

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



TEMA

**ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A UNA PACIENTE TRANSGÉNERO
PARA FEMINIZACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, CENTRO
DE SALUD LOS ÁNGELES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - ECUADOR
EN EL PERÍODO 2020 - 2021. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

AUTORA:

CECILIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

DIRECTORA:

DRA. JACQUELINE CEVALLOS SALAZAR

Quito, Noviembre de 2021

Dedicatoria

A Sirenita

Agradecimientos

A Dios por la vida, la salud y la oportunidad de ser más para servir mejor.

A mis padres por ser mi ancla, mi soporte emocional y económico durante este nuevo reto en mi vida.

A mi esposo José Iván por ser compañía, fortaleza y calidez en todo momento de lo que ha sido esta gran aventura.

A la Dra. Jacqueline Cevallos por su dedicación, motivación y guía en el desarrollo del presente documento.

Tabla de contenido

Abreviaturas	5
Lista de tablas.....	7
Lista de figuras	8
Resumen	9
Abstract.....	11
Introducción	13
Justificación	16
Pregunta de Investigación	18
Objetivos	18
Objetivo General	18
Objetivos específicos	18
Metodología	19
Aspectos bioéticos.....	20
Marco teórico.....	21
Generalidades	21
Historia Transgénero	23
Estadística mundial y local	25
Atención Primaria en Salud y Abordaje de pacientes transgénero.....	26
Medicina familiar y abordaje integral	28
La historia clínica de una paciente trans femenina.....	29
Diagnóstico de disforia de género	31
Procedimientos que afirman el género	32
Tratamiento hormonal	32
Criterios para instaurar la terapia hormonal.	34
Proceso de feminización, de hombre a mujer.....	35
Riesgos de la terapia hormonal feminizante.....	40
Monitoreo Hormonal	43
Intervenciones quirúrgicas	47
Cuidados generales / salud preventiva	48
Cribados	48
Consideraciones especiales.....	50

Descripción del caso	52
Información demográfica	52
Información clínica	52
Información sobre factores de riesgo	53
Aproximación diagnóstica	66
Tratamiento instaurado	69
Seguimiento integral	71
Acontecimientos adversos, limitaciones e imprevistos	71
Análisis y discusión	72
Conclusiones	80
Recomendaciones	82
Referencias	84
Anexos	87

Abreviaturas

ACO	Anticonceptivos orales combinados
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
APS	Atención Primaria en Salud
CDC	Centro para Control y Prevención de Enfermedades
DRAE	Diccionario de la Real Academia Española
DSM-5	Manual diagnóstico de los trastornos mentales quinta versión.
FSH	Hormona folículo estimulante
FtM	Female to male
HaM	Hombre a mujer
HDL	Lipoproteínas de alta densidad, por sus siglas en inglés
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ITS	Infecciones de Transmisión sexual
LDL	Lipoproteínas de baja densidad, por sus siglas en inglés
LH	Hormona luteinizante
LGBTI	Representa “lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales”.
MaH	Mujer a hombre
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
MtF	Male to female
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PRN	Por razones necesarias
SNS	Sistema Nacional de Salud
TEV	Tromboembolismo venoso

TSH	Hormona Tiroestimulante
VIH	Virus de Inmodeficiencia Humana
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

Lista de tablas

Tabla 1	Modificaciones clínicas con terapia hormonal feminizante.....	36
Tabla 2	Esquemas de tratamiento feminizante.....	40
Tabla 3	Efectos adversos asociados a la terapia hormonal feminizante.....	42
Tabla 4	Seguimiento hormonal durante la terapia de feminización.....	46
Tabla 5	Apgar familiar.....	63
Tabla 6	Lista de problemas.....	66

Lista de figuras

Gráfico 1	Mapa Sexual.....	54
Gráfico 2	Familiograma.....	62
Gráfico 3	Ecomapa.....	64

Resumen

La persona transgénero femenina ha nacido hombre pero se siente mujer, por ello cambia su comportamiento y su aspecto físico para estar de acuerdo con la identidad sentida. En la búsqueda de adaptar su cuerpo a la biología femenina precisa de tratamientos hormonales que le conduzcan a la transformación y construcción de esta nueva identidad. Ante este desafío es pertinente que el profesional del primer nivel de atención esté preparado para solventar los requerimientos de salud de este grupo y pueda realizar el acompañamiento oportuno fundamentado en los derechos del ser humano y el principio de autonomía de cada paciente.

A continuación, se presenta el análisis de caso de una paciente de 37 años con diagnóstico de travestismo de rol dual, identificada como mujer trans desde los 15 años de edad, quien desde la infancia presentó insatisfacción con el sexo que nació (hombre) y para reafirmar su femineidad se automedicó estrógenos combinados inyectables con escasos resultados, por lo cual acude al centro de salud en busca de terapia hormonal y seguimiento médico controlado. En ese marco el equipo asumió el rol de acompañamiento y guía con una propuesta de atención integral en el proceso del cambio corporal demandado por la paciente.

El análisis de caso se llevó a efecto desde septiembre de 2020 hasta septiembre de 2021, previo a la aprobación del protocolo de investigación y el debido consentimiento informado firmado por la paciente. Todo el abordaje se respaldó en las normativas internacionales de Atención a Personas Trans y sus actualizaciones vigentes. La experiencia contribuye al análisis del proceso de feminización y su

manejo multidisciplinario guiado por el médico de familia inmerso en el Sistema Nacional de Salud del país.

Palabras clave: Atención integral de salud, Disforia de género, Feminización, Identidad de género, Persona Transgénero, Trans.

Abstract

The female transgender person is born a man but feels like a woman, this is the reason why they change their behavior and their physical appearance to be in accordance with their identity. In the search to adapt his body to female biology, he needs hormonal treatments that lead to the transformation and construction of this new identity. Faced with this challenge, it is important that the first-level care professional be prepared to meet the health requirements of this group and be able to carry out the appropriate monitoring based on the rights of the human being and the principle of autonomy of each patient.

Within this research, the case analysis of a 37-year-old patient with a diagnosis of dual role transvestism is presented, identified as a trans woman from the age of 15, who from childhood presented dissatisfaction with the sex that was born (male) and to reaffirm her femininity, she self-medicated injectable combined estrogens with little results, for which she went to the health center in search of hormonal therapy and controlled medical follow-up. In this framework, the team assumed the role of accompaniment and guide with a proposal for comprehensive care in the process of body change demanded by the patient.

The case analysis was carried out from September 2020 to September 2021, prior to the approval of the research protocol and the corresponding informed consent signed by the patient. The entire approach was supported by the international regulations for Attention to Trans People and their current updates. The experience contributes to the analysis of the feminization process and its multidisciplinary management guided by the family doctor immersed in the National Health System of the country.

Keywords: Comprehensive health care, Gender dysphoria, Feminization, Gender identity, Transgender person, Trans.

Introducción

El sexo de cada individuo se determina desde su nacimiento por las características de sus genitales externos, también se define cromosómicamente, por la anatomía interna y hasta por la neurobiología del cerebro, pero existen personas que tienen una identidad de género no correspondiente con el sexo que nacen, por tanto manifiestan un trastorno de identidad de género conocido como transgénero o “trans” (LGBT Health Education Center, 2016).

La persona transgénero surge como parte de un proceso introspectivo donde su cuerpo no es compatible con su identidad. Muchas veces esta disforia se identifica desde muy temprano en la infancia y describe angustia e infelicidad en individuos de sexo femenino que se identifican como hombres y, en individuos de sexo masculino que se identifican como mujeres (LGBT Health Education Center, 2016).

Las personas “Trans” se identifican dentro de un conglomerado conocido por las siglas LGBTI que representa a lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales; comunidad que cada día toma más fuerza y representatividad en los diferentes ámbitos sociales lo que implica una mayor demanda de la cobertura asistencial, incluso de los servicios relacionados con la salud (DNN - MSP, 2016).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) en Ecuador, “como estrategia de política pública para atender las necesidades de la población LGBTI”, incluye desde hace poco más de 5 años la orientación sexual y la identidad de género de cada individuo en el Registro Diario Automatizado de Atenciones con el fin de “incidir en la reducción de barreras, lo que a su vez permite promover la igualdad de género, la

igualdad de derechos y la equidad social”, con un enfoque integral para dar atención a todos los requerimientos de salud de este grupo (DNN - MSP, 2016).

El “Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ecuador se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones”. La asistencia de servicios de salud con enfoque de género que incluye al conglomerado LGBTI, respeta el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre sexualidad y orientación sexual, lo que aborda terapias hormonales que beneficien el cambio de identidad de género. En este marco se debe procurar el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras. El manejo integral comprende la atención por parte de una red organizada de profesionales que brinde atención racionalizada de acuerdo al grado de complejidad del tratamiento requerido (MAIS - MSP, 2018).

Con referencia al presente análisis de caso, una mujer transgénero es aquella persona que nace biológicamente hombre pero se siente mujer y necesita cambiar su aspecto físico para verse femenina, por esta razón precisa de tratamientos hormonales y/o quirúrgicos para modificar ciertas características sexuales en miras de adaptar su cuerpo a la biología contrapuesta (Hernández, 2019).

Una vez construida la identidad de género diferente al sexo de nacimiento, las personas tienen el derecho a la transformación a base de hormonas, para desarrollar características físicas acorde al género afirmado. Estos medicamentos deben usarse en regímenes seguros y eficaces, tanto en la supresión de hormonas sexuales endógenas como en el mantenimiento de niveles constantes y terapéuticos de hormonas sexuales exógenas (Hembree et al., 2017).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), “el 70,6% de personas trans entrevistadas reporta haber usado hormonas como parte de su transición corporal. Sin embargo, entre quienes han optado por el uso de hormonas, el 80,7% afirma haberlo hecho sin recibir atención ni prescripción médica” (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2017).

Por los antecedentes es pertinente que el profesional del primer nivel domine los problemas comunes de salud de este subgrupo de pacientes y sepa realizar el acompañamiento adecuado tanto a nivel biológico como psicosocial. En función de lo planteado el médico de familia se empodera del manejo integral y acompaña la decisión de la paciente, de la mano del equipo y las diferentes especialidades médicas que se involucran en el camino de este gran cambio.

Justificación

Las personas transgénero han ganado espacio a nivel local e internacional en tema de derechos, como la posibilidad de decidir e identificarse con el género de su elección; desde el activismo lograron la inclusión y cobertura de sus necesidades como la atención sanitaria y han logrado que su condición no sea más tratada como un trastorno mental (Grau, 2017).

El Ecuador no ha sido la excepción a estos avances sociales, así desde el 2016 se reconoce el derecho al cambio de nombre y de género en documentos de identidad, beneficio al cual accedieron 1028 personas desde la aprobación de la ley, hasta julio de 2019, según los reportes del Registro Civil Ecuatoriano.

A pesar de que los ciudadanos transgénero cambiaron su identidad legal, el nombre elegido, el sexo registrado y la fotografía no son compatibles con el género que afirma el documento. Lo anterior conlleva a vulnerabilidad y discriminación; en este sentido la búsqueda del cambio físico es parte de la congruencia con su género decidido (Tangpricha, 2015).

“Los miembros del colectivo LGBTI, tienden a utilizar menos los servicios de salud por temor a encontrarse con un escenario de estigmatización generalizada, desconocimiento sobre las diversidades sexuales y actitudes homofóbicas por parte del sistema de salud”. Según reportes del INEC en el 2013, el 58% de la comunidad LGBTI entrevistada no registraba afiliación al seguro social u otro tipo de seguro de salud, por lo que su atención se realizaba a nivel de instituciones públicas y de esta

población el 92,8% fueron atendidos por médicos de primer nivel (DNN - MSP, 2016).

En este contexto se vuelve fundamental el objetivo de no patologizar el cuidado de salud de las personas Trans, promover y garantizar el acceso a programas de salud y acomodamiento sexual en pro de mejoras en su vida afectiva, social y laboral. De esta manera el médico especialista del primer nivel, puerta de entrada al sistema de salud, constituye el pilar principal de la atención integral y el cuidado de esta población (C. C. Gil-Borrelli et al., 2017).

El presente trabajo describe la atención integral y el acompañamiento a una paciente transgénero en su travesía al cambio físico en el sistema de salud de Ecuador desde el análisis de caso, lo que crea un valioso aporte para la comunidad médica integral en temas de mejora de acceso y atención de salud para esta población. En el país son pocos los casos de solicitud para feminización, visto de esta forma el presente estudio aborda el manejo integral y presenta una revisión bibliográfica de la Atención Primaria en Salud (APS) para grupos LGBTI.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la atención integral y el acompañamiento a una paciente transgénero para feminización en el primer nivel de atención, por el médico familiar del Centro de Salud Los Ángeles de la ciudad de Portoviejo-Ecuador, durante el período 2020-2021?

Objetivos

Objetivo General

Describir la atención integral y el acompañamiento a una paciente transgénero para feminización en el primer nivel de atención, por el médico familiar del Centro de Salud Los Ángeles de la ciudad de Portoviejo-Ecuador, durante el período 2020-2021.

Objetivos específicos

- Describir el proceso de transición de masculino a femenino y su manejo multidisciplinario en el primer nivel de atención.
- Establecer un modelo de seguimiento y abordaje integral a pacientes LGTBI desde el equipo de salud en el primer nivel de atención.
- Exponer la percepción de la paciente transgénero sobre el manejo integral en el margen de la salud pública.
- Revisar la literatura actualizada sobre atención integral en pacientes transgénero, feminización, tratamiento hormonal y normativa legal.

Metodología

El tipo de estudio es Análisis de caso.

Se recolectó la información a través de la historia clínica, referencias, contrareferencias, estudios diagnósticos, tras autorización del Centro de Salud Los Ángeles (ANEXO 1).

Se realizó la revisión de la historia clínica de la paciente en transición de masculino a femenino, una búsqueda exhaustiva de la evidencia actualizada sobre feminización en paciente transgénero y su abordaje integral desde la medicina familiar, para exposición del tema a profundidad junto a un análisis de la percepción de la paciente del caso y se creó una discusión sobre los hallazgos, para exponer conclusiones y recomendaciones.

Aspectos bioéticos

El reporte de este caso se sustentó en la declaración de Helsinki y las guías de buena práctica clínica tanto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se informó y explicó sobre el estudio a la paciente y tras el llenado respectivo se procedió con la firma del consentimiento informado (ANEXO 2). Los datos recolectados han sido tratados con absoluta confidencialidad y resguardo de la información personal de la paciente, así como en todo momento se ha respetado su decisión al participar en el estudio. Se garantizó la protección de la integridad e imagen de la paciente participante en la investigación, sin quebranto de su vida o salud.

Se garantizó la confidencialidad de todos los datos recabados que han sido empleados solo como objetivos de esta investigación. Si los resultados de este estudio se publican o presentan, no se utilizarán los nombres de la paciente, ni códigos de cifrado, ni números de identificación ciudadana.

El presente trabajo no presenta conflictos de interés al no contener fuente externa de financiamiento.

Marco teórico

Generalidades

El término género describe las diversas características socioculturales asignadas tanto a hombres como a mujeres a través de la historia, como ejemplo de esta premisa los hombres usan pantalones, cabello corto y salen a trabajar mientras que las mujeres usan vestidos, cabello largo y se quedan en casa al cuidado de los hijos. Así una persona cuya identidad de género y sexo asignado al nacer coinciden se denomina cisgénero (Coleman, 2012).

“La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos y es el marco de referencia interno erigido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género” (DNN - MSP, 2016).

En este contexto existen personas a las cuales esta identidad no corresponde con su sexo biológico o gonadal asignado al nacer, lo que genera en ellos un cuadro constante de angustia, odio o ansiedad conocido como disforia de género y las acciones realizadas para reafirmarse con el sexo sentido dan origen a las personas trans (APA, 2014).

Esta disforia puede estar relacionada o no con la orientación sexual que es la atracción física, romántica y emocional que se genera hacia una o más personas.

La orientación sexual se reduce al sexo al que una persona se siente atraída. En este sentido las personas que sienten atracción por el sexo contrario se denominan

heterosexuales, “las personas que se sienten atraídas por personas de su mismo sexo se denominan homosexuales, las personas que se sienten atraídas por personas de ambos sexos, bisexuales, y las personas que no experimentan atracción por ningún sexo son asexuales” (Naciones Unidas, 2017).

Debido a la existencia de estas diferencias tanto de género como de orientación sexual, durante varios años se viene formando el movimiento LGBTI, mismo que se forma con la primera letra de cada palabra que incluye tanto a las orientaciones sexuales como a las identidades de género. De esta manera las personas consideradas **Lesbianas** son mujeres que sienten atracción física, emocional y sexual por otras mujeres (DNN - MSP, 2016).

El término **Gays** se utiliza “para identificar a hombres que asumen de manera abierta su atracción física, emocional y sexual por otros hombres”, se deriva del vocablo provenzal *gai* que significa alegre o pícaro y de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) es un varón homosexual. La palabra **Bisexual** acoge a mujeres u hombres que sienten atracción física, emocional y sexual por personas de ambos sexos. El término **Trans** incluye a personas transgénero y transexuales (DNN - MSP, 2016).

La persona **Transgénero** es aquella que toma la decisión de vivir con un género que no corresponde al sexo biológico con el que ha nacido, pero que aún no se ha realizado o no desea una cirugía de reasignación, a diferencia de la **Transexual** que es aquella que se ha sometido a una intervención médico-quirúrgica para adecuar su apariencia física a su realidad psíquica, espiritual y social (Coleman, 2012).

“La persona transgénero femenina es aquella que nace biológicamente con caracteres sexuales masculinos y que construye una identidad de género mediante el comportamiento, el habla y estética de una mujer”. Para fines prácticos dentro del manejo terapéutico pueden ser mencionadas como male to female (MtF) en inglés y como hombre a mujer (HaM) en español respectivamente, “siempre debe aplicarse el sexo asignado al nacer primero y posteriormente el sexo sentido” (C. Gil-Borrelli et al., 2018).

El transgénero masculino es la persona que nace biológicamente con caracteres sexuales femeninos y que construye una identidad de género con comportamiento, lenguaje y estética de un hombre. También pueden ser denominadas female to male (FtM) que corresponde de mujer a hombre (MaH) (C. Gil-Borrelli et al., 2018).

La palabra *Intersexual* se designa a personas que nacen con características biológicas de ambos sexos siendo esta una variación por alteraciones cromosómicas donde por lo general sus genitales externos no corresponden con sus órganos reproductivos internos o con su perfil hormonal, de esta manera” no se ubican dentro del binarismo sexual hombre/mujer” (Ministerio de Salud y desarrollo social de Argentina, 2018).

Historia Transgénero

Existe evidencia de individuos que vivieron al menos alguna parte de sus vidas mostrándose con un género diferente al sexo con el que nacieron, se han encontrado relatos históricos de tribus nativas americanas que datan del siglo XVII que detallan la existencia de personas de un tercer género, donde las describen como personas muy alegres cuyos roles sociales variaban de una tribu a otra a las que denominaban

“Dos-Espíritus”. En la época prehispánica de América Latina también se habrían encontrado indicios de una aceptación abierta hacia personas trans o travestidas en diferentes civilizaciones indígenas, ante lo cual hubo la oposición de los colonizadores europeos y cristianos (Gold, 2018).

En lo que respecta a historia de la medicina existen reportes que desde el año 1949 el médico norteamericano Harry Benjamin de San Francisco California promulgó el uso de la terapia hormonal en el tratamiento de pacientes trans con la premisa que era posible que dichas personas se sintieran mejor con los cambios al sexo deseado, es así que desde 1979 se establecen “protocolos estándares de tratamiento para personas transexuales” propuestos por la "Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin" en honor a él, y dicha asociación a partir del año 2007 se renombra como “Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero” (WPATH) por sus siglas en inglés. Y “su objetivo es promover atención, tratamiento, educación, investigación, defensa y actuación pública basados en las pruebas existentes sobre la salud transgénero” (Rosendale et al., 2018).

Históricamente la población LGBTI “ha enfrentado rechazo por parte de la sociedad mediante actos de transfobia o fobia trans, término que se utiliza para señalar diversas formas de violencia y discriminación dirigidas a individuos o grupos que no encuadran dentro de las expectativas sociales y las normas en relación al género”. De hecho existen “formas institucionalizadas de discriminación, que incluye una cobertura de salud hostil” como ejemplo de esto en la mayoría de los servicios de hospitalización los pacientes “son separados por sexo, y las pacientes trans femeninas son asignadas a la sala de los hombres”, en este sentido los hospitales se

perciben como insensibles o excesivamente discriminatorios (W. & K. J. Bockting, 2011).

En “Ecuador a finales del 2015, la Asamblea Nacional debatió y aprobó el proyecto de Ley Orgánica del Servicio Nacional de Gestión de la Identidad y Datos Civiles, donde cualquier ciudadano/a por única vez en su vida puede sustituir el campo sexo por género sea este femenino o masculino, en la cédula de identidad. Así cualquier persona puede sustituir este campo por una sola vez siempre y cuando lo haga por un género opuesto a su sexo”. (DNN - MSP, 2016)

Estadística mundial y local

Resulta difícil mostrar la prevalencia de la población trans a nivel mundial, dado que es una realidad que continua siendo excusa para discriminación dentro de muchos países y organismos legales. Las cifras de prevalencia reportadas en estudios durante los últimos cuarenta años varían desde 1:11.900 a 1:45.000 para transfemeninas y 1:30.400 a 1:200.000 para transmasculinos (Coleman, 2012).

En base a estudios realizados en países como Japón, España y Alemania se puede anotar que se ha observado que existen dos mujeres transexuales por cada hombre transexual. “En Estados Unidos de Norteamérica se estima que 0,5% de la población se podría definir como transgénero” (LGBT Health Education Center, 2016).

La evidencia publicada sobre la población trans presenta muestras pequeñas y describe gran diversidad en las cifras y resultados. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) 2003, “reportó una prevalencia de 0,005 a 0,014% en hombres adultos y de 0,002 a

0,003% en mujeres adultas. Actualmente las estimaciones reportan prevalencias de 1 en 12.225 habitantes. La incidencia es de 3 por cada 100.000 habitantes mayores de 15 años” (Fonseca et al., 2016).

En Ecuador según el estudio de caso realizado en 2013, el 66% de la población LGBTI se encuentra entre los 20 y 34 años (INEC, 2013).

Atención Primaria en Salud y Abordaje de pacientes transgénero

En el marco de las recomendaciones de la OPS la base de la Atención Primaria de Salud (APS) es: “el fortalecimiento de la equidad social, y el respeto del derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción alguna lo que incluye a los pacientes con trastorno de identidad de género”. De esta manera la APS regenta la obligación de aliviar la disforia de género cuando esta exista y cubrir las necesidades generales de salud de dichos pacientes (Whitlock et al., 2019).

Aunque los pacientes transgénero tienen algunas necesidades sanitarias únicas que requieren atención especial e individualizada, la mayoría de sus necesidades coinciden con las de la población general y pueden ser atendidas dentro del primer nivel. Es así que desde ese punto se debe promover el trato no discriminatorio y procurar que todos los proveedores de salud desde la persona que ingresa datos estadísticos hasta la persona que despacha medicamentos en farmacia estén preparados para evitar experiencias negativas y estigmatizantes para los pacientes transgénero que podrían llevarles a la desvinculación del sistema sanitario (Whitlock et al., 2019).

Para evitar barreras de acceso adicionales, se debe prestar especial atención a la creación de un sistema de salud acogedor e inclusivo para personas transgénero, donde los proveedores y el personal administrativo estén bien educados en las mejores prácticas con respecto al cuidado de este grupo de pacientes. Cada paciente debe abordarse como un individuo sin ideas preconcebidas, sin emitir juicios o comentarios sobre la apariencia (Whitlock et al., 2019).

Los principios de la atención en salud a las personas LGBTI se basan en el respeto a los derechos de los y las usuarias, el respeto a los principios de bioética, asegurando la calidad técnica del servicio con la calidez adecuada y en caso de duda legal o procedimental se debe aplicar en el sentido más favorable a la protección de la o el usuario (DNN - MSP, 2016).

Para ejercer una prestación de servicios adecuada y competente sin discriminar el primer paso es establecer espacios acogedores desde el primer contacto con dichos pacientes. Se debe educar a todo el personal de atención médica y de primera línea sobre los estándares de respeto para los grupos LGBTI los mismos que son.

- Usar lenguaje apropiado al dirigirse o referirse a las o los pacientes, de preferencia preguntar cómo le gustaría ser llamado/a.
- Identificar y desafiar cualquier creencia discriminatoria internalizada sobre lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales y otros.
- Estar familiarizado con importantes problemas de salud LGBTI (p. Ej., Impactos de la homofobia, discriminación, acoso y violencia; salud mental y depresión; abuso de sustancias; sexo seguro; violencia de pareja; infecciones).
- Conocer las indicaciones y los mecanismos para la derivación de personas LGBTI a proveedores capacitados (Whitlock et al., 2019).

Medicina familiar y abordaje integral

Es probable que todos los médicos atiendan pacientes de género diverso indistintamente por alguna patología en general pero a muy pocos les consultarán con el único fin de recibir hormonoterapia para realizar una transición de género, motivo por el cual se vuelve mandatorio que los especialistas del primer nivel conozcan los esquemas terapéuticos actualizados para poder iniciar el tratamiento como parte de un conjunto multidisciplinario. Las mejores prácticas consisten en atención preventiva, inducción de terapia hormonal, monitoreo de los parámetros de salud y atención médica continua y posoperatoria cuando lo amerite (Ettner, 2018).

Las necesidades de atención médica preventiva de las personas transgénero son idénticas a las del resto de la población sin embargo “se debe prestar especial atención al impacto de los regímenes hormonales” en la adecuación física y emocional para adaptarse al nuevo rol dentro de la sociedad. Los proveedores de salud deben contemplar “una visión integral de la salud de las personas transgénero y abordar el impacto de los determinantes sociales” (Whitlock et al., 2019).

Los médicos de familia están en una posición cardinal para iniciar y dirigir la atención especializada y así garantizar que las necesidades de salud de los pacientes transgénero se aborden de forma integral de manera que se afirme su identidad apegados a la normativa mundial vigente y de esta manera precautelar el “derecho que tienen las personas a auto determinarse de acuerdo a su género, para que tanto el diagnóstico como el plan de tratamiento a ser brindado sea el más acertado” (DNN - MSP, 2016).

Es sustancial entender que no es necesario solicitar certificados psicológicos para dar inicio a una readecuación corporal. Cada paciente en su derecho de autonomía puede facilitar su consentimiento por escrito precedente al inicio de las terapias médicas hormonales y/o quirúrgicas (Coleman, 2012).

La historia clínica de una paciente trans femenina

Se requiere una anamnesis detallada y sensible para comprender los innumerables cambios individualizados en el contexto de la administración de hormonas previas y las posibles intervenciones médico quirúrgicas. Durante la entrevista se debe tener en cuenta las posibles experiencias negativas previas dentro del entorno de atención médica, incluida la discriminación y el abuso físico o emocional (LGBT Health Education Center, 2016).

Dentro de la anamnesis se debe investigar factores de riesgo, antecedentes personales de “tratamientos farmacológicos actuales y previos, hábitos tóxicos, especialmente el tabaquismo y antecedentes familiares de trombosis, trombofilia, insuficiencia venosa, patología psiquiátrica que pueda agravarse, enfermedad cerebrovascular, además historia de cánceres hormono-dependientes” (UNFPA, 2016).

En lo que compete al examen físico, éste debe ser relevante para la anatomía presente, independientemente de la presentación de género y sin suposiciones sobre anatomía o identidad (Whitlock et al., 2019).

Se debe utilizar un enfoque de afirmación de género que incluye tratarle por el nombre y los pronombres correctos durante toda la consulta, con el uso de terminología general para las partes del cuerpo o preguntar a los pacientes si tienen

un término preferido para usar. Solo se debe examinar aquellas partes del cuerpo que pertenecen al motivo de la consulta (Behavioral et al., 2015).

Las características sexuales secundarias pueden presentarse en un espectro de desarrollo acorde casi a la adolescencia en pacientes sometidos a terapia hormonal previa, en dependencia de la duración del uso de hormonas y la edad de inicio. Las mujeres transgénero que han usado estrógenos pueden tener un leve o moderado desarrollo de las mamas, redistribución de la grasa femenina, masa muscular reducida, vello corporal adelgazado o ausente, piel más delgada y blanda y testículos que han disminuido de tamaño o se han retraído por completo (Stumbar, 2018).

En el intento por esconder o disimular los genitales masculinos la retracción forzada de los testículos y el pene hacia la región perineal conocido como empaquetamiento, puede provocar hernias u otras complicaciones en el anillo inguinal externo o rotura de la piel en el perineo (Stumbar, 2018).

Los pacientes que se han sometido a cirugías de afirmación de género pueden tener diferentes hallazgos en el examen físico según los procedimientos realizados, se deberá mantener un inventario de órganos para guiar la detección y tratamiento de quejas específicas. En pacientes con cirugía de reasignación la anatomía de una neovagina puede tener una orientación más posterior. Como tal, el uso de un anoscopio puede ser un enfoque más apropiado anatómicamente para un examen visual (Grimstad et al., 2021).

Diagnóstico de disforia de género

Es importante señalar que desde la última versión del DSM-5 “las personas trans y con variabilidad de género no se consideran enfermas, más bien los sentimientos de la disforia de género comprenden una condición que podría ser diagnosticable y para la que existen distintas opciones de tratamiento”. La existencia de un diagnóstico para dicha disforia facilita el acceso a la atención médica y puede orientar hacia nuevas investigaciones sobre tratamientos eficaces (Coleman, 2012).

En este contexto los criterios DSM-5 para adolescentes y adultos se detallan a continuación, donde la presencia de 1 o más indicaría el diagnóstico.

- A.** “Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes.
1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
 2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).
 3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
 4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (APA, 2014).

Existen además diversos cuestionarios que orientan a cuantificar el porcentaje de la disforia de género, pero para fines prácticos y generales los criterios del DSM-5 mantienen su vigencia hasta la publicación de este trabajo.

Procedimientos que afirman el género

Las personas transgénero a menudo pueden buscar cualquiera de una serie de intervenciones de afirmación de género, “incluida la terapia hormonal, la cirugía, la depilación facial, las intervenciones para la modificación del habla y la comunicación y adaptaciones corporales como el encogimiento o taponamiento genital. Todos estos procedimientos han sido definidos como médicamente necesarios” por la WPATH, en lo que respecta al alivio de la disforia de género, aunque se debe considerar que no todas las personas transgénero los requieren o solicitan (Esteva de Antonio et al., 2012).

Tratamiento hormonal

El tratamiento médico para aplacar la disforia de género se incrementa desde finales del siglo 20 cuando “los profesionales de la salud comienzan a brindar asistencia mediante el apoyo a los cambios en las características sexuales primarias y

secundarias a través de terapia hormonal y cirugías, simultáneamente con un cambio en el rol de género” aceptado por la sociedad y por normativas legales que los respaldan en una gran cantidad de países (LGBT Health Education Center, 2016).

“El tratamiento de la disforia de género es individualizado, algunas personas necesitan de hormonas y/o procedimientos quirúrgicos de reasignación, pero a menudo con la ayuda de psicoterapia, algunos pacientes logran integrar sus sentimientos trans en el rol de género que se les asignó al nacer y no sienten la necesidad de feminizar o masculinizar su cuerpo” (Hembree et al., 2017).

La “terapia hormonal de feminización/masculinización es una intervención médica necesaria para muchas personas trans” motivo por el cual ésta “debe ser individualizada basada en las metas de la persona que solicita el servicio, la relación riesgo/beneficio de los medicamentos, la presencia de otras condiciones médicas, y la consideración de cuestiones sociales y económicas” (Moreno-Pérez et al., 2012)

La prescripción de hormonas que afirman el género está dentro del alcance de una gran variedad de proveedores de salud incluidos médicos de atención primaria, ginecólogos, endocrinólogos y enfermeras de práctica avanzada. La mayoría de los medicamentos utilizados en la terapia hormonal de afirmación de género son sustancias de uso común con las que la mayoría de los prescriptores ya están familiarizados debido a su uso en el manejo de la menopausia, la anticoncepción, el hirsutismo, la calvicie de patrón masculino, el prostatismo o el sangrado uterino anormal (Coleman, 2012).

Criterios para instaurar la terapia hormonal.

De acuerdo a la WPATH “la iniciación de la terapia hormonal puede llevarse a cabo después de realizada una evaluación psicosocial y una vez obtenido el consentimiento informado del paciente”. Apoyado en los siguientes criterios.

1. “Disforia de género persistente y bien documentada.
2. Capacidad para tomar una decisión plenamente informada y de consentir el tratamiento.
3. La mayoría de edad según cada país.
4. Si hay importantes problemas de salud física o mental, deben ser bien controlados” (Coleman, 2012).

“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 como un buen estado de ánimo personal, apoyo familiar y del entorno inmediato” (UNFPA, 2016).

Se debe realizar una valoración paraclínica previa orientada a descartar patologías que contraindiquen la hormonoterapia, y como línea de base para el seguimiento, una vez iniciado el tratamiento. Dentro de “los exámenes de laboratorio previos se debe realizar glicemia, hemograma, perfil lipídico, enzimas hepáticas, creatinina LH y FSH, TSH, testosterona total, estrógeno, prolactina, ionograma” (T’Sjoen et al., 2018).

Proceso de feminización, de hombre a mujer

“La terapia hormonal de feminización induce cambios físicos congruentes con la identidad de género de la paciente”, con lo que se espera “crecimiento de las mamas, disminución de la función eréctil, disminución del tamaño testicular, pérdida del vello corporal o facial y aumento de porcentaje de la grasa corporal en comparación con la masa muscular”. Todos estos cambios son progresivos y se observan desde los 3 meses hasta los 2 años de iniciado el tratamiento (Hembree et al., 2017).

Los efectos sexuales y gonadales de la terapia hormonal feminizante incluyen reducción de la función eréctil, cambios en la libido, recuento de espermatozoides y líquido eyaculatorio reducidos o ausentes y tamaño testicular reducido además produce cambios en el funcionamiento emocional y social. El enfoque general de la terapia es combinar un estrógeno con un bloqueador de andrógenos y, en algunos casos, un progestágeno (T’Sjoen et al., 2018).

La tabla a continuación muestra las modificaciones clínicas a través del tiempo con el uso de hormonoterapia, la mayoría de los cambios se empiezan a observar dentro de los 3 primeros meses de tratamiento. No existen datos de modificación de la voz con terapia hormonal, pero se ha reportado que el entrenamiento de la voz puede ser eficaz.

Tabla 1.- Modificaciones clínicas con terapia hormonal feminizante.

Efectos y tiempo esperado para observar cambios físicos en terapia feminizante		
Efecto	Inicio	Máximo efecto
Redistribución de la grasa corporal	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución de la masa muscular/fuerza	3 a 6 meses	1 a 2 años
Mayor suavidad de la piel/disminución de la oleosidad	3 a 6 meses	Desconocido
Disminución de la libido	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Disminución de las erecciones espontáneas	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución del volumen testicular	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución de producción de esperma	Desconocido	> 3 años
Disminución del crecimiento del vello terminal	6 a 12 meses	> 3 años
Cambios en la voz	No	Con foniatría

Modificado de: Guía Argentina de Atención integral de la salud de las personas trans 2018 y Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género WPATH 2012.

Elaborado por: Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez 2021.

Es significativo comunicar a las pacientes sobre los efectos paulatinos de la terapia hormonal para no generar falsas expectativas. “Los resultados de la terapia hormonal dependerán de varios factores que incluyen la edad, las características físicas, la

genética y además puede ocurrir que no sea suficiente para obtener los resultados esperados” (Aduy et al., 2018).

Mecanismo de acción terapia hormonal con Estrógenos

La clase principal de estrógeno que se utiliza para la terapia de feminización es el 17-beta estradiol, una hormona bioidéntica al estradiol producido en el ovario humano.

El enfoque general es similar al reemplazo de estrógenos en estados menopáusicos o agonadales con algunas modificaciones de dosis (Aduy et al., 2018).

El estradiol se administra con mayor frecuencia a mujeres transgénero a través de un parche transdérmico, tableta oral o sublingual o inyección de un éster conjugado como el Valerato de Estradiol o Cipionato de Estradiol. Otras vías de administración del estradiol, como el gel o aerosol transdérmico, están formuladas para el tratamiento de los síntomas vasomotores de la menopausia y aunque son eficaces en algunas mujeres transgénero, en otras, pueden no alcanzar niveles sanguíneos en el rango fisiológico femenino (Tangpricha, 2015).

El Etinilestradiol es un estrógeno sintético que se usa en preparaciones anticonceptivas y se asocia con un mayor riesgo de Tromboembolismo Venoso (TEV). En el tenor de la afirmación de género no se justifica su uso por los riesgos inherentes. Para fines prácticos se ha demostrado mayor seguridad con el Valerato de estradiol a dosis de 2 a 4 mg vía oral por día, o parches de 2 mg con pulsos de 50 a 100 mcg/día 2 veces por semana (Rosendale et al., 2018).

Mecanismo de acción terapia hormonal con Anti andrógenos.

La supresión de la producción de testosterona y el bloqueo de sus efectos contribuye a la minimización de las características sexuales secundarias masculinas, pero hay que considerar que muchas de estas características son permanentes al completar la pubertad y son irreversibles. Los bloqueadores de andrógenos permiten el uso de dosis más bajas de estradiol, en contraste con los niveles suprafisiológicos de estrógeno y los riesgos asociados que se usaban precedentemente (Hembree et al., 2017).

Los anti-andrógenos también se pueden usar solos para reducir la masculinización y en aquellas pacientes que deseen explorar primero con niveles reducidos de testosterona, además en quienes tengan contraindicaciones para la terapia con estrógenos. “Entre los anti-andrógenos comúnmente empleados se incluyen espironolactona, acetato de ciproterona, inhibidores de 5-alfa reductasa y los progestágenos” (Hembree et al., 2017).

La Espironolactona. Es el bloqueador de andrógenos más comúnmente utilizado, es un diurético ahorrador de potasio, que en dosis más altas también tiene actividad antiandrogénica directa y un efecto supresor sobre la síntesis de testosterona. Se ha descrito que las dosis de 200 mg al día en mujeres no transgénero que reciben tratamiento para la caída del cabello son seguras y es la máxima recomendada para pacientes trans (Spack, 2015).

El riesgo más grave del uso excesivo de espironolactona es la hiperpotasemia, pero es muy poco común cuando se toman precauciones para evitar su uso en personas

con insuficiencia renal. Debido a su efecto diurético, los pacientes pueden experimentar poliuria, polidipsia u ortostasis autolimitadas. Para efectos terapéuticos en el manejo de pacientes transfemeninas se indica a dosis de 50 – 200 mg por día (Spack, 2015).

El Acetato de Ciproterona. “un progestágeno, que inhibe la producción de LH a nivel hipofisario e inhibe el receptor androgénico a nivel periférico lo que disminuye la actividad 5 alfa-reductasa por tanto impide la producción de testosterona testicular”. (UNFPA, 2016).

Inhibidores de 5-alfa Reductasa. “Finasteride bloquea la conversión de testosterona en el potente andrógeno 5-alfa-dihidrotestosterona, la dosis de 1 mg al día está aprobado para la calvicie de patrón masculino, mientras que la dosis de 5 mg está aprobada para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna”. Dutasterida bloquea de forma más eficaz la isoenzima tipo 1, que está presente en la unidad pilosebácea y por tanto, puede tener efectos feminizantes más dramáticos. La dosis recomendada es de 0.5 mg al día. Dado que estos medicamentos no bloquean ni la producción ni la acción de la testosterona, su efecto antiandrógeno es menor que el que se encuentra con el bloqueo total. Los inhibidores de la 5-alfa reductasa pueden ser una buena opción para quienes no pueden tolerar o tienen contraindicaciones para el uso de espironolactona (T’Sjoen et al., 2018).

Progestágenos. Tienen algún efecto antiandrógeno a través del bloqueo central de las gonadotropinas, también existe un riesgo teórico de un efecto androgénico y son más los posibles efectos adversos como “depresión, aumento de peso y cambios en los lípidos”. En comparaciones clínicas de los regímenes de feminización los

“progestágenos no han mejorado el crecimiento de la mama ni reducen los niveles séricos de testosterona libre” (Coleman, 2012).

La tabla a continuación resume las dosis de “estrógenos y anti andrógenos” adecuadas para el tratamiento feminizante.

Tabla 2.- Esquemas de tratamiento feminizante.

Esquemas de tratamiento feminizante				
Grupo	Droga	Vía	Presentación	Dosis
ESTRÓGENOS	Valerato de Estradiol	Oral	Comprimidos de 2 mg	2-4 mg/día
		Trans dérmica	Parches de 2 mg	Bisemanal 50 -100 mcg/día
			Gel de 17 β estradiol al 0.06%	Aplicación 2 veces día 0.75 - 1,5 mg
ANTI ANDRÓGENOS	Espironolactona	Oral	Comprimidos de 25 y 50 mg	50 a 200 mg/día
	Acetato de Ciproterona	Oral	Comprimidos de 50 mg	50 a 100 mg/día
	Finasteride	Oral	Comprimidos de 1 y 5 mg	2,5 a 5 mg/día

Modificado de: Guía Argentina de Atención integral de la salud de las personas trans 2018 y Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género WPATH 2012.

Elaborado por: Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez 2021.

Riesgos de la terapia hormonal feminizante

Cabe destacar que los efectos secundarios más frecuentes de los estrógenos pueden incluir migrañas, cambios de humor, sofocos y aumento de peso nada diferente a la respuesta normal ya observada con el uso de anticonceptivos en pacientes mujeres no transgénero (Ettner, 2018)

En pacientes con terapias solo de anti andrógenos como es el caso de hombres no transgénero que se han sometido a tratamiento para el cáncer de próstata se ha observado pérdida de la masa ósea, y se esperaría que este efecto también ocurriera en personas transgénero pero resulta que al realizar la asociación con estrógenos, éstos preservarían la densidad ósea y así disminuye el riesgo de osteoporosis (UNFPA, 2016).

Estudios sobre los efectos cardiovasculares de los estrógenos durante la terapia feminizante son contradictorios, solo hay relevancia cuando existe predisposición genética y factores asociados propios de cada paciente. “Al inicio de la terapia hormonal puede observarse un aumento transitorio de las transaminasas y de índices de colestasis que en breve tiempo retornan a valores normales”. Además acerca de la resistencia a la insulina las alteraciones reportadas son demasiado pequeñas para plantear preocupaciones de seguridad sobre la terapia hormonal (UNFPA, 2016).

“En cuanto a los eventos tromboembólicos, parecen estar aumentados más en relación al tipo de estrógeno como es el caso del etinilestradiol y a otros factores de riesgo como la edad mayor a 40 años, personas con hábito tabáquico, sedentarismo, obesidad o con trombofilia”. Las progestinas también generan un mayor riesgo de TEV (Zapata, 2019).

“Los estrógenos inducen hiperplasia de las células lactotropas hipofisarias. Por tanto los niveles de prolactina aumentan hasta un 20% al inicio de los estrógenos. La hiperprolactinemia es frecuente pero se resuelve al reducir la dosis. Si los niveles de prolactina son extremadamente altos y se mantienen se debe siempre descartar

prolactinoma” aunque el riesgo de presentación es muy bajo (Ministerio de Salud y desarrollo social de Argentina, 2018).

En la tabla a continuación se resumen los posibles riesgos coligados a la terapia feminizante, se observa que los riesgos de sufrir patologías específicas no se exacerban con el tratamiento, se debe considerar factores de riesgo y antecedentes.

Tabla 3.- Efectos adversos asociados a la terapia feminizante.

Posibles riesgos asociados a la terapia hormonal en pacientes transgénero		
Nivel de riesgo	Posible efecto	Observaciones
Riesgo Alto	Tromboembolia venosa	El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que transdérmicos.
	Afectación de la fertilidad	Efecto adverso clínicamente esperado.
Riesgo Moderado	Elevación de enzimas hepáticas Colelitiasis Hipertrigliceridemia Hiperprolactinemia Diabetes mellitus tipo 2	En la misma proporción que en mujeres no transgénero que utilizan anticonceptivos orales.
Riesgo Bajo	Enfermedad coronaria Enfermedad cerebrovascular Prolactinoma Cáncer de mama Cáncer de próstata	Solo en presencia de factores de riesgo previos y familiares asociados.

Modificado de: Guía Clínica para la hormonización en personas trans Uruguay 2016.

Elaborado por: Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez 2021

Las únicas contraindicaciones médicas absolutas para la terapia con estrógenos son el diagnóstico de una neoplasia estrógeno dependiente o una enfermedad hepática crónica en fase terminal. Los “eventos tromboembólicos previos, estados de

hipercoagulabilidad y otras condiciones como la obesidad, enfermedades cardiovasculares o dislipidemias no impiden el tratamiento”. Datos recientes revelan que las actuales presentaciones de estrógenos son más seguras y se ha comprobado que con la forma de presentación transdérmica disminuye el riesgo de trombosis venosa por tanto no se contraindica en situaciones de esta índole (Tangpricha, 2015).

Monitoreo Hormonal

Los niveles de hormonas fisiológicas se utilizan como rangos de referencia puesto que incluso en personas cisgénero no están asociados con el mayor desarrollo de características sexuales secundarias (es decir, niveles más altos de estrógeno en mujeres no transgénero no están necesariamente asociados con mamas o caderas más grandes), y los rasgos fenotípicos específicos responden a factores multifactoriales y particularmente dependientes de la genética (Adaury et al., 2018).

Un enfoque general para la titulación de los medicamentos feminizantes incluye el aumento de la dosis de estrógenos y antiandrógenos hasta que los niveles de estrógenos estén en el rango fisiológico femenino y mantener la dosis optima en función de la respuesta de cada organismo (Ettner, 2018).

Los niveles hormonales de estradiol y testosterona en pacientes que usan estrógenos se deben comprobar cada 3 meses durante el primer año y ajustar la dosis en consecuencia. Para aquellos pacientes que usan espironolactona, verificar la función renal y el potasio también “cada 3 meses dentro del primer año de tratamiento. Una vez que los niveles hormonales han alcanzado el rango objetivo es razonable monitorear los niveles anualmente, o solo cuando sea necesario” (Adaury et al., 2018).

El control de los niveles hormonales puede parecer complejo, pero no difiere de cualquier control de otras afecciones que son manejadas por proveedores de atención primaria, como trastornos de la tiroides, anticoagulación o diabetes (Adaury et al., 2018).

Se debe tener especial atención ante cambios metabólicos significativos como la aparición de diabetes o un trastorno tiroideo, cambios sustanciales de peso, evidencia subjetiva u objetiva de virilización o nuevos síntomas precipitados o exacerbados por desequilibrios hormonales como sofocos o migrañas, para intervenir de manera inmediata en el manejo de estos acontecimientos (Hembree, 2017).

La interpretación de los resultados de laboratorio requiere una atención especial en el contexto de la atención de personas transgénero. Numerosas fuentes publican rangos objetivos para el estradiol sérico, los estrógenos totales, la testosterona libre, total y bioidéntica y la globulina transportadora de hormonas sexuales. Sin embargo, estos rangos específicos pueden variar entre diferentes laboratorios y técnicas. Además, la interpretación de los rangos de referencia proporcionados con los informes de resultados de laboratorio puede no ser aplicable si el paciente está registrado con un género que difiere del sexo hormonal previsto (Coleman, 2012).

En este sentido se debe consultar con los laboratorios locales para obtener rangos de referencia de niveles hormonales para las normas masculinas y femeninas, y luego aplicar el rango correcto al interpretar los resultados basados en el sexo hormonal actual, en lugar del sexo de registro (Coleman, 2012).

Monitoreo de los niveles de estradiol. Los niveles de estrógeno se evalúan utilizando el estradiol sérico total. Las pautas de la Sociedad de Endocrinología recomiendan monitorear el estradiol sérico y mantener los niveles en el rango medio del ciclo para mujeres cisgénero. No hay evidencia de que niveles más altos de estradiol en pacientes con supresión androgénica adecuada den como resultado una feminización adicional o un marcado desarrollo mamario. Mantener los niveles de estrógeno en el rango fisiológico para las mujeres no transgénero que menstrúan minimiza riesgos y efectos secundarios (Hembree et al., 2017).

Monitoreo de los niveles de testosterona. Los niveles de testosterona pueden ser difíciles de medir debido a fluctuaciones relacionadas con la liberación pulsátil de gonadotropinas, con niveles más altos en horas de la mañana. La testosterona libre representa la porción de testosterona no unida a las proteínas séricas y depende de los niveles de globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG). Si bien se puede medir la testosterona libre, los análisis no son confiables.

Los niveles totales de testosterona son confiables y fácilmente disponibles, sin embargo, no describen el nivel real de testosterona biodisponible. La testosterona biodisponible es testosterona libre más testosterona unida débilmente a la albúmina, pero para el cuidado de personas transgénero la Sociedad de Endocrinología recomienda monitorear el nivel de testosterona total, con un rango objetivo de <55 ng/dl (Hembree et al., 2017).

Monitoreo de los niveles de gonadotropinas. “Con la terapia hormonal feminizante se objetiva una supresión de las gonadotropinas, evidente ya a los 6 meses del inicio de la terapia y con niveles mantenidos durante los años de tratamiento”. La medición

de estas, hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH) se puede realizar utilizando los rangos para el estado eugonadal como referencia (Hembree, 2017).

La tabla a continuación detalla los parámetros de seguimiento de valores hormonales durante la terapia feminizante.

Tabla 4.- Seguimiento hormonal durante la terapia de feminización

Controles de laboratorio durante la terapia hormonal feminizante							
PRUEBA	COMENTARIOS	BASAL	3 MESES	6 *MESES	12 *MESES	ANUAL	PRN
Estradiol	Objetivo < 200 pg/ml		X	X			X
Testosterona Total	Objetivo < 55 ng/dl		X	X	X		X
Globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG)**			X	X	X		X
BUN / Crea/ K+	Solo si se usa espironolactona	X	X	X	X	X	X
Lípidos	No hay evidencia para respaldar el monitoreo	X					X
HbA1c o glucosa	No hay evidencia para respaldar el monitoreo	X					X
Albúmina**			X	X	X		X
Prolactina	Solo si hay síntomas de prolactinoma Objetivo < 25 ng/ml						X
LH/FSH		X					X

* Solo en el primer año de terapia

** Se usa para calcular la testosterona biodisponible. Es opcional y útil en casos complejos.

BASAL: valores de referencia, previos al inicio del tratamiento.

PRN: por razones necesarias.

Modificado de: Primary Care in transgender persons Endocrinol Metab Clin N Am 48. 2019.

Elaborado por: Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez 2021

Intervenciones quirúrgicas

Hay una amplia gama de procedimientos estéticos con los cuales las pacientes transfemeninas se acercan a cumplir con sus expectativas de afirmación de género dentro de las cuales están la depilación corporal, armonización facial, foniatría y empaquetamiento de genitales, los mismos que no necesitan evaluación previa y las pacientes los realizan sin prescripciones médicas.

Dentro de las opciones de cirugía para reafirmación de género tenemos la mamoplastia de aumento, la tirocondroplastia de reducción del cartílago traqueal, la orquiectomía, penectomía y vaginoplastia feminizante. Procedimientos en su mayoría irreversibles que ameritan un seguimiento previo y cumplir con los siguientes criterios.

1. “Disforia de género persistente y bien documentada
2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento
3. Mayoría de edad en el país en el que se realizan las intervenciones
4. Si están presentes problemas de salud física o mental importantes, estos deben estar bien controlados
5. 12 meses continuos de terapia hormonal adecuada a los objetivos de género
6. 12 meses continuos viviendo continuamente en un rol de género congruente con la identidad de género de la persona” (Coleman, 2012).

Cuidados generales / salud preventiva

Un “manejo integral de las terapias de feminización comprende el mantenimiento y cuidado de la salud de cada paciente antes, durante y después de cualquier cambio físico asociado a intervenciones médicas de reasignación de género”. Se espera que todos los médicos que prescriben hormonas sigan en el tiempo a sus pacientes brindando una atención de salud preventiva, para lo cual se delimitan cribados de seguimiento y consideraciones especiales como la prevención de enfermedades transmisibles y disminución de factores de riesgo (Coleman, 2012).

Cribados

No se han identificado diferencias en las tasas de cáncer en pacientes trans que se someten a terapia hormonal en comparación con los controles del sexo al nacer. Existe evidencia insuficiente para determinar si las personas transgénero aumentaron o disminuyeron riesgo de cáncer general y específico de órganos. “Los proveedores de atención primaria deben realizar una detección de cáncer de rutina basada en órganos para todos los pacientes transgénero de acuerdo con las pautas actuales como un componente de la atención primaria” (Whitlock et al., 2019).

Como regla general, si una persona tiene una parte u órgano del cuerpo en particular y cumple con los criterios de detección basados en factores de riesgo o síntomas, la detección debe realizarse independientemente del uso de hormonas, por lo tanto, un historial médico y quirúrgico continuo y completo es crucial para determinar las necesidades de detección de un paciente individual (Coleman, 2012).

Cribado para cáncer de mama. Las mujeres transgénero difieren de las mujeres no transgénero en la duración de la exposición a los estrógenos, así como en

la exposición variable a los progestágenos. Como tal, se recomienda que la detección no comience en mujeres transgénero hasta después de un mínimo de 5 años de uso de hormonas feminizantes, independientemente de la edad pero considerando factores de riesgo familiares importantes como la mutación del gen BRCA. Tener en cuenta que incluso las mujeres transgénero mayores de 50 años no cumplen con los criterios de detección hasta que tengan al menos 5-10 años de uso de hormonas feminizantes (Ettner, 2018).

Cribado del cáncer de próstata. La mayoría de los casos de cáncer de próstata en mujeres trans se han producido en pacientes que comenzaron a tomar hormonas después de los 50 años; estos casos pueden representar en realidad neoplasias ocultas, que existían antes del inicio de la terapia hormonal. Hay reportes que en pacientes trans los valores de antígeno prostático específico (PSA) resultan más bajos junto con el volumen prostático más bajo de lo que se esperaría en un hombre no transgénero de la edad correspondiente, por lo que al no haber antecedentes de relevancia se debe realizar cribado según recomendaciones actuales para pacientes en general (Ettner, 2018).

Cribado para cáncer testicular. No se recomienda el cribado de rutina del cáncer de testículo en hombres no transgénero y no hay evidencia para realizar cribado en mujeres transgénero. Es probable que el riesgo disminuya con la supresión de andrógenos. Solo aquellas mujeres transgénero que siguen las dosis terapéuticas de estrógeno más un bloqueador de andrógenos y aun así presentan elevaciones persistentes de testosterona, deben ser evaluadas en busca de tumores

testiculares mediante examen físico, niveles hormonales, marcadores tumorales y posiblemente una ecografía escrotal (Whitlock et al., 2019).

Consideraciones especiales

Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Los elementos fundamentales de la prevención de ITS incluida la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) advierten el uso de condones y ante situaciones de conductas de alto riesgo lo recomendado es la adecuada profilaxis pre-exposición. Se debe considerar que el uso del condón puede ser difícil en pacientes trans femeninas que toman hormonas feminizantes debido a la reducción de la congestión del pene durante la erección (Coleman, 2012).

Vacunas. Las recomendaciones del Centro para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para las vacunas en pacientes transgénero no difieren de pacientes cisgénero. El CDC enfatiza específicamente que todos los adultos jóvenes hasta los 26 años deben recibir la vacuna contra el Virus del papiloma Humano (VPH). “Además recomiendan la aplicación de la vacuna contra la influenza cada año, esquema completo de vacuna para Covid-19 y hepatitis B” (Whitlock et al., 2019).

Opciones de fertilidad. Las personas transgénero tienen el mismo rango de deseos reproductivos que las personas no transgénero. Se recomienda que antes de la transición se asesore sobre los efectos de ésta sobre su fertilidad, así como las diversas opciones para la preservación de la fertilidad a posterior (Coleman, 2012). Las opciones de preservación de la fertilidad pueden incluir la criopreservación de esperma, tejido testicular o embrión y son similares a las opciones disponibles para

hombres y mujeres que se someten a terapias gonadotóxicas contra el cáncer o preservación electiva de la fertilidad por razones sociales (Hembree, 2017).

La opción más exitosa para la preservación de la fertilidad de las mujeres transgénero es la criopreservación de los espermatozoides antes de iniciar la terapia hormonal. En ocasiones, se utilizan inyecciones de citrato de clomifeno o hCG para estimular la espermatogénesis y garantizar una muestra adecuada (Aday et al., 2018).

Es importante anotar que la espermatogénesis puede continuar en presencia de terapia hormonal, si la paciente no se ha sometido a una gonadectomía e incluso es posible que regrese la fertilidad después de suspender la terapia hormonal durante un período de tiempo que puede variar de 3 a 6 meses. Debido a esto la infertilidad no es absoluta en las personas transgénero que se someten a terapia hormonal, todas aquellas pacientes que conservan gónadas y participan en actividades sexuales que podrían resultar en un embarazo deben recibir asesoramiento sobre la necesidad de anticoncepción. La terapia hormonal que reafirma el género por sí sola no es una forma confiable de anticoncepción (Aday et al., 2018).

Apoyo Psicológico Continuo. Los “trastornos psicológicos no son causados por la identidad trans, sino que son subsecuentes a la disforia de género”. Bajo esta premisa “la intervención psicológica se orienta a favorecer una decisión informada y autónoma en relación a todos los cambios que se suscitan con la terapia hormonal instaurada”. Al tiempo que se ayuda a aliviar aprensiones y diversas expresiones emocionales afines al estigma y la discriminación. “Se acompaña el proceso personal y se identifican y potencian los recursos individuales propios y de su entorno es decir todas sus redes de apoyo” (UNFPA, 2016).

Descripción del caso

Primera Consulta con Medicina Familiar

Información demográfica

- **Edad:** 37 años
- **Sexo:** hombre
- **Identidad de género:** Transfemenino
- **Fecha de nacimiento:** 19-02-1984
- **Lugar de nacimiento:** Portoviejo
- **Residencia actual:** Sitio Los Ángeles de Colón – Portoviejo.
- **Autoidentificación étnica:** montubia
- **Orientación sexual:** homosexual.
- **Estado civil:** soltera
- **Religión:** católica
- **Ocupación:** comerciante/estilista
- **Instrucción:** primaria
- **Grupo sanguíneo:** O Rh positivo

Información clínica

Paciente adulta media de sexo fenotípico masculino autoidentificada como mujer, manifiesta que desde su infancia tiene la certeza de sentirse mujer, en su etapa escolar le agrada jugar con sus compañeras y tiene antipatía por juegos relacionados al género masculino como el fútbol entre otros, además manifiesta anhelar ponerse vestidos y dejarse crecer el cabello para poder peinarse como sus amigas.

La paciente afirma que en ningún momento sufre discriminación por parte de sus pares, además niega cualquier tipo de abuso.

Su dinámica familiar se desenvuelve de manera normal, crece dentro de un hogar biparental, familia campesina, funcional, católica, sin conflictos.

Al cumplir 15 años decide explicar a sus padres que se percibe a ella misma como mujer, que todo este tiempo ha anhelado poder identificarse con el género femenino y que desea ser apoyada para iniciar su proceso de transición, situación que no agrada pero que aceptan y desde ese momento inicia con travestismo, sus hermanos a estas instancias han reconocido automáticamente su identificación sexual y lo aceptan de una manera natural así como también los vecinos y amigos instintivamente han comprendido su realidad y en este sentido no tiene mayores problemas en cuanto a presentarse en público tal cual es.

Luego de varios años de recibir esquemas hormonales combinados por recomendaciones de terceros, específicamente amistades que comparten su condición, asiste a consulta de medicina familiar, exterioriza ser transgénero y que su deseo es verse mucho más femenina, aunque ya se observa un marcado rasgo femenino en su anatomía e incluso hace 8 años en su cedula de identidad consta su identidad de género como Transfemenino.

En la consulta médica la paciente afirma requerir terapia hormonal para feminización al fin de mejorar su apariencia física acorde a su identificación de género como mujer.

Información sobre factores de riesgo

Antecedentes personales no patológicos:

- **Antecedentes prenatales:** ninguno.

- **Antecedentes neonatales:** nacido a término a través de parto vaginal en casa.
- **Antecedentes posnatales:** ninguno de relevancia.
- **Hitos del desarrollo:** normales.
- **Esquema de vacunación:** completo.

Antecedentes patológicos personales:

- **Alergias:** Ninguna reportada
- **Medicamentos:** Uso de ampollas de Noretisterona más Estradiol desde los 19 años en esquemas esporádicos, por automedicación. Ciclos hasta hace 1 año.
- **Quirúrgicos:** no refiere.
- **Hospitalizaciones:** no refiere.

Hábitos de vida:

- **Alimenticios:** 3 comidas completas al día y 2 refrigerios.
- **Actividad física:** aeróbicos y pesas 3 veces por semana.
- **Horas sueño:** 10 horas.
- **Miccional:** 3 - 4 veces/día
- **Defecatorio:** 1 vez/día. Bristol 4.
- **Higiene:** baño y aseo genital diario.
- **Alcohol, tabaco, drogas:** No refiere.

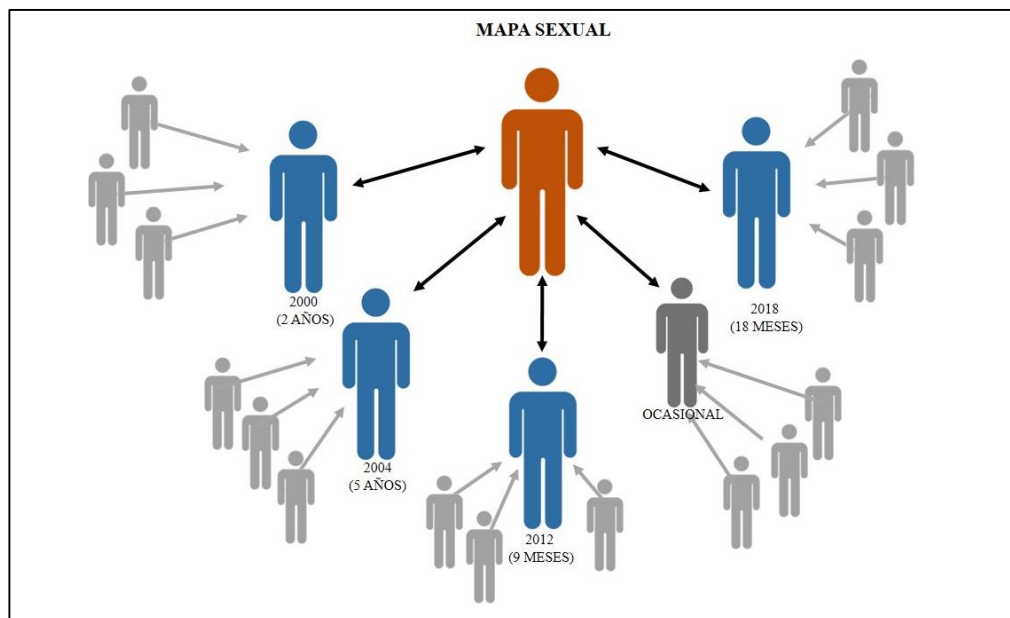
Historia sexual:

- **Sucesos relacionados con abuso:** niega.
- **Datos puberales:** erecciones y poluciones nocturnas desde los 13 años.
- **Sexualmente activo:** si
- **Inicio de vida sexual:** 16 años
- **Tipo de parejas sexuales:** hombres

- **Número de parejas sexuales:** 5
- **ITS:** gonorrea a los 18 años. Tratamiento asertivo, sin secuelas.
- **Conductas de riesgo:** HSH (hombre que tiene sexo con hombres).
- **Métodos para evitar ITS:** preservativos masculinos ocasionalmente.
- **Tipo de actividad sexual:** oral y anal.
- **Relaciones sexuales satisfactorias:** sí.
- **Pareja sexual estable:** no.
- **Relaciones actuales:** ocasionales.
- **Masturbación:** ocasional.

Mapa sexual:

Grafico 1. Mapa Sexual



Fuente: paciente.
Elaborado por: Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez 2021.

Encuesta socioeconómica:

- **Vivienda:** propiedad de sus padres.

- **Tipo de construcción:** mixta 1 planta baja. 3 cuartos.
- **Baños:** 2
- **Habitantes:** 3
- **Animales:** 3 perros, 15 gallinas, 8 patos en el patio.
- **Servicios Básicos:**
 - Agua: de tanquero.
 - Energía eléctrica: sí.
 - Excretas: Pozo séptico.
- **Ingreso económico personal:** aproximadamente \$240 mensuales.

Antecedentes patológicos familiares:

- **Madre:** migraña.
- **Padre:** no refiere.
- **Hermanos:** no refiere.

Revisión por aparatos y sistemas:

- **Respiratorio:** no disnea, no cianosis, no tos.
- **Circulatorio:** no palpitaciones, no síncope.
- **Digestivo:** no dificultad para masticar ni deglutir, salivación normal, no halitosis, no disfagia, no náuseas, no vómitos, no eructos, no hipo.
- **Urogenital:** diuresis conservada, no disfunción sexual.
- **Endocrino:** no hiperhidrosis, no polidipsia.

- **Nervioso:** no temblores, no convulsiones, no somnolencia.
- **Locomotor:** sin tumefacciones, movilidad conservada

Examen físico general

Facie tranquila no característica. Posición activa electiva. Deambulaci3n normal.

Consciente. Funciones cerebrales superiores conservadas.

Constituci3n ectomorfa, peso 56 kg, talla 1,62 m, IMC 21.5. Pulso arterial de 78 latidos por minuto, 18 respiraciones por minuto. Temperatura 36.4 °C, axilar. Presi3n Arterial 120/70 mmHg, brazo derecho, sentada.

Examen físico regional

Cabeza: Normocéfala, cabello abundante ondulado hasta el nivel de los hombros, No lesiones en cuero cabelludo. No elevaciones ni depresiones. Piel del rostro tersa, ausencia de vello facial, cejas de normal implantaci3n, ojos simétricos, pestañas bien implantadas, iris color marr3n claro sin anomalías, reflejos pupilares de acomodaci3n y consensual presentes, isoc3ricos. Escleras blanco nácar. Fosas nasales de aspecto normal, simétricas permeables. Rinoscopia sin novedades. Boca: mucosa oral normohidratada, sin lesiones, piezas dentarias en buen estado completas, orofaringe de aspecto normal.

Cuello: sin adenopatías. Tiroides 0A.

T3rax: simétrico no lesiones dérmicas, amplexaci3n normal, presencia de mamas pequeñas correspondiente a estadio 4 de Tanner, simétricas sin abultamientos, deformaciones ni retracciones. A la auscultaci3n campos pulmonares ventilados. Sin ruidos agregados. Focos cardíacos R1 y R2 normofonéticos, no soplos.

Abdomen: sin lesiones, no cicatrices, ruidos hidroaéreos audibles, suave depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No megalias, no masas.

Genitales externos: masculinos Tanner 4, prepucio retráctil orificio uretral limpio, piel escrotal de aspecto normal, testículos presentes menos de 4 cm de diámetro, volumen 12 según orquidómetro de Prader.

Extremidades: simétricas, sin lesiones dérmicas, pulsos periféricos presentes.

Examen Neurológico: sin alteraciones.

Plan integral en la primera consulta

1. Plan diagnóstico:

- Solicitud de exámenes de laboratorio:

- Biometría hemática
- Perfil lipídico y hepático
- Perfil hormonal TSH, LH, FSH, testosterona, estradiol.
- Cribado VDRL, VIH, Hep B y C.

- Evaluación de estado de ánimo y disforia de género

- PhQ-9
- GIDYQ-AA

- Referencia a Endocrinología como parte del manejo multidisciplinario y asegurar el acceso a exámenes hormonales que tienen un mayor valor económico así como también la disponibilidad de medicamentos.

- Referencia a Psicología para soporte emocional, seguimiento y cribado para alteraciones del estado de ánimo.

2. Plan terapéutico:

- No farmacológico:

- Asesoría vacuna COVID-19 por grupo etario.
- Interconsulta evaluación Odontológica.

- Farmacológico:

- Asesoría para suspender ciclos inconstantes de estrógenos combinados.

3. Plan educacional:

- Promover la práctica de adecuada actividad física.
- Fomentar una alimentación saludable.
- Recomendar adecuada hidratación corporal.
- Proporcionar educación sexual integral.
- Guías anticipatorias paciente transfemenina adulta media.
- Fomentar espacios saludables, recreativos tanto individuales como familiares.
- Información sobre las tareas a lograr según ciclo vital y familiar.
- Guías anticipatorias para etapa de familia en plataforma de lanzamiento.
- Uso de mascarilla y normas de bioseguridad más distanciamiento social.
- Reconocer signos de alarma o de peligro en general.

4. Plan de seguimiento:

- Visita domiciliaria programada para conocer las características de la familia, de su entorno, detectar necesidades y recursos, identificar redes de apoyo del grupo familiar y de la paciente, fortalecer la relación médico-familia y realizar levantamiento de ficha familiar.
- Control de seguimiento posterior a consulta con Endocrinología.

Información familiar y social

Visita domiciliaria

Preparación de la visita

Durante la consulta de medicina familiar se concertó con la paciente el día y la hora en que se realizaría la visita a la familia, en 2 semanas posteriores a dicha consulta.

La visita se desarrolla en base al formulario SNS-MSP / HCU-anexo 1, según la normativa actual del MAIS (ANEXO 3).

Presentación en el domicilio

El día de la visita domiciliaria se acudió a la hora acordada, la visita domiciliaria inició desde el desplazamiento desde el centro de salud hasta el hogar de la paciente, donde se han ido observando las características del sector: el estado de las principales vías de acceso, los diversos medios de transporte, como se desenvuelve la comunidad en el entorno, el nivel de seguridad, el nivel de contaminación entre otras.

Se encontró a la paciente junto con su madre, el recibimiento al hogar lo realizó la misma paciente, dentro de una casa de construcción mixta piso de cemento pulido, donde se observó orden, aseo y uso adecuado del espacio, en esta ocasión el padre de la paciente no estaba presente por motivos de trabajo, se procedió a la respectiva presentación del personal de salud (residente de medicina familiar junto a enfermera), se puntualizó el motivo de la visita y se realizó el detalle de las actividades que se cumplirían durante dicha reunión.

Desarrollo de la visita: Levantamiento de Ficha Familiar

Ubicación geográfica de la vivienda

- **Provincia:** Manabí

- **Cantón:** Portoviejo
- **Parroquia:** Colón
- **Sector:** Los Ángeles
- **Dirección domiciliaria:** ---
- **Identificación de la Vivienda y Hogar:**
- **Tipo de Vivienda:** casa dentro de una propiedad familiar.
- **Vía de Acceso principal:** calle asfaltada vía principal.

Factores Protectores: Redes de apoyo

La paciente vive en casa de sus padres, no paga renta ni servicios básicos, con sus ingresos contribuye a los gastos de alimentación y elementos de aseo en general.

Sus hermanos viven en casas contiguas, en ocasiones ayuda al cuidado de sus sobrinos y recibe apoyo emocional y económico de sus parientes próximos.

En la primera visita realizada 2 semanas posteriores a la solicitud de feminización se logra observar una adecuada dinámica familiar, un ambiente tranquilo de respeto entre los miembros de la familia aunque la madre de la paciente se muestra reacia al tratamiento y manifiesta que prefiere que la hija no ingiera ningún medicamento pues tiene temor que esto ponga en riesgo su vida.

En este primer acercamiento se explica a la familia los beneficios y riesgos de la terapia hormonal a instaurarse.

Riesgos medioambientales:

- **Contaminación del suelo:** no se observó.
- **Contaminación del agua:** no se observó.
- **Contaminación del aire:** si, todas las casas del sector queman sus desechos en patio.

Riesgos Sociodemográficos:

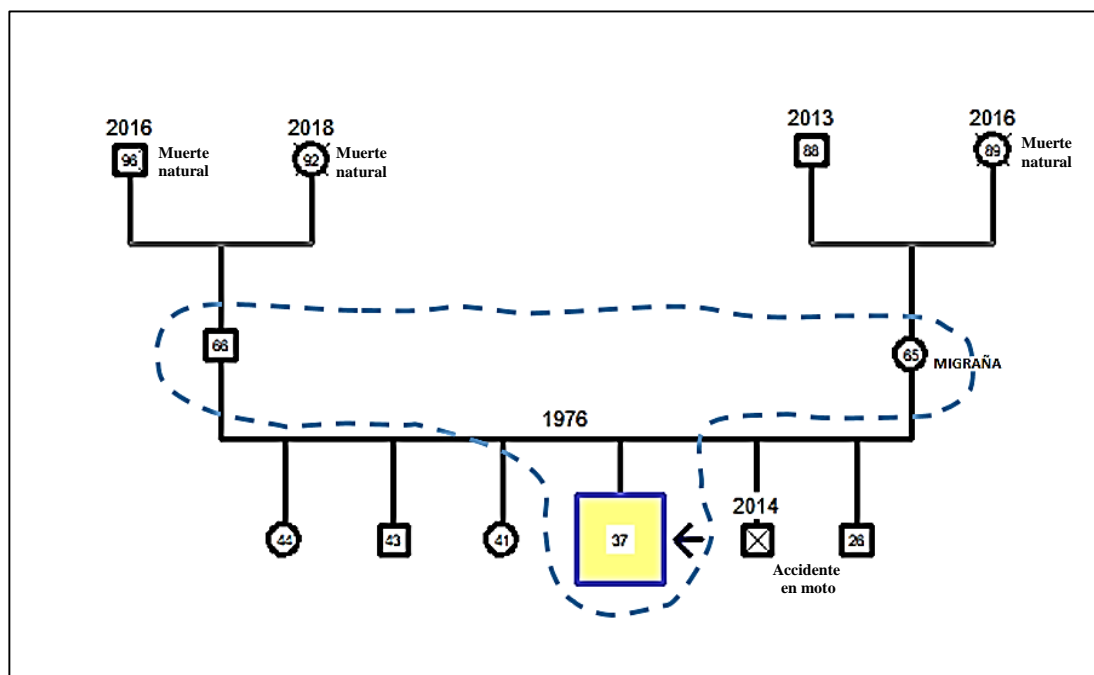
- **Problemas graves en la familia:** no
- **Problemas Psicosociales en la familia:** no
- **Familia con riesgo de aislamiento:** no

Riesgo social: miembro de la familia identificado como Transfemenino.

Riesgos sanitarios:

El único riesgo sanitario latente es la quema de basura del hogar que provocaría efectos nocivos al ser humano y alteración del equilibrio atmosférico, por lo demás esta familia cuenta con todas las dependencias del hogar en orden, tienen animales de corral y domésticos pero existe un área destinada a cada uno de ellos y se mantiene limpia. No se observaron reservorios de vectores, todas las camas utilizan mosquiteros. Es una familia que no rechaza la atención del personal de salud.

Gráfico 2. Familiograma



Fuente: paciente.

Elaborado por: Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez 2021.

Tipología Familiar y ciclo vital individual

La paciente es parte de una familia nuclear con parientes próximos, rural, integrada, campesina, tradicional, funcional con límites permeables.

Por su edad cronológica la paciente es una adulta media que se encuentra en la etapa del desarrollo de Generatividad versus Estancamiento según Erikson, su virtud lograda es el cuidado y sus relaciones significativas son trabajo, hogar, comunidad. Según el modelo de Maslow “la satisfacción de sus necesidades básicas se fundamentan en el sentido de autorrealización, autoestima, pertenencia, seguridad y justicia”. Se realizó Apgar familiar durante este momento de la entrevista y el resultado se muestra a continuación.

Tabla 5.- Apgar familiar

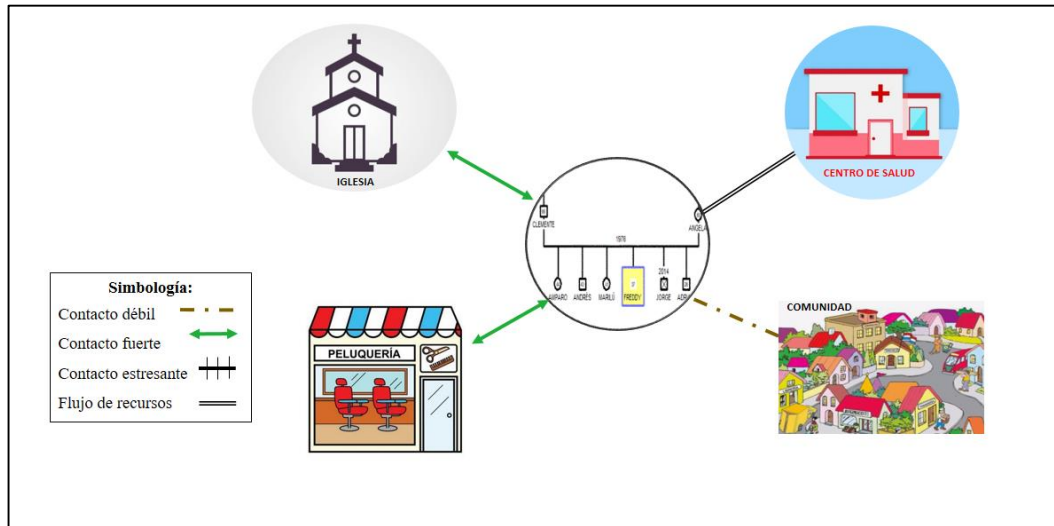
APGAR FAMILIAR	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Estoy satisfecho/a con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa					X
Creo que mi familia acepta mis deseos de iniciar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.				X	
Estoy satisfecho/a con la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.					X
Estoy satisfecho/a con la forma en que mi familia discute las cosas y comparte decisiones conmigo.				X	
Estoy satisfecho/a con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos como enfado, tristeza y amor.					X
TOTAL		18			
			FAMILIA FUNCIONAL		

Fuente: paciente.

Elaborado por: Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez 2021.

Durante la entrevista en domicilio además se realizó Ecomapa para considerar las fortalezas o debilidades del entorno.

Gráfico 3. Ecomapa



Fuente: paciente.

Elaborado por: Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez 2021.

Evaluación de las condiciones de vida:

- **Tiempo que habitan esta casa:** 30 años
- **Hacinamiento:** no
- **Número de personas que duermen en la vivienda:** 3
- **Número de habitaciones que se usan para dormir en la vivienda:** 2
- **Índice de Hacinamiento:** 1.5 (normal)
- **Función económica y capacidad de subsistencia del hogar**
- **Número de miembros en edad laboral:** 3. **Trabajan:** 2. **No trabaja:** 1.
- **Ingreso familiar:** \$400, no son fijos el padre de la familia es jornalero y gana un aproximado de 10 dólares diarios, el trabajo de la paciente es del comercio informal, venta de ropa y accesorios en general que por la pandemia ha disminuido, además en ocasiones realiza servicio de estética y barbería a domicilios por lo que su ingreso aproximado mensual ronda los \$240.

- **Canasta básica satisfecha:** si, pero se fortalece con el cultivo de hortalizas en su propiedad y la crianza de aves de corral que les sirve para su propia alimentación.
- **Nivel de bienestar en la distribución de recursos familiares:** Alto.

Función Social:

- **Número de miembros de la familia sin escolarización:** 2
- **Número de miembros con hábitos nocivos:** 0
- **Violencia Intrafamiliar:** no
- **Desestructuración familiar:** no

Condiciones de la Vivienda:

- **Techo:** hojas de zinc en buen estado
- **Paredes:** ladrillo y madera en buen estado
- **Piso:** cemento pulido en buen estado

Condiciones de vida saludable

- Procedencia del Agua de tanquero y recolectan dentro de cisterna elevada se distribuye por tuberías internas dentro de la casa.
- Los servicios higiénicos de la vivienda están conectados a pozo séptico.
- El servicio de energía eléctrica proviene del servicio público de la empresa eléctrica.
- La basura de la vivienda se quema.

Dispensarización de la familia: Grupo II, con factor de riesgo social.

Se procede a realizar lista de problemas identificados

Tabla 6.- Lista de problemas

Lista de problemas						
JERARQUIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE DETECCIÓN	ANTECEDENTES FAMILIARES, DIAGNOSTICOS PREVIOS, FACTORES DE RIESGO, SINTOMAS, SIGNOS.	TIPO DE PROBLEMA BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO O SOCIAL	ACTIVO	PASIVO
1	1989	1999	Disforia de género	psicosocial		x
2	2002	2002	Gonorrea	biológico		x
3	2020	2020	Necesidad de tratamiento de feminización	Bio-psicosocial	x	
4	2020	2020	Madre no confía en tratamiento de feminización	psicosocial	x	
5	2020	2020	Inestabilidad laboral	social	x	
6	2016	2020	Quema de basura	biológico/social	x	

Fuente: paciente.

Elaborado por: Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez 2021.

Aproximación diagnóstica

Paciente de 37 años de edad que acude a consulta de medicina familiar y declara ser transgénero desde los 15 años de edad y que desde esta afirmación tras su deseo de conversión del sexo masculino a femenino ha recibido tratamiento hormonal de manera empírica, el último esquema fue realizado hace 1 año con estrógenos combinados inyectables valerato de estradiol 50 mg + noretisterona 5mg, una dosis cada mes. Durante la primera consulta con medicina familiar alega que requiere de una terapia hormonal adecuada y guiada para feminización al fin de mejorar su apariencia física acorde a su identificación de género como mujer.

Se observa una paciente tranquila, orientada en las 3 esferas neurológicas, coherente en su dialogo que hace una solicitud novedosa para una primera consulta, pero con un objetivo claro y analizado en detalle.

Basado en el modelo de Maslow, en miras de conseguir la satisfacción de una necesidad fundamental desde la perspectiva de la paciente se procede a direccionar

su solicitud y objetivo, en el sentido de promover el fortalecimiento de su autorrealización, autoestima, pertenencia, seguridad y justicia.

Segunda Consulta con Medicina Familiar

- **Subjetivo**

Paciente adulta media transfemenina que acude a consulta con su objetivo de feminización, manifiesta que ya tuvo su primera consulta con endocrinólogo quien se mostró muy amable y presto para iniciar terapéutica adecuada. Pero antes necesita observar perfiles hormonales previos, los mismos que ya se realizó y trae para su revisión ese momento. Así como también manifiesta que se reunió también con psicóloga en el mismo hospital. Canalizada interconsulta por el mismo endocrinólogo. Niega sintomatología actual.

- **Objetivo**

Gabinete de hormonas con los siguientes hallazgos:

		Valores Referenciales
Testosterona total:	0.56 mmol/l	5.5 – 29.57
17b-estradiol:	53.5 pg/ml	23.1 – 26.5
TSH:	1.72 mUI/ml	0.4 – 4.0
FSH:	1.81 mUI/ml	0.7 – 11.0
LH:	0.71 mUI/ml	0.8 – 7.6

- **Contrareferencia de Endocrinología**

Médico especialista en endocrinología accede a brindar manejo terapéutico de feminización posterior a la realización de exámenes basales. Dentro de esta consulta se cuestionó a la paciente si deseaba conservar los genitales masculinos y la

respuesta fue afirmativa. Pues no ha considerado realizarse cirugías de reasignación.

Por el momento solo desea verse más femenina.

- **Contrareferencia de Psicología**

Se descartaron trastornos de la conducta alimentaria, adicciones y antecedentes psicopatológicos.

Se evaluó el impacto actual de su condición transgénero en su vida cotidiana: área personal, laboral, familiar y social. No se encontraron alteraciones del estado de ánimo. Se propuso seguimiento mensual de acompañamiento en la transición.

- **Análisis**

Adulta media transfemenina que por varios años recibió terapia para feminización de manera empírica con anticonceptivos orales e inyectables combinados y que al momento se encuentra en espera de la instauración de terapia hormonal estandarizada. Fue evaluada por endocrinólogo y servicio de psicología del tercer nivel quienes se encuentran predispuestos a brindar el mejor manejo terapéutico multidisciplinario para solventar la solicitud de la paciente.

- **Plan integral**

En espera de la segunda consulta con endocrinología para el inicio de la terapia hormonal y anti androgénica.

Guías anticipatorias de alimentación, cuidado y salud sexual para mujer trans.

Tercera Consulta con Medicina Familiar – Primer mes de tratamiento

- **Subjetivo**

Paciente que cursa primer mes de tratamiento hormonal para feminización, manifiesta que en la segunda consulta con endocrinología fue instaurado el manejo terapéutico con Valerato de Estradiol parches bisemanales más Espironolactona una tableta cada día. Al momento de la consulta niega sintomatología o efectos secundarios a los medicamentos. Aún no observa alguna modificación física.

- **Objetivo**

Dentro del examen físico constantes vitales dentro de parámetros normales, no se encuentran cambios desde la última evaluación

- **Análisis**

Paciente adulta media transfemenina que lleva 1 mes de terapia hormonal para feminización con estrógeno transdérmico más antiandrógeno vía oral, no ha manifestado efectos adversos a la medicación. Tiene control programado con especialista de endocrinología al tercer mes del tratamiento y se mantiene en consultas de soporte con psicología. Por parte del servicio de Medicina Familiar se hará seguimiento según recomendaciones de WPATH.

- **Plan terapéutico**

Tratamiento instaurado

- Valerato de estradiol 50 mg parche transdérmico 2 veces por semana.
- Espironolactona 50 mg vía oral cada día.

Cuarta consulta Medicina Familiar – Tercer mes de tratamiento

- **Subjetivo**

Paciente mujer trans en tratamiento para feminización al momento de la consulta manifiesta que han aumentado en tamaño las mamas y refiere disminución de las erecciones espontáneas. Niega síntomas vasomotores.

- **Objetivo**

Examen físico dirigido

- **Mamas**

Se realiza inspección estática y dinámica en su aspecto físico corresponden a estadio V de Tanner areola no sobreelevada, pezón pequeño plano sin secreciones, no cambios de la piel ni retracciones, a la palpación no abultamientos no dolor, ausencia de ganglios axilares ni supraclaviculares.

- **Genitales externos**

Sin modificaciones desde la última revisión, masculinos Tanner 4, prepucio retráctil orificio uretral limpio, piel escrotal de aspecto normal, testículos presentes menos de 4 cm de diámetro.

- **Análisis**

Paciente trans femenina en manejo terapéutico de feminización con estradiol transdermico mas espironolactona como antiandrógeno. Durante esta consulta se evidenció aumento considerable de las glándulas mamarias de una manera simétrica sin abultamientos ni tumefacciones lo mismo que agrada a la paciente y la motiva para mantener apego al tratamiento.

Seguimiento integral

- Se propone consulta mensual: durante los primeros 3 meses de tratamiento hormonal, luego consultas cada 3 meses durante el primer año.
- Realizar 2 visitas domiciliarias subsecuentes durante el primer año.
- Apoyo para proceso de referencia control con Endocrinología.

En todas las consultas se evalúa:

- Efectos deseados y efectos adversos del fármaco.
- Se realiza examen físico dirigido.
- Se aborda ajuste social, líbido, calidad de vida.
- Se evalúa conductas de riesgo.
- Se dan guías anticipatorias.

Acontecimientos adversos, limitaciones e imprevistos

El estrógeno en su presentación de Valerato de Estradiol se consigue solo en presentación de parche transdérmico de 50 mg de liberación prolongada (**Lindisc®**), el mismo debe ser colocado correctamente sobre la piel limpia porque de lo contrario se despega con facilidad, es importante puntualizar que este principio activo no hay abastecimiento en el SNS por lo que debe ser adquirido privadamente por la paciente y solo se encuentra en ciertas cadenas de farmacias del país.

Además el acceso al control por el especialista de Endocrinología mostró dificultad en cuanto a disponibilidad de turnos a pesar que se agendaba dentro del sistema del mismo hospital.

Análisis y discusión

La presencia de personas transgénero en la historia, aunque bajo un enfoque de estigmatización, se ha descrito en las diferentes culturas. Durante los últimos años se ha considerado varias clasificaciones psiquiátricas que van desde el travestismo o feminidad masculina del siglo pasado, hasta la actual disforia o incongruencia de género, terminología que forma parte del manual diagnóstico de Trastornos Mentales, por lo que muchos grupos Trans afirman que esta condición sigue siendo un diagnóstico estigmatizado (W. & K. J. Bockting, 2011).

Esta es una paradoja motivo de discusión en tanto que por un lado “se permite la intervención médica para reasignar el género y “normalizar” al paciente, pero por el otro lado esta “normalización” sólo es posible mediante una categoría psiquiátrica que implica un “trastorno mental”. Sin lugar a dudas esto constituye una arista que seguirá tocando fibras de un conglomerado que busca despatologizar su condición y mantendrá a las entidades sanitarias en constante actualización (Soley-Beltran, 2014).

Algo que no se debe desmerecer es que la medicina ha sido fundamental en la historia Trans pues ha constituido uno de los instrumentos más poderosos para una regulación social en torno a las demandas de dichos pacientes, en cierto modo el criterio médico sustituyó de manera sigilosa a la religión que en siglos anteriores regulaba las normalidades de la vida diaria como la más alta autoridad. En la actualidad son los médicos y las instituciones sanitarias que a través de su injerencia social determinan lo normal o lo patológico. Así al dar un diagnóstico se logra contribuir o regular una verdad entorno al género. Dentro de esta perspectiva cabe

destacar que el impulso que siempre ha movido a los médicos a emitir e instaurar protocolos de tratamiento se ha inspirado en los cuatro principios de la bioética en tanto que su fin siempre ha sido aliviar el malestar que manifiestan los pacientes entre su morfología física y su identidad de género (LGBT Health Education Center, 2016).

En el Ecuador no existen unidades específicas de atención de género, la paciente del caso acudió al “Primer Nivel de Atención, puerta de entrada de la atención de salud pública” en busca de un tratamiento de feminización y sobre la marcha se emprendió el manejo integral para atender su solicitud. En Reino Unido desde el año 2013 han sido emitidas las directrices de buenas prácticas para la valoración y tratamiento para adultos con “disforia de género” y hasta la fecha cuentan con 7 Clínicas de Identidad de Género conformadas por equipos multidisciplinarios que incluyen pediatras. En Estados Unidos de América cada estado se fundamenta en la WPATH para dar atención multidisciplinaria a la población Trans y existen algunas clínicas específicas para Identidad de género, pero son privadas, aunque el sistema de salud por separado se encarga de solventar los requerimientos de cada individuo. En España existen entidades llamadas Unidades de Identidad de Género (UIG), encabezadas por médicos de familia, sistema que provee a los usuarios todo tipo de atención en torno a su readecuación de género (Wylie et al., 2016).

En la región algunos países tienen guías específicas para atención y manejo de los requerimientos de este grupo de pacientes, como la “Guía Clínica de Hormonización en personas Trans emitida por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay” en el año 2016 y la guía de Atención Integral de la Salud de las Personas Trans -

Recomendaciones para los Equipos de Salud emitida en 2018 por el Ministerio de Salud de Argentina, donde se detalla de manera explícita la guía de ruta en torno a la terapia hormonal. En el caso de Ecuador, la guía de atención LGBTI del MSP del 2016 expone “recomendaciones para la atención en salud a la población LGBTI” bajo un enfoque de derechos de género, si bien la guía es un documento referencial no existen protocolos ni algoritmos en temas de feminización (DNN - MSP, 2016; Ministerio de Salud y desarrollo social de Argentina, 2018; UNFPA, 2016).

Varios estudios europeos reportan una percepción positiva de los pacientes Trans atendidos por especialistas formados en “identidad de género, conocedores de la realidad trans” y que los acompañan con información continua sobre el proceso de transición, los pasos a seguir, la seguridad terapéutica, las consecuencias futuras, las limitaciones de las terapias y los efectos de los tratamientos médico-quirúrgicos. En el caso de la paciente descrita, el servicio de medicina familiar del primer nivel brindó el abordaje integral con base en la revisión de guías internacionales para feminización, además a través “del Sistema Nacional de Referencia y Contrareferencia”, se conectó con el servicio de endocrinología del segundo nivel con la fortaleza del trabajo en equipo, objetivo del MAIS (MAIS - MSP, 2018; T’Sjoen et al., 2018).

Existe evidencia del beneficio que representa para estos pacientes “el acceso a programas de adecuación sexual en su vida afectiva, social y laboral. En una revisión sistemática de pacientes transgénero sometidos a tratamientos hormonales y readecuación sexual, se evidenció que cerca del 80% logra insertarse a la vida laboral y mejorar su calidad de vida, un 78% mejora sus síntomas psicológicos y un 72%

mejora su función sexual”. Además la mayoría de personas que acuden a las UIG se caracterizan por su deseo de invisibilización, donde su objetivo es hacer una transición rápida, y tras ella, pasar inadvertidas e integrarse a la sociedad de la forma más discreta posible (W. Bockting et al., 2016).

De acuerdo a las recomendaciones de la WPATH y de países de la región con mayor experiencia en terapias de readecuación HaM como Argentina, Chile o Uruguay, el promedio efectivo de cambio y seguimiento continuo de la terapia feminizante es de 2 años. En el caso de la paciente, tras 6 meses de tratamiento manifiesta cambios físicos positivos como el aumento del tamaño de las mamas y mejor aspecto de la piel, resultados que afianzan la relación paciente-sistema de salud; desde la consulta de medicina familiar se debe acompañar a las pacientes dentro del tiempo recomendado, se conoce que luego de alcanzar la dosis terapéutica adecuada, ésta deberá ser sostenida para mantener los cambios (Coleman, 2012).

En Ecuador las visitas domiciliarias son un elemento indispensable para diagnóstico y seguimiento de “todos los pacientes con riesgo a través de la aplicación de la ficha familiar y elaboración del plan de intervención”. En este abordaje de la familia se evalúa de manera integral a cada individuo miembro en su esfera biopsicosocial, “lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías: aparentemente sano, con factores de riesgo, con patologías crónicas, y con deficiencias/discapacidades”. Lo anterior garantiza una adecuada atención y seguimiento de cada uno de los miembros de la familia así como también establecer el intervalo de tiempo en el que deben ser evaluados. Para los pacientes Trans el documento MAIS no establece una categoría

como paciente prioritario o vulnerable lo que infiere en el criterio del profesional (MAIS - MSP, 2018).

El MAIS define un *Adulto en Riesgo* como aquella “persona que padece de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo”. En este caso se refiere a “hábitos tóxicos o aquella persona con riesgo social, como la posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida”, entre otros. Es así que desde esta perspectiva si bien un paciente trans adulto sería alguien aparentemente sano, debe ser catalogado como un adulto en riesgo, tomando como referencia las premisas de la OPS donde indica que “las personas Trans, independientemente del lugar del mundo en el que vivan, están expuestas a un riesgo más elevado de sufrir violencia, acoso y discriminación; sin dejar de anotar que debido a lo expuesto, se encuentran más vulnerables a tendencias suicidas por estados depresivos, a desarrollar adicciones y más alto riesgo de contraer enfermedades transmisibles por vía sexual a falta de acceso a educación sanitaria” (W. & K. J. Bockting, 2011; MAIS - MSP, 2018).

Con respecto a la discriminación, muchos servicios de salud pueden incurrir en segregación, por ejemplo diferenciar baños entre hombres y mujeres o designar pacientes transfemeninas a salas de varones, lo cual genera desconcierto e incluso propensión a burlas por parte de otros usuarios. La literatura apela a “un entorno clínico culturalmente competente que incluya instalaciones adecuadas para dar cabida a personas con diversas identidades y expresiones de género”. También es importante destacar que los sistemas de salud de la región enfocan sus recursos a la atención de otros grupos etarios y vulnerables, pero deja de lado la atención de “las

poblaciones Trans. Como consecuencia, los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe no están suficientemente preparados para satisfacer las necesidades de salud de la diversidad sexual y de género” (W. & K. J. Bockting, 2011).

Con respecto al caso, no se identificó una percepción de discriminación, la paciente no indicó haber sentido exclusión en el sistema de salud así como en su familia o entorno cercano, sin embargo en el reporte del Análisis de la Situación Trans emitido por el INEC en el año 2013, se observó que “7 de cada 10 personas Trans han vivido alguna forma de discriminación en el ámbito familiar”, la representación más recurrente ha sido “la obligación a vestirse de acuerdo con su sexo biológico, seguido de prohibiciones de salir con otras personas”; además se detallaron situaciones de rechazo como dejarles de hablar y expulsarlos de casa. A nivel del sector salud “más del 60% de la población ha vivido experiencias de tipo discriminatoria” (INEC, 2013).

En lo que respecta a la prescripción médica hormonal varios países de Europa como Holanda, Reino Unido y España contemplan de forma completa todo el abordaje de pacientes Trans dentro de sus sistemas de salud y están en capacidad de ofertar desde las terapias para modular la voz, medicamentos hormonales y cirugías de reasignación. En Estados Unidos de América este hecho varía según cada estado y el tipo de seguro médico con el que cuente cada paciente, pero de forma general existe una oferta más amplia a nivel privado (Wylie et al., 2016).

El esquema terapéutico basado en la evidencia para la paciente del caso fue una combinación de estradiol puro más un antiandrógeno. En Ecuador no existe un protocolo estandarizado para prescripción de este tipo de medicamentos, el Valerato

de Estradiol aunque se encuentra dentro del cuadro básico de medicamentos básicos (CNMB), no está en stock dentro de las entidades públicas y de manera privada solo se encuentra la presentación de parches incidentalmente. Por otra parte el antiandrógeno de elección fue la Espironolactona que también consta en CNMB pero se contempla como diurético, este medicamento fue descargado desde el segundo nivel por parte del médico endocrinólogo. La paciente se apegó al tratamiento con acceso al estradiol por sus propios medios, en la reseña del caso se describió la dificultad de encontrar el parche de Valerato de Estradiol lo que obliga su búsqueda en mercados internacionales, realidad para el resto de pacientes (CNMB-MSP, 2020).

A pesar que el país fue uno “los primeros de la región en establecer la identidad de género como categoría protegida contra la discriminación de manera constitucional en 2008”, es evidente que no se ha intervenido en promover y promulgar el acceso a todos los servicios de salud, lo que comprende acceso a los medicamentos adecuados para los fines de reasignación de género así como la atención de salud idónea y con personal altamente capacitado, si bien el Manual para la atención LGBTI hace énfasis en dar una atención de calidad y calidez, no especifica el manejo de la feminización. (DNN - MSP, 2016).

Las guías mundiales revisadas para este documento concuerdan que la atención de pacientes Trans que solicitan readecuación debe manejarse a nivel primario donde el profesional médico está capacitado para emitir un “diagnóstico de disforia de género” y adaptar un modelo de atención de consentimiento informado que le permite iniciar la terapia hormonal y en la progresión del tratamiento determinar

cuándo debe ser referido a niveles superiores. Si bien la paciente de este estudio fue abordada por el primer nivel de atención se apoyó en el segundo nivel de atención con el objetivo de viabilizar exámenes de laboratorio específicos y adquirir la medicación, limitantes actuales del primer nivel. La experiencia de sistemas de salud cercanos como Argentina o Uruguay evidencia que todos los aspectos del diagnóstico y seguimiento los domina el primer nivel de atención (UNFPA, 2016).

Conclusiones

1. La atención de la paciente transgénero en el primer nivel de atención fue integral porque se tomó en cuenta la accesibilidad geográfica y económica, se intervino a nivel individual y familiar con énfasis en el respeto de cada ciclo vital, en la gestión institucional se trabajó en conjunto con el segundo nivel y se coordinó el seguimiento correspondiente, se logró la inclusión y el acceso oportuno al SNS en el caso de la paciente y aunque los tiempos pueden ser dilatados el sistema de referencia y contrareferencia nacional funciona.
2. El proceso de transición de la paciente fue progresivo en el tiempo aunque hubo retrasos por difícil acceso a medicamentos específicos que en el Ecuador no están contemplados dentro de protocolos o algoritmos de manejo, al no ser medicamentos de frecuente prescripción son escasos dentro del país. El sistema de salud no cuenta con la terapéutica hormonal recomendada y los pacientes se ven obligados a buscarlos en mercados internacionales o a su vez abandonar la prescripción médica para retomar pulsos hormonales no recomendados y auto prescritos entre los grupos trans como en un inicio acaeció la paciente del caso.
3. Se estableció un modelo de seguimiento integral con la gestión de la accesibilidad a todos los servicios del Sistema de Salud, el acompañamiento individual y familiar continuo y la instauración de la terapia indicada para feminización bajo las normas de WPATH que infiere vigilancia estricta el primer año años y la progresión de la misma mientras la paciente desee mantener los cambios.

4. La percepción de la paciente es positiva a la finalización de este proyecto tras 6 meses de uso continuo de estrógenos y espironolactona. En su proceso de transición manifestó cambios agradables en su anatomía que le conllevaron a una mejor percepción de su cuerpo en torno al género sentido. Si bien la paciente no refirió en su historia hechos de segregación sin embargo el difícil acceso a medicación, laboratorio hormonal y citas con especialistas pueden ser sinónimos de falta de atención a grupos minoritarios en contraposición a lo que propone la Guía de atención para grupos LGBTI del MSP que insta a la atención integral en temas de derecho un paso importante a cumplir con los objetivos del MAIS.
5. La literatura revisada indica que existen protocolos y manuales específicos como los de países anglosajones y países cercanos de la región, que constituyen una nutrida base bibliográfica para los profesionales de salud de primera línea, en lo que respecta al manejo terapéutico de la población Trans que solicita terapia con hormonas para su reasignación de género y han constituido la guía de ruta para el manejo integral de la paciente. En lo que respecta a normativa legal todos los tratamientos hormonales cruzados y de reasignación de sexo se respaldan en el respeto a los Derechos Humanos Universales y se sustentan en los principios de Yogyakarta en torno a la identidad de género.

Recomendaciones

1. Se recomienda fortalecer la calidad de atención dirigida a los grupos trans en cuanto al acceso y buen trato en todos los niveles de atención del país desde la actualización en derechos de género al proceso de mejora en la calidad de los servicios para pacientes LGTBI.
2. Se recomienda a la Academia afianzar la formación de los diferentes profesionales de salud del país en atención a grupos minoritarios. Por su parte la formación de Médicos de Familia debe incluir el abordaje de personas transgénero con la integración de un Módulo de Atención de Salud para pacientes Trans, donde los posgradistas se perfeccionen en el manejo integral, se especialicen en prescribir terapias de afirmación de género y sean ellos los que dirijan desde el primer nivel el manejo multidisciplinario de la readecuación, como lo vienen desarrollando varios países.
3. Es recomendable fortalecer la cartera de servicio para pacientes LGBTI en Ecuador con la sensibilización, capacitación y actualización sobre el tema en las políticas públicas, así como la construcción de Protocolos de Atención a personas Trans que incluya esquemas terapéuticos. En este marco los profesionales de las unidades de primer nivel deben recibir una adecuada capacitación sobre disforia de género, tratamientos de reasignación, riesgos dentro del entorno y empoderarse de los planes de atención como lo establece el MAIS.
4. Se recomienda que en la oferta de la atención de pacientes transgénero, el estado amplíe los recursos humanos, técnicos y económicos para dotar a las unidades de

salud con insumos como los medicamentos básicos requeridos para los tratamientos de hormonización cruzada y el abordaje integral adecuado.

5. El presente trabajo abre la puerta a otros estudios y análisis de la población transgénero que precisa soporte terapéutico, que afiance desde la investigación cualitativa y cuantitativa el tema del abordaje integral de la feminización, para fortalecer el manejo desde el primer nivel de atención a pacientes que solicitan acompañamiento en su readecuación al cambio de género.

Referencias

- Adaury, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A., & Salinas, H. (2018). *Artículo de Revisión Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH) (1) y guías clínicas de la endocrine society . (2)*. 83(4), 426–441.
- APA. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (E. M. Panamericana. (ed.)).
- Behavioral, M., Factor, R., Survey, S., & Variance, G. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *The American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Bockting, W. & K. J. (2011). *POR LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS*. [https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint Trans EspaÃ±ol.pdf](https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%B1ol.pdf)
- Bockting, W., Coleman, E., Deutsch, M. B., & Guillamon, A. (2016). *Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people*. 23(2), 188–197. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000232>
- CNMB-MSP. (2020). Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. *Registro Oficial*. http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/medicamentos/Edicion_especial_R.O.A.M_138_EE138_2019.11.25_CNMB_10ma.rev.pdf
- Coleman, E. et. al. (2012). *Normas de atención WPATH* (7th ed.).
- Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2017). Una aproximación a la situación de los derechos humanos de las personas trans en Ecuador. *Consejo Nacional Para La Igualdad de Género*. <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/diccionario-de-lengua-de-senas-ecuatoriano-gabriel-roman/%0Ahttp://www.igualdadgenero.gob.ec/>
- Dirección Nacional de Normatización - MSP. (2016). *Atención en salud a personas LGBTI*. https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/manual_lgbti.pdf
- Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., Almaraz, M. a. C., Martínez-Tudela, J., Bergero, T., Oliveira, G., & Soriguer, F. (2012). Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 203–209. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.021>
- Ettner, F. M. (2018). Primary Care for the Transgender and Gender Nonconforming Patient. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 301–306. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.001>
- Fonseca, A. M., León, M. V., Sierra, A. M., & Rojas, W. (2016). Disforia de género, presentación de un caso masculino a femenino (MTF) en el Hospital de San José. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(4), 247–251. <https://doi.org/10.1016/j.reper.2016.11.008>

- Gil-Borrelli, C. C., Velasco, C., Iniesta, C., de Beltrán, P., Curto, J., & Latasa, P. (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 175–177. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.013>
- Gil-Borrelli, C., Velasco, C., Martí-Pastor, M., & Latasa, P. (2018). La identidad de género, factor de desigualdad olvidado en los sistemas de información de salud de España. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 184–186. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.004>
- Gold, M. (2018). *El ABC de LGBTQIA + - The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2018/06/21/style/lgbtq-gender-language.html>
- Grau, J. M. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2). <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- Grimstad, F., McLaren, H., & Gray, M. (2021). The gynecologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(3), 266–273. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.002>
- Hembree, W. C. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society* clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hembree, W. C., Cohen-kettenis, P. T., Gooren, L., Sabine, E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., & Safer, J. D. (2017). Tratamiento Endocrinológico para Personas con Disforia de Género o Incongruencia de Género : Guía sobre Prácticas Clínicas de la Endocrine Society. *Endocrine Society*, 1, 1–12.
- Hernández, B. (2019). *¿ Qué es la transexualidad ? Una guía sobre diversidad sexual y de género*. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/31381>
- INEC. (2013). Analisis_situacion_LGBTI. *Estudio de Caso Sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Cumplimiento de Derechos Humanos de La Población LGBTI En El Ecuador*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Analisis_situacion_LGBTI.pdf
- LGBT Health Education Center. (2016). *Atención afirmativa para personas transgénero y de género no conformista: Las mejores prácticas para el personal de atención de salud de primera línea*. <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/2016/02/SPANISH-Affirmative-Care-for-Transgender-and-Gender-Non-conforming-People.pdf>
- MAIS - MSP. (2018). *Manual del modelo de Atención Integral del SÍstema Nacional de Salud*. <http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/index.php/renovando-el-ministerio/126-que-es-el-modelo-de-atencion-integral-de-salud>

- Ministerio de Salud y desarrollo social de Argentina. (2018). *Atención integral de la salud de las personas trans Recomendaciones para los equipos de salud*. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000877cnt-2016-09_atencion-personas-trans.pdf
- Moreno-Pérez, Ó., Esteva, I., Antonio, D., Identidad, G. De, De, S., & Gidseen, S. (2012). *Clinical practice guidelines for assessment and treatment of transsexualism*. *SEEN Identity and Sexual Differentiation Group*, 59(6).
- Rosendale, N., Goldman, S., Ortiz, G. M., & Haber, L. A. (2018). Acute Clinical Care for Transgender Patients: A Review. *JAMA Internal Medicine*, 178(11), 1535–1543. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4179>
- Soley-Beltran, P. (2014). *Transexualidad y Transgénero : una perspectiva bioética*. *Transsexuality and Transgender : a bioethical perspective*, 21–39.
- Spack, N. P. (2015). *CLINICIAN ' S CORNER Management of Transgenderism*.
- Stumbar, S. (2018). The responsibility of family physicians to our transgender patients. *American Family Physician*, 98(11), 635.
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2018). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>
- Tangpricha, V. (2015). Safety of transgender hormone therapy. In *Journal of Clinical and Translational Endocrinology* (Vol. 2, Issue 4, p. 130). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.09.001>
- UNFPA. (2016). *Guía clínica para la Hormonización en personas Trans*.
- Whitlock, B. L., Duda, E. S., Elson, M. J., Schwab, P. P., Uner, O. E., Wen, S., & Schneider, J. S. (2019). Primary Care in Transgender Persons. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 48(2), 377–390. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.004>
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401–411. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00682-6)
- Zapata, A. (2019). Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. In *Rev Med Chile* (Vol. 147).

Anexos

ANEXO 1. Cartas de Solicitud y Autorización del Centro de Salud

Portoviejo, 30 de Diciembre de 2020

Dra. Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez
MEDICA POSGRDISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Centro de salud Los Ángeles.-

De mi consideración:

En respuesta al oficio con fecha 23 de diciembre de 2020, en el cual se solicita la revisión de la historia clínica # 06094 con el objetivo de realizar el trabajo de titulación "Atención integral de salud a una paciente transgénero para feminización en el primer nivel de atención, centro de salud Los Ángeles de la ciudad de Portoviejo - Ecuador en el período 2020-2021. A propósito de un caso" y tras el consentimiento informado aceptado desde el paciente en mención; me permito informar que desde mi autoridad como director del centro de salud Los Ángeles del Distrito 13D01 se autoriza la solicitud enviada.

Atentamente


Zambrano Cusme Carlos Andrés
ENFERMERO
CI: 1311743874

Lcdo. Carlos Andrés Zambrano Cusme.
Líder Centro de Salud Los Ángeles
Tel. 0969923818

ANEXO 2. Consentimiento informado

FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE CASO

TITULO:

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A UNA PACIENTE TRANSGÉNERO PARA FEMINIZACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, CENTRO DE SALUD LOS ANGELES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO-ECUADOR EN EL PERÍODO 2020-2021. A PROPOSITO DE UN CASO.

INVESTIGADOR:

**MD. CECILIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
POSGRADISTA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

LUGAR DE REALIZACIÓN:

CENTRO DE SALUD LOS ANGELES EN LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, MANABI, ECUADOR.

I- INTRODUCCIÓN:

Antes que Usted decida participar en el estudio lea cuidadosamente este formulario y haga todas las preguntas que tenga, para asegurar la comprensión de los procedimientos del estudio, riesgos y beneficios; de tal forma que Usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no en el mismo. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al investigador responsable su explicación, sienta absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayuda a aclarar sus dudas. Ella le deberá proporcionar toda la información que necesite para entender el estudio.

Una vez que haya comprendido el estudio y si Usted desea participar, entonces se le solicitará que firme esta forma de consentimiento, del cual recibirá una copia firmada y fechada.

II- PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Describir y analizar el acompañamiento médico de una paciente transgénero que solicita terapia hormonal para feminización en el primer nivel de atención, un estudio de caso para toma de decisiones diagnósticas y manejo integral.

III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

A la investigadora y médico posgradista le atañe realizar este estudio como método de titulación para obtener el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El caso es poco frecuente por lo que es de interés su presentación y estudio, lo que permite añadir un aporte médico a los conocimientos de la comunidad científica.

IV. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos:

General:

Describir la atención integral y el acompañamiento a una paciente transgénero para feminización en el primer nivel de atención, por el médico familiar del Centro de Salud Los Ángeles de la ciudad de Portoviejo-Ecuador, durante el período 2020-2021.

Específicos:

- Describir el proceso de transición de masculino a femenino y su manejo multidisciplinario en el primer nivel de atención.
- Establecer un modelo de seguimiento y abordaje integral a pacientes LGTBI desde el equipo de salud en el primer nivel de atención.
- Exponer la percepción de la paciente transgénero sobre el manejo integral en el margen de la salud pública.
- Revisar la literatura actualizada sobre atención integral en pacientes transgénero, feminización, tratamiento hormonal y normativa legal.

V.- PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Desde la presentación del proyecto hasta la culminación del mismo se ha propuesto que el mismo dure aproximadamente 2 semestres.

VI. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este estudio tiene el beneficio de producir conocimiento científico para mejorar el manejo integral de la feminización en pacientes mujeres transgénero.

VII. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

A juicio de la investigadora el estudio no implica ningún tipo de riesgo físico o psicológico para Usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias de ninguna naturaleza.

VIII- BENEFICIOS

Es probable que Usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio. Este estudio tiene el beneficio de producir conocimiento científico. Los hallazgos que arroje la investigación podrían aportar a la ciencia para un mejor manejo para el futuro de esta condición.

IX- CONFIDENCIALIDAD Y ALMACENAMIENTO INFORMACIÓN

Los datos proporcionados por la historia clínica, serán solo únicamente para estudio médico, respetando completamente la confidencialidad, no se utilizará nombres, ni número de cédula, ni códigos. Se mantendrá en anonimato la identidad, respetando el derecho a la integridad personal.

X.- VOLUNTARIEDAD

Su participación en este estudio es totalmente voluntario. Usted puede decidir participar o no en este estudio de caso, su decisión de participar o no en este proyecto no afectará la atención que puede seguir recibiendo.

XI. DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

He leído, comprendido y discutido la información anterior con el investigador responsable del estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Mi participación en este estudio es voluntaria, podré renunciar a participar en cualquier momento, sin causa y sin responsabilidad alguna.

Si durante el transcurso de la investigación, surge información relevante para continuar participando en el estudio, el investigador deberá entregar esta información.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y/o educativos.

Si durante el transcurso de la investigación me surgen dudas respecto a la investigación o sobre mi participación en el estudio, puedo contactarme con la investigadora responsable:

Dra. Cecilia Alejandra Rodríguez Rodríguez, teléfono: 0980155597 correo electrónico cecimedics@gmail.com

Acepto participar en este estudio de investigación titulado: Atención integral de salud a una paciente transgénero para feminización en el primer nivel de atención, centro de salud Los Ángeles de la ciudad de Portoviejo-Ecuador en el período 2020-2021. A propósito de un caso.


FIRMA DEL PARTICIPANTE


FIRMA DEL INVESTIGADOR

23/12/2020

ANEXO 3. Ficha familiar /Visita Domiciliaria.

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CORONARIO		ÁREA Nº		CODIGO LOCALIZACIÓN		NUMERO DE FAMILAR		FICHA	
MSP		05 bs ANAGUAS		1241		1		01 01 13		20460			
PERSONAL		PERSONAL		PERSONAL		PERSONAL		PERSONAL		PERSONAL		PERSONAL	
MOMARI		MONTIPELO		Cruces		1		219		219		219	
SEXO		NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA		NOMBRE Y APELLIDO DEL SEÑOR DE LA FAMILIA		NOMBRE Y APELLIDO DEL SEÑOR DE LA FAMILIA		NOMBRE Y APELLIDO DEL SEÑOR DE LA FAMILIA		NOMBRE Y APELLIDO DEL SEÑOR DE LA FAMILIA		NOMBRE Y APELLIDO DEL SEÑOR DE LA FAMILIA	
M		MONTIPELO		MONTIPELO		MONTIPELO		MONTIPELO		MONTIPELO		MONTIPELO	
5/12		SIFA		MONTIPELO		MONTIPELO		MONTIPELO		MONTIPELO		MONTIPELO	
				Clemente Rodriguez		Clemente Rodriguez		Clemente Rodriguez		Clemente Rodriguez		Clemente Rodriguez	
								009812011		27/12/2020		0010	

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA												
LATITUD			LONGITUD			ALTURA			OTROS DATOS			

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD																
GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO		ESTADUAL					RIESGO ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	NUMERO DE HISTORIA CLINICA	NUMERO DE DOCUMENTOS CLINICOS		
					M	F	SI	NO	SI	NO	SI				NO	SI
1-4 AÑOS																
5-9 AÑOS																
10-19 AÑOS																
20-29 AÑOS	Sara Julia Zambrano	MCH	11/09/84	Comerciante		X		X						Riesgo Social: Grupo LGBTI	005460	134743812
30-39 AÑOS	Angela Escobar	MADRE	03/02/85	DOM DE CASA		X	X							MIGRANES	004342	4128712159
40-49 AÑOS	Clemente Rodriguez	PADRE	05/02/59	Jornalero	X			X							000341	170741592
TOTALES																

3 MORTALIDAD FAMILIAR												
GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE ULTIMA VENTILACION	FECHA PROBABLE DEL PARTO	EDAD EN MOMENTO DEL PARTO	CAUSA							
EMBARAZADAS												

4 RESPONSABLE DEL LLENADO			
NOMBRE Y APELLIDO	CELENO	FECHA	OTROS DATOS
Cecilia Ramirez R	21/05		

FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS

5 CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR													
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACION											
		22-12-2020											
		0= SIN RIESGO 1= RIESGO MUY BAJO 2= RIESGO BAJO 3= RIESGO MODERADO 4= RIESGO ALTO											
A	1 PERSONAS CON VACUNACION INCOMPLETA												
	2 PERSONAS CON MALNUTRICION (SOBREPESO O DESNUTRICION)												
	3 PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO												
	4 EMBARAZADAS CON PROBLEMAS												
	5 PERSONAS CON DISCAPACIDAD												
	6 PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES												
B	7 CONSUMO DE AGUA INSEGURA												
	8 MALA ELIMINACION DE BASURA Y EXCRETAS												
	9 MALA ELIMINACION DE DESECHOS LIQUIDOS												
	10 IMPACTO ECOLOGICO POR INDUSTRIAS												
	11 ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS												
C	12 POBREZA												
	13 DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA												
	14 ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE												
	15 DESESTRUCTURACION FAMILIAR												
	16 VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCION												
	17 MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA												
	18 HACINAMIENTO												
	TOTAL												
NIVEL DE RIESGO TOTAL		SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
CALIFICACION (SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGUN EL RIESGO TOTAL)													
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO TOTAL		0= SIN RIESGO	1-14= RIESGO BAJO	15-34= RIESGO MEDIO	35-72= RIESGO ALTO								
RESPONSABLE DE LA CALIFICACION		Cecilia Ramirez R											

FICHA FAMILIAR - RIESGOS

