



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en enfermería

Curso académico 2018/2019

TRABAJO FIN DE GRADO

Plan de cuidados estandarizado ante un paciente
transgénero en tratamiento hormonal

Autora: Ana Isabel Herrero Gómez

Tutores: Luis Hijós Larraz

Cristina Barajas Gracia

Índice

1. RESUMEN	2
2. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. OBJETIVOS	8
5. METODOLOGIA	8
6. DESARROLLO	9
6.1.-Aspectos que influyen en la salud del colectivo	9
6.2.-Valoración enfermera	10
6.3.-Formulación de problemas	12
6.4.-PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS.....	13
7. CONCLUSIÓN	21
8. ANEXOS.....	26
Anexo 1: escalas para valorar ansiedad (esantra) depresion para transexuales (esdantra).....	27
Anexo 2: vias de administración del tratamiento hormonal en hombres trans.....	29
Anexo 3: vias de administración del tratamiento hormonal en mujeres trans	30
Anexo 4: efectos de los tratamientos hormonales esperables y tiempo en el que se producen.....	31
Anexo 5: riesgos medicos asociados a la terapia hormonal.....	32
Anexo 6: acciones para aliviar la disforia de género según la wpath	32

1. RESUMEN

Introducción: Las personas transgénero son aquellas que no se identifican con el sexo asignado al nacer. Este colectivo presenta una mayor incidencia de problemas de salud como la ansiedad o la depresión, pero se encuentran bastante invisibilizados dentro del sistema de Salud, por lo que la capacitación del personal que los atiende no es adecuada.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es proponer un plan de cuidados de enfermería que identifique los principales problemas del colectivo trans y proponga los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones oportunos.

Metodología: Para realizar este plan de cuidados, se realizó una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos (Pubmed, Cuiden, ScienceDirect...) y posteriormente se elaboró un plan de cuidados estandarizado siguiendo la metodología del modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NOC y NIC, seleccionándose los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones más oportunos.

Desarrollo: En el plan de cuidados se desarrollan tres diagnósticos enfermeros: Discomfort, Conocimientos deficientes y riesgo de baja autoestima situacional. El plan de cuidados se centra en dar información completa al paciente sobre su tratamiento hormonal y en disminuir el impacto de la discriminación en la persona.

Conclusión: La mayoría de problemas identificados se organizan entorno al área psicológica, clasificándose en la necesidad 9 (Detectar y evitar peligros, y evitar perjudicar a otros) y 10 (Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones) de Virginia Henderson. Una correcta valoración y planificación son necesarias para proporcionar cuidados enfermeros adecuados para este tipo de pacientes.

Palabras clave: Personas Transgénero, Transexualismo, Disforia de género, Atención de Enfermería, Proceso de Enfermería.

2. ABSTRACT

Introduction: Transgender people are those who don't identify with their sex assigned at birth. This group shows higher rates of health problems like anxiety or depression, but they are quite invisibilized on the National Health System, so the staff's training is inadequate.

Objective: The aim of this project is to recommend a care plan to identify the main problems of trans collective and to propose some convenient nursing diagnoses, results and interventions.

Methodology: In order to make this care plan, a bibliographic research was carried out in some database (Pubmed, Cuiden, ScienceDirect...) and afterwards a standardised care plan was done following Virginia Henderson's model. In order to do this care plan, NANDA, NOC and NIC taxonomy were used, choosing those nursing diagnosis, results and interventions that were more convenient.

Development: On this care plan, three nursing diagnosis were identified, which are discomfort, deficient knowledge and situational low self-esteem risk. This care plan is focused on giving complete information to transgender patients about their hormonal treatment and decrease the discrimination impact on transgender people.

Conclusion: The majority of problems which were identified are organised around the psychological area, classified on the Virginia Henderson 9th need (Avoid dangers in the environment and avoid injuring others) and 10th need (Communicate with others expressing emotions, needs, fears or opinions). A correct assessment and planning are needed in order to provide with adequate nursing care for this kind of patients.

Keywords: Transgender persons, transsexualism, nursing care, nursing process.

3. INTRODUCCIÓN

La sociedad se organiza en torno a un sistema sexo/genero binario, dependiente de los genitales externos identificados al nacer; es decir, se clasifica a las personas según su sexo biológico en una de estas dos categorías: sexo masculino y sexo femenino. En relación a este sexo biológico, se le asigna a la persona un rol de género, que será hombre o mujer, y que conlleva una serie de comportamientos y actitudes asociados. Además, se esperará de la persona una expresión de género concreta (masculinidad y feminidad) que comprenden aspectos como la forma de vestir, de hablar, de actuar... (1)

Sin embargo, puede darse la situación de que una persona no se identifique con el género asignado al nacer según sus características sexuales. Generalmente, las personas comienzan a reconocer y asumir su identidad de género entre los 2-3 años, coincidiendo ésta con el género asignado al nacer en función al sexo. En el caso de las personas transgénero, esta identidad difiere de la asignada al nacer. Estos individuos experimentan altos niveles de disconfort producidos por la discrepancia entre el género asignado al nacer y el género que perciben como suyo, que sería el contrario. Además, manifiestan una gran incomodidad con su apariencia física (especialmente con aquellas características sexuales identificadas con el género asignado al nacer) y una imagen de su cuerpo negativa (2).

En cuanto a la prevalencia, existe una gran variedad de resultados debido, entre otras causas, a la inconsistencia de los métodos de clasificación diagnóstica y a las dificultades en la identificación de los casos. Algunos estudios han realizado una estimación tomando en cuenta las cifras de personas que acceden a tratamiento en clínicas de reasignación sexual en Europa. Según un estudio realizado en la clínica de disforia de género de Ámsterdam, la prevalencia es de aproximadamente 1/10000 asignados hombres (mujeres trans) y 1/30.000 asignados mujeres (hombres trans). Otros estudios más recientes, como el de Arcelus et al, estiman una prevalencia de 1/20.000 en la población total, desglosándose en 1/15.000 mujeres trans y 1/40.000 para hombres trans.

Conviene diferenciar entre los términos transgénero y transexual, habitualmente utilizados de manera incorrecta. *“El término «transgénero» hace referencia a aquellas personas cuya identidad de género difiere con una intensidad variable del sexo asignado al nacimiento. Estas personas pueden tener como último fin o no la cirugía de reasignación sexual. El término «transexual» se refiere a las personas cuya identidad de género difiere de la asignada (igual que en el caso anterior) y que además desean realizar el proceso médico de reasignación sexual. “Para englobar ambos conceptos, se utiliza frecuentemente el término trans (4).*

El colectivo trans presenta mayor incidencia de problemas de salud como enfermedades de transmisión sexual, problemas de salud mental (depresión, ansiedad...) y mayor incidencia de abuso de drogas. Además, presentan un menor acceso a los servicios de salud y una esperanza de vida menor (5).

Sin embargo, a pesar de la gran incidencia de problemas de salud entre este grupo social observada en estudios, en España, este colectivo se encuentra bastante invisibilizado en las estadísticas sobre problemas de salud. En el Sistema de Información Sanitaria (SIS), se encuentran escasos datos sobre la identidad de género de los usuarios del sistema nacional de Salud. Esto conduce al desconocimiento de las barreras de acceso al sistema sanitario y de las necesidades específicas de salud de este colectivo (4).

En 2010, se comenzó a avanzar hacia la despatologización de la transexualidad con el cambio en el borrador de la nueva edición de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), en el cual aparece definida como disforia de identidad de género en lugar de trastorno de identidad de género (anterior denominación), eliminando en parte la patologización del término(6).

Posteriormente, en 2016, la OMS incluyó en su última actualización del *International statistical classification of diseases and related health problems* (ICD-11) la transexualidad como una “incongruencia de género”, en lugar de clasificarla como trastorno mental o de comportamiento. Esta clasificación fue finalmente presentada en 2018. Esto quiere decir que ya no

se consideraría según la OMS como un trastorno psiquiátrico, si no como una cuestión física (discrepancia entre el cuerpo y el género asignado a la persona). Sin duda es un importante paso para lograr la despatologización (7).

Atrás queda la primera descripción de la transexualidad, producida en 1923 por el sexólogo y psiquiatra Magnus Hirschfeld. En los años 50, el endocrinólogo Harry Benjamin introduce el término en el campo de la medicina y comienza a administrar tratamientos hormonales. Posteriormente, crea una asociación llamada Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, y desde esta asociación se crea el primer protocolo de atención médica para la disforia de género en 1979 (1). Posteriormente fueron apareciendo distintos protocolos y guías, como por ejemplo la guía *Standards of Care for the Health of transexual, transgender and Gender Nonconforming people* de la WPATH, la cual lleva editando esta guía desde 1979 hasta la actualidad, siendo la actual su séptima edición (8).

En España, la atención a este colectivo se suele realizar en unidades especiales llamadas Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG). En 1999 se creó la UTIG de Málaga, que da atención en Andalucía, y en 2007 apareció la UTIG de Madrid, la cual aportaba la novedad de contar con un equipo multidisciplinar, incluyendo perspectivas psicológicas y sociológicas. Posteriormente, han ido surgiendo otras unidades (Barcelona, Bilbao, etc.....) conforme ha ido aumentando la demanda (9).

El acceso a estas unidades se realiza a través de la derivación desde atención primaria. Una vez el paciente es derivado, se realiza una evaluación psicológica y una historia clínica, centrándose en aquellos aspectos relacionados con la identidad de género del paciente. Además, también se analizan aspectos sobre la estructura de personalidad de los pacientes, la presencia de síntomas ansioso-depresivos y la calidad de vida de los pacientes. Después de esta primera evaluación, se reúne el equipo multidisciplinar para valorar el diagnóstico del paciente y proceder a la siguiente fase, que sería el tratamiento hormonal (que requerirá de controles cada 3 meses durante el primer año, y cada 6 meses posteriormente) y la "experiencia de vida real", la cual consiste en que el

paciente adopte la imagen y expresión que corresponde al género percibido (9).

Durante la fase de experiencia de vida real, el paciente puede presentar sentimientos contradictorios que le produzcan síntomas ansioso-depresivos. Por ello, se debe trabajar con los pacientes para reducir esta ansiedad, además de ofrecerles herramientas para el autocontrol emocional, intervención en disfunciones sexuales, preparación para las cirugías de modificación de características sexuales secundarias y adherencia al tratamiento hormonal (9).

Los pacientes deben estar en tratamiento hormonal al menos dos años y haber tenido éxito en la experiencia de vida real para ser candidatos a la cirugía de reasignación sexual o a la cirugía de modificación de caracteres sexuales secundarios (7). El tratamiento hormonal, junto con un soporte psicológico adecuado y una combinación de cirugías de reasignación sexual tiene unas tasas de éxito muy elevadas, cercanas al 90%, con un porcentaje de arrepentimiento inferior al 3% (10)

En cuanto a guías de atención, existe una guía española para la atención a personas trans, en la cual se describe con bastante detalle el papel de los distintos profesionales sanitarios, incluyendo en la última edición de 2012 a profesionales de enfermería, entre otros (5).

Debido a la necesidad de realizar una atención integral apoyada en el trabajo de un equipo multidisciplinar y al aumento de la demanda de asistencia sanitaria en las unidades especiales, es necesario mejorar el nivel de capacitación del profesional enfermero sobre este tipo de pacientes y su papel en la asistencia a los mismos, no solo sobre los tratamientos médicos, sino también sobre salud mental y problemas de salud derivados. La mayoría de los profesionales de enfermería no reciben formación específica sobre los problemas de salud del colectivo trans, lo cual podría ser beneficioso, ya que enfermería provee cuidados tanto a nivel primario como en distintas especialidades y podrían mejorar la calidad y el acceso de estos pacientes a los cuidados que necesitan (11).

4. OBJETIVOS

Objetivo general: Proponer un plan de cuidados estandarizado actualizado que oriente la atención de enfermería hacia los problemas de salud más frecuentes que presenta este colectivo.

Objetivos específicos:

- Identificar los principales aspectos que influyen en la salud del colectivo transgénero.
- Sugerir un método de valoración desde un enfoque enfermero para este tipo de personas.
- Identificar aquellos problemas más relevantes que afectan al colectivo transgénero.
- Proponer un plan de cuidados para los diagnósticos de enfermería anteriormente identificados

5. METODOLOGIA

En primer lugar, se realiza una revisión bibliográfica para conocer el estado actual del problema. Esta revisión bibliográfica se realiza en las bases de datos especificadas en la tabla 1, utilizando una serie de términos o palabras clave:

Bases de datos	Palabras clave/términos de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Pubmed	"Transsexualism" AND "delivery of health care"	50	5
Cuiden	"Transexualismo"	31	1
Scielo	"Personas transgénero"	57	3
ScienceDirect	"disforia de género" OR "Personas transgénero"	71	7

Tabla 1: Resultados de la búsqueda en bases de datos

De los encontrados, se seleccionaron los artículos siguiendo los siguientes criterios de selección:

- Fecha de publicación posterior a 2011.

- Idioma empleado en el artículo: inglés o castellano.

Posteriormente se complementó con otras fuentes para la realización del plan de cuidados, que son la web de NANDA, el libro "Los diagnósticos enfermeros" de Maria Teresa Luis y los libros "Clasificación de resultados de enfermería (NOC) y "Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

El plan de cuidados será realizado según la metodología del modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades. Una vez identificados los principales problemas que afectan al colectivo transgénero, se utilizará la metodología de la Nanda/Nic/Noc, seleccionando los diagnósticos de enfermería/problemas de colaboración oportunos y posteriormente, desarrollando aquellos resultados (NOC) e intervenciones (NIC) que se consideren adecuadas (12)

6. DESARROLLO

6.1.-Aspectos que influyen en la salud del colectivo

El primer paso para realizar el plan de cuidados será identificar aquellos problemas que se encuentren más frecuentemente en este colectivo. Como se menciona en la introducción del trabajo, estos pacientes frecuentemente presentan síntomas ansioso-depresivos, especialmente al comienzo de la fase de experiencia de vida real. Además, la incidencia de ansiedad, depresión y otros problemas relacionados con la salud mental es más alta entre las personas de este colectivo (5,9). También puede existir un gran sentimiento de ansiedad antes de hacerse visibles en la sociedad como persona transgénero, producida por la sensación de "encierro" al estar permanentemente ocultando lo que realmente son, que queda de alguna forma "encerrado en su propio cuerpo. Esta ansiedad/angustia muchas veces es el desencadenante del comienzo del proceso de cambio (13).

Otro problema frecuente que suele encontrarse entre las personas de este colectivo es el rechazo hacia su apariencia física. Esta visión negativa de su cuerpo suele generar problemas de autoestima, y suele mostrar mayor prevalencia entre mujeres transgénero que entre hombres transgénero (3).

Una vez recibido el diagnóstico, los pacientes comienzan un tratamiento hormonal que deberán recibir durante toda su vida. La terapia hormonal es un pilar fundamental en el manejo de los pacientes transgénero, por lo que deben participar de manera activa en la toma de decisiones y conocer ampliamente los beneficios, riesgos y tiempo de espera hasta que los efectos sean visibles. Estos conocimientos, junto con la buena adherencia al tratamiento, el manejo por profesionales capacitados y el apoyo social minimizan los riesgos de la terapia hormonal (14).

Además, las personas que pertenecen al colectivo trans no se adaptan a las expectativas de la sociedad por lo que sufren discriminación por ello. Esta discriminación puede mostrarse de muchas formas, como discriminación en el mundo laboral, abusos en la infancia, violencia en la pareja o incluso desigualdad en la asistencia sanitaria (15).

Esta discriminación puede generarles sentimientos de miedo o incomodidad. Existen escalas para medir este miedo o discriminación percibida, como por ejemplo la Escala de Discriminación Percibida en la Comunidad LGBT, recientemente desarrollada y que cuenta con 20 ítems distribuidos en dos subescalas: Discriminación individual y discriminación grupal. La discriminación individual englobaría aquellas experiencias de discriminación dirigidas en particular contra un individuo, y la grupal serían todas aquellas acciones discriminatorias contra el colectivo en su conjunto, como leyes, manifestaciones... (16).

6.2.-Valoración enfermera

Una vez analizados los datos encontrados en la revisión bibliográfica, al realizar una valoración de enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson se deberá focalizar en los siguientes aspectos dentro de las necesidades que a continuación se detallan:

9) Detectar y evitar peligros, y evitar perjudicar a otros:

- Es importante conocer si el paciente ha utilizado algún método con el fin de eliminar o modificar sus caracteres sexuales secundarios: depilación, cirugía estética, etc....(10)
- Será necesario valorar la aparición o no de síntomas de ansiedad o depresión al comenzar la experiencia de vida real o en cualquier fase

del tratamiento. Para la valoración, existen dos escalas específicas para estos pacientes: La escala de ansiedad para personas transexuales, ESANTRA y la escala de depresión para personas transexuales, ESDETRA (anexo 1). Estas escalas constan de 30 ítems cada una, los cuales recogen una muestra general de los síntomas de ansiedad y depresión más habituales. Las escalas son tipo Likert, donde para cada ítem el sujeto deberá elegir dentro de un rango de 1 a 5 según el grado de desacuerdo o acuerdo con la afirmación expuesta en cada ítem. Ambas escalas muestran validez y fiabilidad suficiente para ser utilizados en la valoración de la ansiedad y la depresión en personas trans. Además, presentan una buena correlación entre los ítems específicos para personas transexuales y aquellos más generales. Existen ítems que, si bien es cierto que son de carácter general, podrían tener mayor sensibilidad para personas transexuales, pero también poseen una buena correlación con el conjunto de la escala (17).

10) Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

- Se valorarán manifestaciones o verbalización de rechazo hacia su apariencia física (malestar sobre sus caracteres sexuales primarios y/o secundarios) (3).
- También valorará el impacto en la persona de la discriminación social por su condición de persona transgénero (transfobia). Además, se analizará el apoyo social y familiar para afrontar el cambio.

11) Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

- Se valorará si existe alguna dificultad o limitación al comenzar la experiencia de vida real.
- También se valorarán aquellos factores ambientales que puedan suponer dificultad o limitación en la construcción de su nueva identidad, y por lo tanto que le impidan vivir según sus valores y creencias (por ejemplo discriminación de su entorno).

12) Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

- Se valorarán los roles que desempeña la persona.
- También se valorará la existencia de dificultades o limitaciones para llevar a cabo las actividades que requieren los distintos roles en la experiencia de vida real.

14) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

- Debido al impacto positivo sobre la prevención de riesgos relacionados con el tratamiento hormonal de proporcionar información adecuada sobre el tratamiento, se valorará el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre el tratamiento hormonal.

Aunque la valoración se focalice en estos aspectos, no se debe olvidar la valoración del resto de necesidades básicas, ya que se interrelacionan unas con otras, por lo que una necesidad alterada puede repercutir en otras.

6.3.-Formulación de problemas

Teniendo en cuenta las características de estas personas, se han identificado y desarrollado los siguientes diagnósticos de enfermería: Trastorno de la imagen corporal, Conocimientos Deficientes (Tratamiento) y Discomfort; así como las complicaciones potenciales más comunes en este tipo de pacientes.

Una vez realizada la valoración, se seleccionan los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración, que son los que aparecen en la tabla 2.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	<ul style="list-style-type: none">- 00214 Discomfort r/c estímulos ambientales nocivos m/p inquietud, intranquilidad en la situación (f. psíquica).- 00126 Conocimientos deficientes (tratamiento) r/c información insuficiente m/p conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones
-----------------------------------	--

	(conocimiento). - 00153 riesgo de baja autoestima situacional r/c antecedentes de rechazo m/p conducta indecisa, indefensión, subestima su habilidad para gestionar la situación, verbalización de negación de si mismo.... (f. psíquica).
PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	- Ansiedad secundaria a "experiencia de vida real" /tratamiento hormonal. - Depresión secundaria a "experiencia de vida real" /tratamiento hormonal.

Tabla 2: Diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración (12).

6.4.-PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

6.4.1.- 00126 Conocimientos deficientes (tratamiento) r/c información insuficiente m/p conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones (conocimiento) (12).

Objetivo general: El paciente adquirirá los conocimientos y habilidades necesarios para manejar su situación de salud (18).

Objetivos específicos: El paciente (18)

- Especificará sus necesidades de aprendizaje.
- Diseñará un plan para neutralizar o eliminar las interferencias o las dificultades en su aprendizaje.
- Evaluará la utilidad de los conocimientos o habilidades adquiridos en el manejo de sus cuidados de salud.
- Aumentará su capacidad para realizar las técnicas o habilidades requeridas.
- Perseverará en su plan de aprendizaje mientras sea preciso.

Los resultados NOC para este diagnóstico aparecen en la tabla 3 y las intervenciones NIC en la tabla 4:

NOC (19)

[1813] Conocimiento: régimen terapéutico					
Indicadores	[181301] Beneficios del tratamiento. [181304] Efectos esperados del tratamiento. [181306] Régimen de medicación prescrita.				
Escala	Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5
[1808] Conocimiento: medicación					
Indicadores	[180802] Nombre correcto de la medicación. [180803] Aspecto de la medicación. [180805] Efectos secundarios de la medicación. [180810] Uso correcto de la medicación prescrita. [180816] Pruebas de laboratorio necesarias para monitorizar la medicación.				
Escala	Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5

Tabla 3: Resultados NOC seleccionados para el diagnóstico Conocimientos deficientes(19).

NIC (20)

[5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento	Definición: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito
	<ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente sobre el tratamiento hormonal (en hombre trans se utilizará testosterona, y en mujeres trans estrógenos combinados con inhibidores de gonadotrofinas, análogos de GnRH y

<p>Actividades</p>	<p>antiandrógenos) y vías de administración disponibles (anexos 2 y 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente/allegados de que la duración del tratamiento es permanente, es decir, durante toda su vida, y que deberán acudir a revisiones y hacerse analíticas para controlar los niveles de hormonas cada 2-3 meses el primer año, a partir de entonces 1 o 2 veces al año. - Explicar el propósito del tratamiento hormonal, que es disminuir la disforia de género mediante la transición física hacia el género deseado (14). - Determinar las expectativas del paciente hacia el tratamiento hormonal y corregir aquellas que difieran de la realidad(anexo 4). - Informar al paciente de los riesgos de la terapia hormonal (anexo 5).
<p>[5616] Enseñanza: medicamentos prescritos</p>	<p>Definición: Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.</p>
<p>Actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento. - Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento. - Revisar el conocimiento que el paciente tiene cada medicación. - Recomendar al paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.

Tabla 4: Intervenciones NIC y actividades seleccionadas para el diagnostico Conocimientos deficientes (20).

6.4.2.- 00214 Disconfort r/c estímulos ambientales nocivos m/p inquietud, intranquilidad en la situación, temor, irritabilidad (f. psíquica) (12).

Objetivo general: El paciente adquirirá las herramientas necesarias para manejar los estímulos ambientales nocivos (transfobia) (18).

Objetivos específicos: El paciente (18)

- Identificará aquellos estímulos ambientales que le resulten nocivos.
- Reconocerá su fortaleza y capacidad para hacer frente a los estímulos ambientales nocivos.
- Desarrollará y pondrá en marcha mecanismos defensivos contra estos estímulos

Los resultados NOC propuestos en la siguiente tabla

NOC (19)

[2011] Estado de comodidad: psicoespiritual					
Indicadores	[201101] Bienestar psicológico. [201104] Autoconcepto.				
Escala	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
[2012] Estado de comodidad: sociocultural					
Indicadores	[201201] Apoyo social de la familia. [201202] Apoyo social de los amigos. [201207] Interacciones sociales con otros [201212] Capacidad de comunicar necesidades				
Escala	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5

					do 5
--	--	--	--	--	---------

Tabla 5: Resultados NOC seleccionados para el diagnóstico Discomfort (19).

Las intervenciones NIC propuestas en la tabla 6:

NIC (20)

[5440] Aumentar los sistemas de apoyo	Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el grado de apoyo familiar y social, valorando el grado de transfobia de su entorno y como le afecta a la persona (posibles miedos, sufrimiento, avances y retrocesos en su proceso de visibilización social...) - Implicar a la familia y el entorno cercano en el proceso, explicando conceptos básicos sobre identidad de género, afirmando la necesidad de no cuestionar la identidad de la persona y la importancia de referirse a ella por su nuevo nombre y genero sentido, y reforzando la importancia de su apoyo para la persona en el proceso de cambio. - Fomentar la participación en asociaciones LBTG (SOMOS, TOWANDA, Chrysallis...), donde la persona pueda encontrar un espacio de socialización seguro y crear redes sociales con personas con problemas similares a los suyos (1).
[5420] Apoyo espiritual	Definición: Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar el relato de su proceso de autoidentificación y autoaceptación, permitiendo la expresión de sentimientos sobre ello. - Expresar empatía hacia los sentimientos del

	<p>individuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar y respetar las necesidades de expresión de su identidad de género. Un paciente sigue siendo trans aunque no desee tratamiento hormonal, tratamiento psicoterapéutico o cirugía de reasignación sexual (1).
[5380] Potenciación de la seguridad	Definición: Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar los miedos y preocupaciones del paciente acerca de la transfobia en la sociedad. - Comentar situaciones específicas o sobre personas de su entorno que amenacen al paciente. - Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad. - Ayudar al paciente a identificar las respuestas de afrontamiento que utilizó en situaciones pasadas relacionadas con la transfobia y que le puedan servir para situaciones futuras (1).

Tabla 6: Intervenciones NIC y actividades seleccionadas para el diagnóstico disconfort (20).

6.4.3.- 00153 riesgo de baja autoestima situacional r/c antecedentes de rechazo m/p conducta indecisa, indefensión, subestima su habilidad para gestionar la situación, verbalización de negación de sí mismo... (f. psíquica)(12).

Objetivo general: La persona mantendrá una evaluación positiva de sí misma y de sus capacidades (18).

Objetivos específicos: La persona (18)

- Identificará los factores de riesgo de disminución de la autoestima.
- Explicará la manera de utilizar sus recursos internos y externos para reducir o eliminar los factores identificados o modificar sus efectos.
- Discutirá los beneficios de seguir el plan terapéutico propuesto.

- Demostrará competencia en la utilización de las técnicas o dispositivos compensatorios.
- Perseverará en el plan de cuidados pactado hasta la siguiente visita (18).

Los resultados NOC propuestos en la siguiente tabla (tabla 7):

NOC (19)

(1205) AUTOESTIMA					
<u>Indicadores</u>	[120501] Verbalizaciones de autoaceptación. [120507] Comunicación abierta. [120508] Cumplimiento de los roles significativos personales. [120515] Voluntad para enfrentarse a los demás [120517] Descripción de éxitos en grupos sociales.				
<u>Escala</u>	Nunca positivo 1	Raramente positivo 2	A veces positivo 3	Frecuentemente positivo 4	Siempre positivo 5
[1200] IMAGEN CORPORAL					
<u>Indicadores</u>	[120002] Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal. [120005] Satisfacción con el aspecto corporal. [120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico. [120017] Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto.				
<u>Escala</u>	Nunca positivo 1	Raramente positivo 2	A veces positivo 3	Frecuentemente positivo 4	Siempre positivo 5

Tabla 8: Resultados NOC desempeño de rol e indicadores correspondientes (19).

NIC (20)

[5400] Potenciación de la autoestima	Definición: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía
Actividades	- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.

	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas. - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar su tratamiento y su proceso de cambio. - Ayudar al paciente a identificar el impacto que tienen los comentarios de su entorno social sobre su autoestima. - Recomendar acciones que alivien la disforia de género(Anexo 6). - Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación (12)
<p>[5220] Mejora de la imagen corporal</p>	<p>Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.</p>
<p>Actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las expectativas corporales del paciente, en cuanto al proceso de cambio. - Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. - Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal - Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual. - Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por el

	<p>tratamiento hormonal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto (cosméticos, pelucas, usar ropa del género percibido...) (12).
--	--

Tabla 9: Intervenciones NIC y actividades seleccionadas para el diagnóstico riesgo de baja autoestima situacional (20).

7. CONCLUSIÓN

Mediante una correcta planificación de cuidados siguiendo el modelo de Virginia Henderson se consigue un abordaje eficaz y completo de los problemas del paciente, y por lo tanto una correcta identificación de los diagnósticos y problemas de colaboración que puedan aparecer en estos pacientes.

Una vez identificados los problemas principales que afectan a este colectivo y organizados según las necesidades de Virginia Henderson, es evidente que la mayoría de problemas giran en torno a la necesidad 9 (Detectar peligros y evitar perjudicar a otros) y 10 (comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones) y pertenecen al área psicológica.

Con el fin de abordar estos problemas del área psicológica que afectan a este tipo de personas, se propone este plan de cuidados centrado en los diagnósticos riesgo de baja autoestima situacional, discomfort y conocimientos deficientes; cuya función es la priorización de las principales intervenciones de enfermería en estos pacientes, proporcionando a enfermería las herramientas necesarias para dar una atención de calidad a estos pacientes durante su tratamiento.

El profesional de enfermería está capacitado para el abordaje de los problemas identificados en este tipo de pacientes, ya que entre sus competencias se encuentra la educación para la salud, la cual es fundamental para la correcta administración y seguimiento del tratamiento. De esta forma, se consigue una mejor prevención de los riesgos asociados

al tratamiento. Además, la colaboración de enfermería con el resto de profesional de salud mental puede ser beneficiosa en el manejo de los problemas de salud mental asociados y en su detección temprana.

Bibliografía

1. Almirall Oliver R, Vega Sandín S, Reviriego Chuecos J, Vazquez E, Brull M, Marín K. Personas con identidades trans*: su salud en la atención primaria. Actualizaciones. 2018; 25(6): 324-332
2. Torkian Valashany B, Janghorbani M. Quality of life of men and women with gender identity disorder [Internet]. Health and Quality of Life Outcomes (Internet). 2018 [citado 9 Diciembre 2018]. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-0995-7>
3. Gupta S, Imborek K, Krasowski M. Challenges in Transgender Healthcare: The Pathology Perspective. Laboratory Medicine. 2016; 47(3):180-188.
4. Gil-Borrelli C, Velasco C, Marti-Pastor M, Latasa P. La identidad de género, factor de desigualdad olvidado en los sistemas de información de salud de España. Gaceta Sanitaria. 2018; 32(2):184-186
5. Reisner S, Poteat T, Keatley J, Cabral M. Global health burden and needs of transgender populations: a review. The Lancet. 2016; 412-436.
6. Wittich R. Atención psicomédica a personas transexuales en España en la era de la despatologización de la transexualidad como trastorno mental. Una revisión global. Endocrinología y nutrición. 2013; 60(10):599-603
7. Growing recognition of transgender health [Internet]. World Health Organisation. 2016 [citado 7 Enero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/11/16-021116/en/>
8. WPATH World Professional Association for Transgender Health [Internet]. Wpath.org. 2019 [citado 20 Marzo 2019]. Disponible en: <https://www.wpath.org/>
9. Asenjo-Araque N, Rodriguez-Molina J, Lucio Perez M, Becerra-Fernandez A. Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género

- de Madrid (UTIG MADRID). SEMERGEN- Medicina de familia. 2011;37(2):87-92
10. Moreno-Perez O, Esteva de Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Endocrinología y nutrición. 2012; 59(6):367-382.
 11. Paradiso C, Lally R. Nurse Practitioner Knowledge, Attitudes, and Beliefs When Caring for Transgender People. TransgenderHealth. 2018;3(1): 48-56.
 12. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. 2019 [consultado 1 Abril 2019]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
 13. González Gil, Teresa. "En busca de la feminidad sentida": el proceso transexualizador desde la experiencia de las mujeres. Cuidados competentes para favorecer transiciones sanas. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0566.php>
 14. Aduy A, Sandoval J, Rios R, Cartes A, Salinas H. Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH) (1) y guías clínicas de la endocrine society. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018; 83(4): 426-441
 15. Aylagas-Crespillo M, Garcia-Barbero O, Rodriguez-Martín B. Barreras en la asistencia sociosanitaria en personas transexuales: revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería Clínica. 2018; 28(4):247-259.
 16. Gonzalez-Rivera J, Pabellon-Lebrón S. Desarrollo y validación de un instrumento para medir discriminación percibida en la comunidad LGBT. Revista Evaluar. 2018; 18(2): 59-74.
 17. Rodriguez Molina J, Asenjo Araque N, Becerra Fernandez A, Lucio Perez M. Escalas de depresión y ansiedad para personas transexuales. Psicología desde el Caribe. 2015; 32(1): 53-80.
 18. Luis Rodrigo M. Los diagnósticos enfermeros. 8ª ed. London: Elsevier Health Science Spain; 2013.

19. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6th ed. Madrid: Elsevier; 2018.
20. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7th ed. Madrid: Elsevier; 2018.

8. ANEXOS

ANEXO 1: ESCALAS PARA VALORAR ANSIEDAD (ESANTRA) DEPRESION PARA TRANSEXUALES (ESDANTRA)

Tabla 1. Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA)

Nº	ÍTEM	1	2	3	4	5
1	Me siento nervioso/a	1	2	3	4	5
2	Estoy tenso/a	1	2	3	4	5
3	Estoy alterado/a	1	2	3	4	5
4	Me siento angustiado/a	1	2	3	4	5
5	Estoy preocupado/a	1	2	3	4	5
6	Estoy tan excitado/a que me cuesta dormir	1	2	3	4	5
7	Me siento inseguro/a	1	2	3	4	5
8	Estoy a disgusto	1	2	3	4	5
9	Hablar de mi transexualidad me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
10	Pensar en ligar me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
11	Cuando me critican me enfado demasiado	1	2	3	4	5
12	Cuando pienso en el tratamiento hormonal me angustio	1	2	3	4	5
13	Discuto mucho con mi pareja, mis amigos o mi familia	1	2	3	4	5
14	Mi futuro me preocupa mucho	1	2	3	4	5
15	Pierdo los papeles fácilmente	1	2	3	4	5
Nº	ÍTEM	1	2	3	4	5
16	Soy muy inquieto/a	1	2	3	4	5
17	Pensar en tener relaciones sexuales me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
18	Cuando discuto me altero mucho	1	2	3	4	5
19	Me da miedo contar mi situación	1	2	3	4	5
20	Esperar me pone muy nervioso/a	1	2	3	4	5
21	Pensar en mi futuro me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
22	Cuando estoy nervioso/a sudo, tengo sensaciones en el pecho, el estómago...	1	2	3	4	5
23	Cuando tengo que tomar una decisión importante lo paso muy mal	1	2	3	4	5
24	Cuando quiero hacer una crítica me pongo demasiado nervioso/a	1	2	3	4	5
25	Cuando me siento observado/a me molesta más que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
26	Si no estoy de acuerdo con algo del tratamiento me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
27	Me pongo agresivo/a con cierta facilidad	1	2	3	4	5
28	Las cirugías del tratamiento me producen mucha angustia	1	2	3	4	5
29	Cuando tengo un problema real, me angustio y lo exagero	1	2	3	4	5
30	Cuando he cometido un error me preocupo más de lo normal	1	2	3	4	5

Tabla 2. Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA)

Nº	ÍTEM	1	2	3	4	5
1	Me siento muy triste	1	2	3	4	5
2	Odio mi cuerpo	1	2	3	4	5
3	Solo me apetece estar en la cama	1	2	3	4	5
4	Mi aspecto personal es bastante malo	1	2	3	4	5
5	He llegado a fantasear con la idea del suicidio	1	2	3	4	5
6	Pienso que me van a suceder cosas malas	1	2	3	4	5
7	No rindo en el trabajo o los estudios	1	2	3	4	5
8	Lloro más que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
9	Estoy siempre apático/a	1	2	3	4	5
10	A menudo me siento culpable	1	2	3	4	5
11	Si noto que me miran me pongo muy triste	1	2	3	4	5
12	Me cuesta tomar decisiones más que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
13	No me apetece ver gente	1	2	3	4	5
14	Cuando tengo sexo solo me preocupa que la otra persona disfrute	1	2	3	4	5
15	Si mi imagen corporal no se adapta a mis deseos prefiero morirme	1	2	3	4	5
16	Me doy asco	1	2	3	4	5
17	Me cuesta planificar actividades	1	2	3	4	5
18	Me repele verme en el espejo	1	2	3	4	5
19	A penas consigo dormir	1	2	3	4	5
20	No tengo fuerzas para hacer nada	1	2	3	4	5
21	Las comidas que antes me gustaban ya no me llaman la atención	1	2	3	4	5
22	Mi vida es un desastre	1	2	3	4	5
23	Mi deseo sexual es más bajo que en la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
24	No disfruto con nada	1	2	3	4	5
25	Me siento culpable por hacer sufrir a mis seres queridos	1	2	3	4	5
26	Cualquier contratiempo me entristece mucho	1	2	3	4	5
27	No tengo apetito	1	2	3	4	5
28	Mi vida es un fracaso	1	2	3	4	5
29	No hago nada o casi nada para divertirme	1	2	3	4	5
30	Veó el futuro muy negro	1	2	3	4	5
Sumas columnas						
Total						

Fuente: Rodriguez Molina J, Asenjo Araque N, Becerra Fernandez A, Lucio Perez M. Escalas de depresión y ansiedad para personas transexuales. *Psicología desde el Caribe*. 2015;53-80.

ANEXO 2: VIAS DE ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO HORMONAL EN HOMBRES TRANS

Hombre Trans

- **Hormonas utilizadas:** Testosterona.
- **Vías de administración:**

Vía de Administración de testosterona	Formulación de Testosterona	Dosis de Testosterona	Comentario	Medición Nivel de Testosterona
Parenteral intramuscular	Testosterona enantato o cipionato	50-100mg im cada semana o 100-200mg im cada 2 semanas.	Inyecciones semanales menos cambios de humor, mayores reacciones adversas en sitio de inyección.	Debe medirse entre inyecciones.
	Testosterona undecanoate	1000mg im cada 12 semanas.	Disponible en Chile y Europa, pero no en Estados Unidos.	Debe ser medido justo antes de la siguiente inyección.
Parenteral Transdérmico	Gel de Testosterona 1%	2,5-10gr de gel por día	Virilización inicial es más lenta, evita niveles supra fisiológicos. Se prefiere cambiar a geles una vez que la virilización se haya completado.	Puede ser medido en cualquier momento después de la primera semana.
Parenteral Transdérmico: Parche	Parche Testosterona	2,5-7,5mg por día.	Puede producir niveles de testosterona séricos menores y mayor irritación cutánea que geles.	Puede ser medido en cualquier momento después de la primera semana.
Vía Oral	Testosterona Undecanoate	160-240mg al día.	Vida media corta y requiere múltiples dosis diarias, hasta 4v al día. No se usa, no disponible en EE.UU: Carcinoma Hepatocelular con uso prolongado.	Debe ser medido 3-5horas posterior a la ingestión.

Fuente: Aday A, Sandoval J, Rios R, Cartes A, Salinas H. Terapia hormonal en la transición femenino a masculino (ftm), androgénica, para trans masculino o para hombre transgénero. Reviste chilena de obstetricia y ginecología. 2018;318-328.

ANEXO 3: VIAS DE ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO HORMONAL EN MUJERES TRANS

Mujer Trans

TRANSGÉNERO FEMENINO:

1. Terapia con Estrógenos
 - a. Oral
Estradiol 2.0-6.0 mg / d
 - b. Transdérmico
Parche transdérmico de estradiol 0.025-0.2 mg / día (Nuevo parche colocado cada 3-5 d)
 - c. Parenteral
Valerato de estradiol o cipionato 5-30 mg intramuscular cada 2 semanas 2-10 mg intramuscular cada semana-
2. Terapia con Anti-andrógenos
 - a. Espironolactona 100-300 mg / día
 - b. Acetato de ciproterona 25-50 mg / día
 - c. Agonista de GnRH 3.75 mg secuencial (subcutánea) mensual 11.25 mg secuencial (subcutánea) cada 3 meses

Fuente: Aduay A, Sandoval J, Rios R, Cartes A, Salinas H. Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH) (1) y guías clínicas de la endocrine society. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018;(83 (4):426-441

ANEXO 4: EFECTOS DE LOS TRATAMIENTOS HORMONALES ESPERABLES Y TIEMPO EN EL QUE SE PRODUCEN

Cambios producidos con tratamiento hormonal feminizante

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

Cambios producidos con tratamiento hormonal masculinizante

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

Fuente: Almirall Oliver R, Vega Sandín S, Reviriego Chuecos J, Vazquez E, Brull M, Marín K. Personas con identidades trans*: su salud en la atención primaria. Actualizaciones. 2018;(6):324-332

ANEXO 5: RIESGOS MEDICOS ASOCIADOS A LA TERAPIA HORMONAL

	Mujer Transgénero: Estrógeno	Hombre Transgénero: Testosterona
Muy alto riesgo de resultados adversos	Enfermedad tromboembólica	Eritrocitosis (hematocrito, 50%)
Riesgo Moderado de resultados adversos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Macroprolactinoma ▪ Cáncer de mama ▪ Enfermedad de la arteria coronaria ▪ Enfermedad cerebrovascular ▪ Colelitiasis ▪ Hipertrigliceridemia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disfunción hepática severa (transaminasas: límite superior triple de lo normal) ▪ Enfermedad de la arteria coronaria ▪ Enfermedad cerebrovascular ▪ Hipertensión ▪ Cáncer de mama o útero

Fuente: Aduay A, Sandoval J, Rios R, Cartes A, Salinas H. Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH) (1) y guías clínicas de la endocrine society. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018;(83 (4):426-441

ANEXO 6: ACCIONES PARA ALIVIAR LA DISFORIA DE GÉNERO SEGÚN LA WPATH

Adicionalmente o como alternativa a la terapia hormonal y la cirugía, se pueden recomendar una serie de acciones para aliviar la disforia de genero. Estas acciones son:

- Terapia de voz y comunicación para ayudar a las personas a desarrollar habilidades de comunicación verbal y no verbal que faciliten la comodidad con su identidad de género;
- Depilación a través de electrólisis, tratamiento con láser o depilación con cera;
- Fajamiento o relleno de pechos, ocultamiento genital o prótesis de pene, relleno de caderas o glúteos;
- Cambios de nombre y la mención sexo en los documentos de identidad.

Fuente: WPATH World Professional Association for Transgender Health [Internet]. Wpath.org. 2019 [consultado 13 Abril 2019]. Disponible en: <https://www.wpath.org/>

