedan producir en la misma familia, es necesario hacer terapia familiar.

Hay que proporcionar la información que se requiera en cada etapa del proceso y derivar a las unidades o a los servicios asistenciales sanitarios complementarios, que previsiblemente intervendrán según la edad cronológica de la persona usuaria.

El seguimiento es el procedimiento recomendable como etapa previa al inicio del tratamiento con supresores del desarrollo puberal o del tratamiento cruzado, llegado el momento. Si se hace este seguimiento y si lo decide libremente la familia junto con el menor o la menor, a partir de los 9 años hay que facilitar la derivación al Servicio de Endocrinología pediátrica. Si la persona usuaria tiene más edad (a partir de los 16 años), hay que derivarla al Servicio de Endocrinología de personas adultas. En ambos casos, la derivación puede hacerse con el informe pertinente por medio del sistema informático del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

Si lo piden, las personas usuarias pueden continuar en la fase de seguimiento o de apoyo psicoterapéutico dependiendo del desarrollo y de las necesidades de cada etapa del proceso evolutivo de las personas trans*.

Criterios de intervención psicoterapéutica o psicoterapia individual de apoyo a la población infantil y adolescente

El desarrollo de un proceso terapéutico depende de las necesidades individuales que puedan plantearse. No obstante, en el caso de la población infantil y adolescente, el objetivo ha de ser de acompañamiento en el proceso de consolidación de la identidad de género sentida y expresada, centrándose en la ayuda para superar las dificultades que puedan derivarse de este proceso y contribuyendo a aclarar las dudas o los conflictos en las diferentes fases de adaptación de la identidad expresada.

La psicoterapia, aunque no es un requisito obligatorio, está indicada para la población infantil y adolescente que pueda presentar dudas y/o confusión sobre la identidad de género expresada, o para los casos en que el proceso de adaptación, cambio y evolución genere ansiedad y/o dificultades de adaptación en los diferentes ámbitos de exposición.

Seguimiento en la CDIG de adultos de las personas mayores de 18 años

La asistencia en la CDIG de adultos debe prestarse a demanda de la persona interesada. La primera fase de la intervención ha de ir dirigida a valorar el tipo de demanda y las necesidades que pueda manifestar la persona. El acompañamiento y el seguimiento a lo largo del proceso deben hacerse según la evolución y las fases de cada caso.

Son responsabilidad de cada profesional de la CDIG las tareas siguientes:

- Acogida inicial.
- Derivaciones a unidades específicas de atención de referencia o a cualquier especialista del Servicio de Salud que la persona usuaria necesite.
- Acompañamiento y asistencia psicoterapéutica en relación con la identidad —si se detecta la necesidad— o acompañamiento antes, durante y después del proceso de reasignación —igualmente si es necesario.
- Terapia de apoyo familiar, si se considera necesaria o si la persona usuaria formula la demanda.
- Información sobre las posibles intervenciones clínicas y médicas a disposición de las personas trans*, dejando claro que no son obligatorias y que cada persona es libre de escoger su propio proceso.
- Información sobre los posibles recursos sociales disponibles, a demanda de la persona que acude a la consulta.

Criterios de intervención psicoterapéutica, psicoterapia individual, familiar o grupal de apoyo a la población adulta

Como se ha indicado, siguiendo criterios internacionales de los estándares asistenciales de salud de personas trans*, la psicoterapia no está prevista como un requisito, aunque se recomienda. En cualquier caso, depende de las necesidades individuales. Por ello hay que establecer los objetivos y la duración de la intervención dependiendo de dichas necesidades.

El objetivo de la psicoterapia (individual, en pareja, en familia o en grupo) debe centrarse en acompañar a las personas para que identifiquen sus conflictos y obtengan herramientas que les permitan resolverlos o convivir con ellos buscando formas de maximizar el bienestar psicológico, la calidad de vida y la autosatisfacción personal.

La psicoterapia no está pensada para cambiar la identidad de género o que esta sea congruente con el sexo atribuido al nacer, sino para ayudar a explorar problemas o dificultades de expresión de género y aliviar la internalización negativa que se pueda presentar. Asimismo, puede ayudar en el acompañamiento en los procesos identitarios y los conflictos que puedan surgir, tanto si son de carácter endógeno como exógeno.

La psicoterapia también está indicada para las personas candidatas a la cirugía genital que necesiten superar la ansiedad derivada del proceso y también para ayudarlas a adaptarse a la nueva situación. Por ello, si se solicita ha de estar orientada a tratar a la persona de forma global, con el objetivo de hacerla sentir mejor y ayudarla a afrontar otros problemas asociados, en su caso. La finalidad es aclarar o aliviar los conflictos y reducir la transfobia internalizada que se puede presentar como consecuencia de la intervención, siempre buscando el apoyo social y de iguales, mejorando la imagen personal y fomentando la resiliencia.

Informes

Se pueden redactar informes de derivación a otras unidades y, a efectos de tramitación, cuando los requisitos legales preceptivos lo establezcan, a demanda expresa y voluntaria de la persona usuaria o de quien la representa.

Seguimiento y evaluación del protocolo

El Servicio de Salud de las Islas Baleares debe hacer periódicamente un seguimiento de este protocolo con el fin de incorporar las mejoras necesarias. Asimismo, puede incluir los mecanismos de participación que considere convenientes para hacer la evaluación del funcionamiento de los procesos que el protocolo prevé, contando con la participación activa de personas trans* o de colectivos o entidades LGTBI, y también puede presentar un informe a requerimiento de la Comisión de Salud del Consejo de LGTBI de las Islas Baleares.

Glosario

Binarismo de género (o sistema de género binario)

Concepción del género en dos únicas categorías exclusivas y excluyentes (hombre y mujer).

Expresión de género

Presentación externa de una persona por medio de la apariencia, del comportamiento, de la indumentaria, del peinado, de la voz, de las características físicas, etc. La expresión de género está condicionada por las expectativas sociales que las personas tienen sobre cómo deben comportarse los hombres y las mujeres. La expresión de género no ha de ser fija ni coincidir necesariamente con el sexo asignado al nacer o con la identidad de género de la persona.

Identidad de género

Experiencia de género que una persona siente interna e individualmente, que puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer.

LGTBI

Acrónimo que se refiere a personas lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales.

Persona cis (cissexual o cisgénero)

Persona que se identifica con el sexo que le ha sido asignado al nacer.

Persona trans*

Persona con una identidad de género diferente a la que le ha sido asignada al nacer. El asterisco hace referencia a una categoría paraguas que engloba todas las identidades de género no normativas (trans, transexuales, transgénero, no binarias, de género fluido, de género neutro y cualquier otra autodefinición social emergente).

Transfobia

Aversión, odio, miedo, prejuicio o discriminación hacia las personas trans*.

Transfobia internalizada (o interiorizada)

Aversión que pueden llegar a tener las personas trans* hacia sus sentimientos y comportamientos en relación con la identidad de género como consecuencia de haber interiorizado la transfobia que sufren (transfobia social).

Bibliografía

COLEMAN, Eli; BOCKTING, Walter; BOTZER, Marsha [et al.]. *Normas de atención para la salud de personas trans y con disforia de género* [7a versión]. East Dundee, Illinois (EE. UU.): Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero, 2012. Disponible en: <docplayer.es/storage/26/9349965/1552315190/4K7LgKLbui9jqenk1fls2w/9349965.pdf> [Consulta: 8 mar 2019].

CONSEJERÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DE CANARIAS. *Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales*. Santa Cruz de Tenerife, 2012.

Esteva de Antonio I, Asenjo Araque N, Hurtado Murillo F, Fernández Rodríguez M, Vidal Hagemeyer Á, Moreno Pérez Ó, et al. Documento de posicionamiento: disforia de género en la infancia y la adolescencia. *Endocrinología y Nutrición* 2015;62(8): 380-383.

Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008 Jan;93(1):19-25. Disponible en: <academic.oup.com/jcem/article-pdf/93/1/19/9051699/jcem0019.pdf> [Consulta: 8 mar 2019].

Guerrero Fernández J, Barreda Bonis AC, González Casado I. Pros y contras de los tratamientos hormonales desde el punto de vista de la endocrinología pediátrica. *Rev Esp Endocrinol Pediatr.* 2015;6(2):45-51. Disponible en: <www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E17/P1-E17-S737-A326.pdf> [Consulta: 8 mar 2019].

Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3rd, Spack NP, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009 Sep;94(9):3132-54. Disponible en: <academic.oup.com/jcem/article-pdf/94/9/3132/20288091/jcem3132.pdf> [Consulta: 8 mar 2019].

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. "Atención de la transexualidad". En *Criterios acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud, actualizados según los criterios homologados por el Consejo Interterritorial*. Madrid, s/f. Disponible en: <www.mscbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/Fesp/Fesp24.pdf>. [Consulta: 8 mar 2019].

Moreno Pérez Ó, Esteva de Antonio I, Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. *Endocrinol Nutr.* 2012;59(6):367-382. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-S157509221200054X> [Consulta: 8 mar 2019].

PLATERO, Lucas; GÓMEZ CETO, Emilio. *Herramientas para combatir el bullying homofóbico*. Madrid, Talasa Ediciones, 2008.

Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transexuales in The Netherlands. *Arch Sex Behav* 1996;25:589-600.

ANEXOS

Anexo 1. Signos comunes ante situaciones de realidad trans* en la infancia

A continuación se describen las señales que pueden ayudar a detectar situaciones de realidad trans* en la infancia que pueden generar dificultades en el desarrollo personal o psicosocial.

En niños y en niñas

- Que el niño o la niña exprese que el género que siente no se corresponde con el sexo asignado al nacer.
- Que el niño o la niña diga que cuando crezca será mujer u hombre, respectivamente.
- Que el niño o la niña plantee que le gustaría ser niña o niño, respectivamente.
Nota: en algunos casos pueden expresarse los tres aspectos descritos sin que ello implique necesariamente una identidad trans*, sino simplemente una conducta considerada socialmente como no normativa.
- Requerimiento de que le llamen con un nombre que lo identifique o la identifique con el género sentido.
- En personas asignadas como niños, tendencia o preferencia por disfrazarse o llevar ropa femenina.
- En personas asignadas como niñas, preferencia por vestir solo ropa masculina y negativa o resistencia a vestir ropa típicamente femenina.
- Preferencias persistentes por desempeñar el rol del género sentido, y también proyectarse en el juego simbólico y en los juegos de rol con el género sentido.
- En ambos casos, preferencia por los juguetes, los juegos o las actividades que las personas cissexuales habitualmente no usan o practican.
- En personas a quienes se ha asignado el sexo masculino al nacer, tendencia a rechazar los juguetes, los juegos y las actividades típicamente masculinos y a evitar los juegos que impliquen o generen reacciones bruscas.
- En personas a quienes se ha asignado el sexo femenino al nacer, tendencia a rechazar los juguetes, los juegos y las actividades típicamente femeninos y a participar en actividades y juegos socialmente atribuidos a niños.
- En ambos casos, marcada preferencia por compañeros o compañeras de juego del género expresado.
- En ambos casos, manifestaciones de disconformidad o disgusto por la anatomía sexual que les es propia y atribuida, y también deseo de tener caracteres sexuales —tanto primarios como secundarios— correspondientes al género que refieren ser.

Todo ello puede ir asociado a un importante malestar, que en el niño y en la niña suele generar irritabilidad, alteración del estado de ánimo, aislamiento, negativa de ir al colegio y deterioro social, y puede afectar a otras áreas importantes de la vida cotidiana.

La incongruencia entre el género que se siente o se expresa y el que se ha asignado al nacer ha de ser consistente y prevalecer a lo largo del tiempo; no obstante, es posible que en algunos casos la tendencia no se mantenga y que el menor o la menor adopte el rol del sexo asignado.

A causa de la presión social, algunas personas desisten de expresar el género sentido cuando empiezan a tomar conciencia de la respuesta social o familiar que ello genera, a los 7 u 8 años. A menudo eso se canaliza en timidez y falta de habilidades sociales y desemboca en situaciones más traumáticas en el inicio de la adolescencia. Por ello es necesario proporcionar al menor o a la menor espacios seguros para expresarse y para experimentar durante la primera infancia.

En adolescentes

- Que exprese que el género sentido no se corresponde con el sexo asignado.
- Que diga que en el futuro será o que le gustaría ser de un sexo diferente al asignado al nacer.
- Rechazo de los caracteres sexuales primarios o secundarios desarrollados o previstos en esta etapa evolutiva.
- Fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales primarios o secundarios propios y por impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios propios de la edad cronológica, si todavía no se han desarrollado.
- Fuerte deseo de tener los caracteres sexuales —tanto los primarios como los secundarios— que se identifican con el género que siente como propio; esta tendencia no se objetiva en todos los casos.
- Marcado y persistente deseo de que le traten según el género que refiere.

Anexo 2. Consentimiento informado

No imprima esta imagen para cumplimentar el formulario, ya que está incompleta y solo muestra uno de los cinco documentos de consentimiento informado disponibles.



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Consentimiento informado para el tratamiento hormonal cruzado de mujer trans* adulta

Este documento tiene dos finalidades: la primera, que entienda la información que le daremos sobre la técnica que proponemos; la segunda, que dé su consentimiento.

Cualquier actuación médica supone un riesgo; pero la mayor parte de las veces el riesgo no llega a hacerse realidad, de forma que no hay daños ni efectos secundarios indeseables. Sin embargo, algunas veces no es así. Por ello es importante que conozca los riesgos de la intervención que proponemos.

Aunque firme este documento de consentimiento, ello no le obliga a someterse a la intervención: lo puede retirar (revocar) en cualquier momento. Además, debe saber que no supondrá consecuencia negativa alguna sobre la calidad del resto de la atención recibida. Por eso, antes de decidir si firma o no el consentimiento, debe leer con atención toda la información que viene a continuación. Puede pedir más información o que le aclaramos cualquier duda.

Información sobre la técnica que proponemos

Centro sanitario donde se realizará el procedimiento	CIC
Servicio	Endocrinología
Técnica u operación	
Tratamiento hormonal cruzado.	
¿En qué consiste, cómo se hace y para qué sirve?	
La transexualidad se produce cuando el sexo asignado en el nacimiento no coincide con el género sentido como propio por la persona. El tratamiento que le proponemos consiste en un proceso de feminización de los caracteres sexuales que usted presenta.	
Por una parte, el tratamiento hormonal pretende reducir o eliminar las hormonas sexuales que el cuerpo produce de forma natural; por otra parte, administra hormonas que provocan cambios físicos en los caracteres sexuales secundarios.	
Los efectos del tratamiento son graduales, y diferentes según cada persona. Empiezan a notarse a los 2-4 meses; algunos son irreversibles después de 6-12 meses.	

Anexo 3. Autorización y revocación para muestras biológicas y/o imágenes para investigación científica o docencia

No imprima estas imágenes para cumplimentar los formularios, sino los documentos correspondientes.



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Autorización para obtener muestras biológicas y/o imágenes con finalidades de investigación científica o docencia

Le pedimos autorización para tomar muestras o imágenes de algunas partes de su cuerpo para destinarlas a la investigación científica o a la docencia. Nuestra motivación es que a veces es útil disponer de muestras biológicas, fotografías o vídeos para avanzar en la comprensión y el tratamiento de determinados aspectos relativos a la salud de las personas.

Si nos autoriza a tomar muestras o imágenes, ha de saber que siempre protegeremos su confidencialidad de forma adecuada. Además, le aseguramos que no las utilizaremos con finalidad comercial. Aun así, en cualquier momento puede retirar su autorización, lo cual será efectivo a partir de la fecha en que firme el documento de revocación.

Autorización

AUTORIZO al Servicio de xxxxxxxx xxxxxxxx a tomar muestras biológicas y/o imágenes (fotografías y/o vídeos), según las casillas marcadas, para destinarlas a la investigación y/o la docencia relacionadas con mi proceso.

Muestras biológicas Fotografías Vídeos

En el caso de muestras biológicas, se trata de las siguientes:

- xxxxxxxx
- xxxxxxxx
- xxxxxxxx

Ello supone los riesgos siguientes:

- xxxxxxxx
- xxxxxxxx
- xxxxxxxx

Nombre y apellidos de la persona atendida Nombre y apellidos de quien la representa

.....

[firma] [firma]

..... de de 20.....

¿Se ha entregado a la persona atendida una copia del documento? Sí No



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

**Revocación de la autorización para obtener muestras biológicas
y/o imágenes con finalidades de investigación científica o docencia**

Revocación de la autorización

Firmando este documento REVOCO la autorización que había dado previamente para obtener y utilizar muestras biológicas y/o imágenes destinadas a la investigación científica o a la docencia.

Este documento tiene efecto desde la fecha que consta más abajo.

Nombre y apellidos de la persona atendida Nombre y apellidos de quien la representa

.....

[firma]

[firma]

....., de de 20.....

¿Se ha entregado a la persona atendida una copia del documento? Sí No



Anexo 5. Normativa relacionada

Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas (BOE n.º 65/2007, de 16 de marzo).

Instrucción de 23 de octubre de 2018, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales (BOE n.º 257/2018, de 24 de octubre).

Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia (BOIB n.º 69/2016, de 2 de junio):

Artículo 6. Principios orientadores de la actuación de los poderes públicos

[...]

c) Garantizará el respeto de la pluralidad de identidades por orientación afectiva y sexual, mediante el reconocimiento de la personalidad: toda persona tiene derecho a construirse una autodefinición con respecto a su cuerpo, sexo, género y orientación sexual.

[...]

g) Garantizará un tratamiento adecuado en materia de salud: todas las personas tienen derecho a disfrutar de un alto nivel de protección en materia de salud. Ninguna persona podrá ser obligada a someterse a ningún tratamiento, procedimiento médico o examen psicológico que coarte su libertad de autodeterminación de género. Cualquier profesional de la salud o que preste sus servicios en el área sanitaria tendrá la obligación de proyectar la igualdad de trato a las personas LGTBI.

Artículo 16. Salud

1. El sistema sanitario de las Illes Balears incorporará la perspectiva de género y tendrá en cuenta las necesidades específicas de las personas LGTBI, con el fin de garantizarles el derecho a recibir la atención sanitaria y a disfrutar de los servicios de salud en condiciones objetivas de igualdad.

[...]

3. Las administraciones públicas de las Illes Balears, en las líneas de actuación relativas a la salud y al sistema sanitario:

a) Garantizarán que la política sanitaria sea respetuosa con las personas LGTBI y no trate directa o indirectamente la condición de estas personas, especialmente transexuales, transgéneros e intersexuales, como una patología.

[...]

i) Incorporarán al sistema sanitario la atención integral a personas transexuales e intersexuales, definiendo los criterios de acceso tanto al tratamiento hormonal como a la intervención quirúrgica. Se tendrá en cuenta la voluntad de la persona en la toma de decisiones, siempre que su vida no esté en peligro o sus condiciones de salud no se puedan ver perjudicadas, de acuerdo con la normativa vigente. En cuanto a los y a las menores, se tendrá especialmente en cuenta, además, su derecho al libre desarrollo de la personalidad y su capacidad y madurez para tomar decisiones.

Artículo 22. Personas transexuales. Medidas en el ámbito de la administración

[...]

1.B) Se establecerá un protocolo de atención integral para las personas transexuales, para mejorar la detección temprana de las manifestaciones de transexualidad y la calidad de la asistencia sanitaria que se presta a este colectivo, que respete los principios de libre autodeterminación de género, de no discriminación y de no segregación. [...]

[...]

4. Las personas transexuales se podrán acoger a lo que establece esta ley sin que haga falta ningún diagnóstico de disforia de género ni ningún tratamiento médico.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE n.º 274/2002, de 15 de noviembre).

Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares (BOIB n.º 55/2003, de 22 de abril).

Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código civil y de la Ley de enjuiciamiento civil (BOE n.º 15/1996, de 17 de enero, versión consolidada), modificada por la Ley orgánica 8/2015, de 22 de julio, y por la Ley 26/2015, de 28 de julio, ambas de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

En la nueva redacción dada al artículo 11 de la Ley orgánica 1/1996 por la Ley 26/2015 se dispone que es uno de los principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación con los menores el libre desarrollo de su personalidad conforme a su orientación e identidad sexual.

Ley 14/2010, de 9 de diciembre, de mediación familiar de las Islas Baleares (BOIB n.º 183/2010, de 16 de diciembre).

