



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



Recomendaciones para los proveedores de servicios de salud en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención integral de las personas transgénero

Marzo 2016

**Recomendaciones para los
proveedores de servicios de salud
en la promoción de la salud,
prevención de enfermedades y
atención integral de las personas
transgénero**

Marzo 2016

Coordinación Técnica:

Ludwika Vega
Marlene Vivas
Venus Caballero

Directora Ejecutiva ANIT
Directora Ejecutiva ADESENI
Directora Ejecutiva ODETRANS

Dirección Técnica:

Dr. Oscar Núñez Gadea Director
Dra. Ivonne Gómez Pasquier

USAID|PREVENSIDA
ASSIST de USAID

Asesoría Técnica:

Dra. Marianela Corriols, MPH, PhD.

Asesora Regional en VIH para Nicaragua
e Información Estratégica
USAID|Nicaragua

Facilitación:

Dra. Yudy Carla Wong
Dr. Danilo Núñez

USAID|PREVENSIDA
ASSIST de USAID

Agradecimiento especial por sus aportes en la validación a miembros de las ONG de personas Transgénero:

Samy Sierra S. (ANIT)
Dayanara Nicole Díaz G. (ANIT)
Ludwika Vega (ANIT)
Cristabella Berrios Pérez (ADESENI)
Marlene Rivas (ADESENI)
Francia Blanco (ODETRANS)
Sharon Laguna C. (ODETRANS)
Tyler Moreno (Transmen Nicaragua)

Agradecimiento por sus aportes a estas recomendaciones a:

Docentes de la Facultad de medicina de UNAN León
Docentes de la Facultad de medicina de UNAN Managua
Docentes de la Escuela de enfermería de la UPOLI
Docentes de la Escuela de enfermería del POLISAL
Personal médico de CEPRESI
Personal de las Clínicas VICITS
Personal de ANSAP

Este documento es posible por el apoyo del pueblo norteamericano, a través del Plan de Emergencia del Presidente de los EE.UU. para el Alivio del Sida (PEPFAR) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través de sus proyectos PrevenSida el que es implementado por University Research Corporation (URC), bajo el acuerdo cooperativo No. AID-524-A-10-00003 y el Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST) es gestionado por University Research Corporation (URC), bajo el acuerdo cooperativo número AID-0AA-A-1200101.

El contenido de este documento, no necesariamente refleja la opinión del Gobierno de los Estados Unidos de América, ni de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Contenido

Siglas	7
Presentación	9
Glosario	10
I. Introducción	14
II. Población a quien está dirigida estas recomendaciones	15
III. Objetivos	16
IV. Descripción	16
V. Marco regulatorio	17
VI. Situación de la salud de las personas transgénero en Nicaragua	21
VII. Recomendaciones para la promoción de la salud y prevención de enfermedades	27
VIII. Recomendaciones para la prevención combinada	31
IX. Recomendaciones para la promoción y prevención a nivel individual y de grupos pequeños	33
X. Recomendaciones para la atención integral en los servicios de salud	37
a) Primer contacto en la unidad de salud	37
b) Historia clínica completa	38
c) Consejería y prueba voluntaria para VIH	38
d) Atención y tratamiento de las ITS, incluyendo a sus contactos sexuales y parejas	41
e) Atención y tratamiento de personas trans con VIH	44
f) Atención a las consecuencias de la violencia	44
g) Atención de la salud mental	48
h) Atención por uso y adicción al alcohol y otras sustancias	50
i) Atención de situaciones especiales	51
XI. Recomendaciones para la terapia hormonal en personas transgénero	55
XII. Recomendaciones ante la necesidad de cirugía para modificaciones corporales	69
XIII. Anexos	71
XIV. Referencias bibliográficas	75

Lista de tablas

Tabla 1: Intervenciones y actividades de la Prevención Combinada	31
Tabla 2: Recomendaciones para un “Paquete básico de prevención combinada” para población transgénero	32
Tabla 3: Efectos y tiempo esperado de las hormonas para personas transgénero masculinas	56
Tabla 4: Efectos y tiempo esperado de las hormonas para personas transgénero femeninas	57
Tabla 5: Riesgos asociados a la terapia hormonal.	58
Tabla 6: Signos y síntomas de los principales síndromes de ITS y sus causas	74

Lista de figuras

Figura 1: Ruta de atención a las víctimas de la violencia física y sexual	46
---------------------------------------------------------------------------	----

Siglas

ADESENI	Asociación por los derechos de la Diversidad Sexual Nicaragüense	HCI	Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID
AIDSTAR	One Aids Support and Technical Assitance Resources	HSH	Hombres que tiene sexo con hombres
ANIT	Asociación Nicaragüense de Transgéneras	IAPAC	Asociación Internacional de Médicos que Atienden el Sida
ANSAP	Asociación Nicaragüense de Salud Pública	IGWG	Interagency Gender Working Group
CEPRESI	Centro para la educación y prevención del Sida	IMC	Índice de Masa corporal
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	ITS	Infecciones de transmisión sexual
CMV	Citomegalovirus	LDL/HDL	Lipoproteína de Baja Densidad/lipoproteínas de Alta Densidad
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual	LGBT	Lesbiana, gay, bisexuales, transgénero
ESF	Equipo de salud familiar	MaH	Mujer a hombre
GEDDS	Grupo Estratégico por los Derechos Humanos de la Diversidad Sexual	MINSA	Ministerio de Salud (Nicaragua)
GRUN	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional	MOSAFC	Modelo de Salud Familiar Comunitario
HaM	Hombre a mujer	MoT	El modelo “Modos de Transmisión” para la estimación de la incidencia de VIH
		ODETRANS	Organización de Personas Transgéneras de Nicaragua

OIM Organización Internacional para las Migraciones

OMS Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida

PAHO Pan American Health Organization

PASCA Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH/USAID

PASMO Organización Panamericana de Mercadeo Social

PEMAR Poblaciones en mayor riesgo

PEPFAR Plan de Emergencia del Presidente de los EE.UU para el Alivio del Sida

PPE Profilaxis post-exposición

Sida Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SMOP Sistema Médico Orientado al Problema

TAR Terapia antirretroviral

TB Tuberculosis

TBC Co-infección tuberculosis

TDS Trastornos del desarrollo sexual

TSF Trabajadoras sexuales femeninas

TTT Transexual, transgénero y travestis.

USAID Agencia de los Estado Unidos para el Desarrollo Internacional

VBG Violencia basada en género

VHB Virus de la hepatitis B

VIH Virus de inmunodeficiencia humana

VMC Virus del Molusco Contagioso

VPH Papiloma virus humano

WHI Women's Health Initiative

WPATH World Professional Association for Transgender Health

Presentación

El presente documento contiene recomendaciones para los proveedores de servicios de salud en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención integral de las personas transgénero. Es un primer documento de este tipo que se elabora a nivel nacional y constituye un paso más en el proceso de reivindicación de nuestros derechos humanos.

Consideramos de gran relevancia contar con estas recomendaciones que nos permitan a nosotras las personas transgénero, tener mayor acceso a los servicios de salud y que nuestras necesidades médicas sean abordadas de forma integral sin discriminación de ningún tipo.

Hemos construido este documento desde la perspectiva del análisis que hemos venido realizando sobre los determinantes sociales en salud y a las cuales nosotras como personas trans, aspiramos contar con servicios de salud dignos con calidad, calidez humana y sin discriminación por nuestra orientación sexual e identidad de género.

Para su elaboración se tomó como referencia el documento oficial de OPS sobre “La salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.”¹ Así como también otros documentos elaborados en países vecinos entre ellos el del El Salvador sobre “Lineamientos técnicos para el abordaje en salud de las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans”.²

Pretendemos que estas recomendaciones emitidas en este documento permitan a nuestras organizaciones de personas trans, hacer acciones de abogacía ante la CONSIDA para su implementación en los establecimientos de salud públicos y privados.

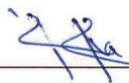
Agradecemos el apoyo técnico y financiero del proyecto USAID|PrevenSida y al Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST) de USAID para llevar a cabo este valioso esfuerzo.



Venus Caballero
Coordinadora de ODETRANS



Ludwika Vega
Coordinadora General ANIT



Marlene Vivas
Directora Ejecutiva ADESENI



Cristabella Barrios
Secretaria Junta Directiva ADESENI

Glosario

Los conceptos que se presentan a continuación provienen de instrumentos de consensos internacionalmente aceptados³, así como de documentos nacionales.⁴

Sexo

Son las características biológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como miembros ya sea de una población femenina o masculina. Este conjunto de características biológicas son utilizados para establecer una diferenciación de los humanos dentro de un sistema binario polarizado. Hace una distinción entre características sexuales primarias, como los órganos reproductores de un individuo, y las características sexuales secundarias, es decir, aquellos rasgos físicos no genitales que diferencian a los machos de las hembras.¹

Sexualidad

“La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.” (World Health Organization, 2002).¹

Intersexo

En ciertos contextos se les denomina también “*Trastornos del desarrollo sexual*” (TDS). Condiciones congénitas en las que el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico. Algunas personas objetan intensamente la etiqueta “*trastorno*” y consideran estas condiciones como una cuestión de diversidad (Diamond, 2009), prefiriendo denominarlas con los términos “*intersexo o intersexualidad*.” (Coleman et al., 2011, p. 95)¹

Identidades de género(s)

La percepción de una persona de ser hombre, mujer, o alguna alternativa de género o combinación de géneros. La identidad de género de una persona puede o no corresponder con su sexo asignado al nacer ⁵

Expresiones de género(s)

Maneras en que una persona comunica su identidad de género a través de su apariencia física (incluidos el atuendo, los estilos de cabello y el uso de cosméticos), los gestos, modos de hablar y patrones de comportamiento en la interacción con los demás. ¹

Rol de género

Conjunto de normas sociales y de comportamiento, y las expectativas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente del rol de género tradicionalmente asociado con su sexo asignado al nacimiento o su identidad de género, así como trascender por completo del sistema de roles de género culturalmente establecido. ¹

Identidad sexual

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales. (PAHO;WAS, 2002) ¹

Comprende las características físicas, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual.

Orientación sexual

La capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual, y de establecer relaciones íntimas y sexuales con individuos de un género diferente al propio (heterosexual), del mismo género (homosexual), con más de un género (bisexual) (The Global Fund, 2009, p. 29) o con independencia del género (pansexual). “La orientación sexual representa una característica personal que es independiente de la

identidad y de la expresión de género. Por lo tanto, la identidad o expresión de género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a la orientación sexual de la misma.”¹

Transición

“Período durante el cual los individuos cambian del papel de género asociado con el sexo asignado al nacer a un papel de género diferente. Para muchas personas, esto implica vivir socialmente en ‘otro’ papel de género, para otras esto significa la búsqueda del papel y de la expresión de género que les resulte más cómoda. La transición puede o no puede incluir feminización o masculinización del cuerpo (y modificación de caracteres sexuales) a través de hormonas y otros procedimientos médicos. La naturaleza y duración de la transición es variable e individualizada.” (Coleman et al., 2011, p. 97).¹

Trans

Adjetivo utilizado como un término general para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer. Por lo general incluye personas transgénero, travestí o transexuales.¹

Transgénero (transgénera)

Adjetivo para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer (Bockting, 1999). “Transgénero” se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron. Varios grupos de mujeres transgéneros en diferentes países de habla española han comenzado a exigir ser reconocidas como transgéneras, un neologismo que significa el carácter femenino de su identidad. Esta es una afirmación importante, dado que la lengua hispana incorpora el género de una manera muy contundente. Se utiliza el término mujer trans o transfemenina, para referirse a las personas trans que se identifican como mujeres y el término hombre trans o transmasculino para referirse a las personas trans que se identifican como hombres.¹

Transexual

“Adjetivo (aplicado a menudo por la profesión médica) para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizar o masculinizarse. Estas intervenciones, por

lo general, son acompañadas de un cambio permanente en el papel de género.” (Coleman et al., 2011, p. 97) ¹

Travesti

En algunos países de Latinoamérica, es utilizado para referirse a las personas asignadas como hombres al nacer que no escatiman esfuerzos para feminizar su cuerpo y su apariencia, y prefieren utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear cambiar sus caracteres sexuales primarios natales a través de una cirugía genital (Kulick, 1998). En otros países, este término sencillamente es sinónimo de travestido. ¹

Servicios de salud

Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria, es decir que constituyen un sistema de atención orientado a la promoción, mantenimiento y restauración de la salud de las personas.

Atención médica

Es el conjunto de servicios que se proveen a las personas con el fin de proteger, promover, recuperar, restaurar y rehabilitar su salud. ⁶

Atención de enfermería

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. ⁷

Promoción de la salud

Es el proceso de acción social y educativa que procura estimular la conciencia pública sobre el valor de la salud, promueve el desarrollo de estilos de vida saludables y fomenta la participación organizada de la comunidad. ^a

Prevención en salud

Es un conjunto de intervenciones generales y específicas que ejecutan las instituciones y organizaciones de salud, las que están dirigidas a reducir los riesgos y evitar los daños en salud, así como disminuir las secuelas de discapacidad o sus complicaciones. ^a

^a Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Modelo de Salud Familiar y Comunitario: Manual de Organización y Funcionamiento de Sector. MINSA: Managua. julio 2008

I. Introducción

Las personas transgénero tienen necesidades de salud tanto generales como específicas. Sin embargo el acceso a los servicios competentes para hacer frente a éstas demandas ha sido muy limitado. La salud física y mental son condiciones básicas para la búsqueda y el desarrollo de estos deseos y fundamentales para llevar una vida acorde con la dignidad humana. Es por esta razón, entre otras, que los Estados Miembros de la OPS reconocen el derecho de toda persona al goce de la salud como un derecho humano universal sin exclusión de ningún tipo.

En el documento sobre “Las consideraciones técnicas de PEPFAR y grupos de trabajo afines”, realizaron un meta-análisis donde se demostró una prevalencia mundial de VIH del 19% en personas transgénero femenina. Así mismo, se encontró que esta misma población tiene la asombrosa cifra de 48,8 veces las probabilidades de infección por VIH en comparación con la población general. Por último, las normas en torno a identidad de género y el sexo ponen a las personas transgénero en mayor riesgo tanto para la violencia de género y el VIH. Por tanto se requiere de servicios de salud amigables, enfocados en promover la salud, prevenir enfermedades y brindar una atención y tratamiento adecuados aspectos fundamentales para una respuesta adecuada VIH.

Existe desinformación tanto de la población como de los profesionales acerca del proceso que la persona transgénero tiene que seguir; es por ello que consideramos necesario la puesta en marcha de estas recomendaciones para los proveedores de servicios de salud y así garantizar una adecuada promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención de las necesidades médicas de las personas transgénero y de esta manera brindar una adecuada atención a sus demandas que al final se reflejará en el adecuado estado de salud de población.

La Ley 423, Ley general de salud y su reglamento, define como sistema nacional de salud al conjunto de todas las instituciones proveedoras de servicios, tanto públicas como privadas. En su artículo 13 establece que: “La promoción de la salud tiene por objeto las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”.

El Ministerio de Salud de Nicaragua, cuenta con una Resolución

Ministerial 671-2014 donde mandata que el personal de los establecimientos de salud públicos y privados donde se brinda atención en salud, no deben discriminar a ningún ciudadano o ciudadana por su orientación sexual, identidad y expresión de género, por ser persona VIH o por ejercer trabajo sexual.

Para cualquier ciudadano, la demanda de una atención digna y profesional es un derecho, que en ocasiones y por múltiples circunstancias se puede traducir en una inadecuada falta de calidad en dicha atención. Este hecho puede originar en algunos casos, que las personas transgénero busquen otras alternativas que muchas veces se convierten en un caldo de cultivo de prácticas de dudosa ética, con el consecuente riesgo para la salud. Estas circunstancias se hacen especialmente patentes en determinados colectivos de pacientes, como es el caso de las personas transgénero. l

II. Población a quien está dirigida estas recomendaciones

Estas recomendaciones están dirigidas a los proveedores de servicios de salud públicos y privados que brindan atención en salud. En las actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención integral intervienen múltiple perfiles de profesionales de salud entre ellos:

- Personal de enfermería
- Personal médico (Médicos generales, Médicos especialistas: Medicina familiar, Medicina interna, Cirujanos, Gineco-obstetras, Endocrinólogos y Psiquiatras)
- Especialistas en psicología
- Laboratoristas
- Farmacéuticos
- Odontólogos, etc

Además se debe tomar en cuenta al personal de admisión y estadística y otro personal administrativo y apoyo.

III. Objetivos

Objetivo general

Brindar las recomendaciones para la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención integral de la población transgénero, que permita a los proveedores de servicios de salud ofrecer una atención integral con calidad y calidez en el marco del respeto de los derechos humanos.

Objetivos específicos

1. Fortalecer el conocimiento y la práctica de los proveedores de servicios de salud en temas referidos incluyendo la hormonoterapia para el abordaje integral de las personas transgénero.
2. Detallar el paquete básico de promoción de la salud y prevención de enfermedades de los servicios de salud dirigidos a la población transgénero.
3. Establecer estrategias de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención integral a fin que los proveedores de servicios de salud brinden atención de calidad sin discriminación por orientación sexual e identidad de género.

IV. Descripción

Estas recomendaciones describen el conjunto de prestaciones de servicios de salud dirigido a las personas transgénero dentro del marco del Modelo de Salud Familiar Comunitario (MOSAFC), con un enfoque bien claro de promoción de la salud, prevención y atención de las enfermedades que serán realizada por el equipo de salud familiar y la red comunitaria, en los diferentes escenarios: hogar, comunidad y establecimientos de salud.

Para tal efecto, estas recomendaciones se organizan y desarrollan a través de los siguientes componentes fundamentales:

1. Recomendaciones para la promoción de la salud y prevención de enfermedades desde la perspectiva del marco del modelo de Salud Familiar Comunitario (MOSAFC).
2. Recomendaciones para la prevención combinada.

3. Recomendaciones para la prevención a nivel individual y a nivel de grupos pequeños.
4. Recomendaciones para la atención integral en los servicios de salud.
5. Recomendaciones para la terapia hormonal en personas transgénero.
6. Recomendaciones ante la necesidad de cirugía para modificaciones corporales.

Las recomendaciones hacen énfasis en las actividades a desarrollar en cada uno de los acápites mencionados, e integra los elementos de promoción, prevención y atención.

V. Marco regulatorio

El conocimiento y manejo del marco regulatorio sobre los derechos ciudadanos en general, y de la población que integra la diversidad sexual en particular, son elementos indispensables que el los proveedores de servicios de salud está obligado a conocer y de esta manera garantizar esos derechos a la población transgénero masculina y femenina.

Los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas, de la Organización de Estados Americanos y de otras instancias supranacionales, entre los cuales está Nicaragua, han ratificado una amplia gama de instrumentos internacionales; sin embargo, los efectos de su aplicación más bien son modestos, en relación a la producción normativa y jurisdiccional existente. ¹³

El marco regulatorio parte de los instrumentos internacionales que son de obligatorio cumplimiento por Nicaragua y que están contenidos en la Constitución Política de Nicaragua, Ley General de Salud y la Resolución Ministerial 671/2014. ^{11, 12}

La Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁴, enuncia que “todas las personas tienen derecho por igual a la protección de su salud, al respeto a la dignidad humana y a vivir sin discriminación de ningún tipo”.

La Constitución Política de la República de Nicaragua en el Arto.59,¹⁵ señala el derecho igual a la salud para todos los ciudadanos sin discriminación y la responsabilidad del Estado de garantizar las condiciones básicas para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación, dirigiendo y organizando programas, servicios y acciones de salud y promoviendo la participación popular.

Otros derechos y principios básicos reconocidos en los tratados internacionales, como el derecho a la vida y a la igualdad ante la ley y los principios éticos de no-discriminación, confidencialidad y autonomía, aparecen refrendados por la Constitución Política de Nicaragua en el Arto.46.

La Ley 820. Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante elVIH y sida para su prevención y atención, garantiza en su artículo 1, promoción, protección y defensa de los derechos humanos con énfasis en la atención integral de la salud, enfatizando en la no discriminación, la confidencialidad y el respeto a la autonomía personal; considerando en el artículo 3 los principios de acceso universal, autonomía personal, calidad y calidez en la atención, complementariedad (prevención, tratamiento, atención y apoyo), confidencialidad, continuidad, equidad, interculturalidad, integralidad, no discriminación y solidaridad.

La ley establece la incorporación de contenidos de prevención del VIH-Sida en los planes de todas las entidades públicas y privadas con funciones de información, comunicación y educación, enfocado sus contenidos y mensajes de acuerdo con las diferencias culturales y de comportamiento, brindando información y educación de manera científica y desde la perspectiva de los derechos humanos; la inclusión en los pensum académicos estatales el tema de la educación sexual y la amplia difusión de todos los métodos de prevención aceptados, incluidos los preservativos, garantizado así el fácil acceso a ellos, como también la gratuidad cuando sea necesaria.

La Ley 423, Ley general de salud y su reglamento, define como sistema nacional de salud al conjunto de todas las instituciones proveedoras de servicios, tanto públicas como privadas. En su artículo 13 establece que: “La promoción de la salud tiene por objeto las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”.

El Plan Nacional de Desarrollo Humano¹⁷ expresa el compromiso de las políticas de gratuidad impulsadas por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), centradas en restituir el derecho de los nicaragüenses a un medio sano con énfasis en salud preventiva.

La Política Nacional de Salud¹⁸ tiene como objetivo desarrollar un sistema de salud que haga efectivo el derecho ciudadano a la salud con equidad en el que se desarrollen enfoques de género y generacional para

contribuir a reducir las inequidades existentes, mejorar las condiciones de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país.

La Política Nacional de Prevención y Control de ITS,VIH y sida,¹⁹ de Nicaragua, orienta a través de la normativa acciones, disposiciones, principios, procedimientos, orientaciones y directrices de carácter público, dictadas por los órganos estatales competentes, a fin de conducir la Respuesta Nacional al VIH y sida, y garantizar el acceso universal a la prevención, atención, tratamiento y apoyo relativos al VIH y sida, considerando el respeto, la promoción, defensa y protección de los derechos humanos.

La Resolución Ministerial 671-2014 que regula principalmente los aspectos técnicos y éticos que deben ser cumplidos en la ejecución de diferentes acciones relacionadas con la prevención y atención al VIH y sida, constituyendo el referente directo para el actuar de los trabajadores de la salud.

Ley 641 Código Penal²⁰ . El nuevo código penal, ha incorporado tipos penales relacionados con el tema del VIH y sida: El Arto 427. Incluye penas por discriminación cuando una persona impida o dificulte a otro el ejercicio de un derecho o una facultad prevista en la constitución, leyes, reglamentos y demás disposiciones por cualquier motivo y el Arto. 428, incluye la promoción de la no discriminación penando a quienes promuevan públicamente la realización de actos de discriminación.

VI. Situación de la salud de las personas transgénero en Nicaragua

La consulta de 37 estudios realizados en Nicaragua sobre la comunidad LGBT permitió extraer en 13 de éstos, un conjunto de evidencias sobre la situación de la salud de la población transgénero, algunas de estas evidencias reflejan la siguiente situación:

Violencia basada en género VBG

En las personas transgénero, el mayor tipo de violencia experimentada es la verbal, con un 83.8%, seguido de violencia física, con 70.3%, la emocional un 32%, 21.6% sufrió violencia sexual y otro tipo de violencia 10.8%. Los mayores porcentajes de los diferentes tipos de violencia se declararon en la población homosexual y transgénero.²¹

En la parte legal, 1 de cada 6 personas transgénero femeninas ha sido detenida alguna vez y una vez privadas de libertad son víctimas de violencia sexual.²² El 90% de la población transgénero femenina ha recibido algún tipo de maltrato y discriminación, donde el 56% han buscado apoyo cuando han sido maltratadas.²¹

En el estudio de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS, en poblaciones vulnerables, ECVC Nicaragua 2009, reporta que el 15.8% de los HSH entrevistados en Managua y el 7.7% en Chinandega, han sufrido algún tipo de abuso o maltrato por ser hombres que tienen sexo con hombres o con personas transgénero femeninas, siendo el tipo de abuso predominante el verbal, seguido del físico. Los principales causantes del abuso o maltrato son la familia, amigos o parejas, seguido de desconocidos o clientes y, en tercer lugar, por compañeros de trabajo o de estudio.

En relación con la personas transgénero femeninas, de las 62 participantes en Managua, 42 (67.7%) reportaron haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato, por su condición de personas transgénero femeninas, mientras que, en Chinandega, sólo 5 (27%) de las 18 participantes en el estudio habían sufrido abusos; siendo el mismo tipo de abuso que el de los HSH, primero el verbal, en segundo lugar el físico, en tercer lugar la extorsión, chantaje o robo y en cuarto lugar la violencia sexual. En la ciudad de Managua, el 40.3% de las personas transgénero femeninas manifestaron algún tipo de maltrato en los servicios de salud por su condición de transexual.²³

En la segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS, en poblaciones vulnerables, ECVC Nicaragua 2013,²⁴ reporta que en relación con la población transgénero, de las 102 participantes en Managua, 41 (40.2%) reportaron haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato, por su condición de persona transgénero femenina, en Chinandega, de las 42 participantes en el estudio 22 (52.4%) habían sufrido abusos y en Masaya, de las 21 participantes en el estudio 6 (28.6%) habían sufrido abusos; siendo el mismo tipo de abuso que el de los HSH, primero el verbal, en segundo lugar el físico, en tercer lugar la extorsión, chantaje o robo y en cuarto lugar la violencia sexual. En la ciudad de Managua, el 40.3% de las personas transgénero femeninas manifestaron algún tipo de maltrato en los servicios de salud por su condición de transgénero.

Estigma y discriminación

La situación de la población transgénero en Nicaragua es sumamente compleja, el estigma y la discriminación socavan sus garantías y derechos fundamentales.²² PASMO, en la investigación sobre estigma y discriminación hacia PEMAR y consejería y prueba voluntaria en Centroamérica, logró establecer de manera cualitativa, que quienes manejan una mayor carga de estigma y discriminación hacia HSH y personas transgénero femeninas son de género masculino, siendo ellos más tolerantes con las TSF. Probablemente porque no han tenido algún contacto con la población y porque no se sienten aludidos en su masculinidad. Así mismo, se reporta que un nivel socioeconómico más bajo de las personas HSH y TTT, incide a situaciones de mayor discriminación.²⁵

En la Costa Caribe existe dominio de los pastores religiosos hacia la comunidad, donde pueden llegar a tener más poder, incluso, que las estructuras gubernamentales constituidas legalmente y con base a un estado de derecho. Así, personas entrevistadas expresaron que solamente “si el pastor autoriza una actividad, las comunidades participan”.²² Se logró establecer que de las poblaciones PEMAR, la personas transgénero femeninas es la más estigmatizada y discriminada, incluso por otras poblaciones PEMAR.²² Por su trabajo y su identidad de género las personas transgénero femenina sufren discriminación familiar, social y laboral.²¹

El 72.7% (125) del total de 172, mencionaron a la comunidad como el principal actor discriminatorio, seguido de sus hogares con 43.6%, que equivale a 75 encuestados.²¹ En el estudio sobre estigma y discriminación asociados al VIH en Centroamérica, realizado por PASCA (2011)

reporta que el 50% de la población de la región afirma que no tendría inconveniente en trabajar con una persona transgénero. El 61% opina que las personas no tienen derecho de agredir a las personas transgénero por la forma en que se muestran o se las percibe. Una cuarta parte está de acuerdo con que las mujeres transgénero tengan el derecho de identificarse a sí mismas como mujeres en un documento legal.²⁶

Casi la mitad de la población alimenta percepciones que pueden conducir a la discriminación de personas de las poblaciones clave. Son negativas en mayor medida hacia las mujeres transgénero.²²

En el diagnóstico situacional de estigma y discriminación relacionado a la homofobia, transfobia, comercio sexual y personas con VIH en Centroamérica (PASCA 2011) se reporta la creencia errónea o mito por parte de la población general, el hecho de asociar que todas las personas HSH y TTT son portadoras de VIH.²⁷ La mayor vulnerabilidad de las personas transgénero femeninas también se plasma en el acoso vivido por representantes religiosos de las diferentes iglesias: 1 de cada 4 (27.6%) referimos haber sido acosadas por un representante religioso, más del doble que entre las personas de la diversidad sexual.²²

Derecho y acceso a los servicios de salud

Los diferentes estudios registran datos de irrespeto al derecho a la salud de las personas de la diversidad sexual en Nicaragua: 1 de cada 9 (11.7%) personas encuestadas manifestaron haber sido discriminadas en el sistema de salud pública. El hecho de que a las personas de la diversidad sexual no se les permite donar sangre o que la identidad transgénero se siga considerando un trastorno psicológico (disforia de género) en los manuales de salud mental, son identificados como elementos de estigma y discriminación. Algunas personas de la diversidad sexual no se sienten atendidos(as) por el sistema de salud y tienen que acudir a médicos privados cuando tienen recursos económicos o, en caso contrario, a consultar al personal de las farmacias. Esta situación incrementa la vulnerabilidad en la salud de las personas transgénero femeninas.²²

Los estudios también han evidenciado el limitado acceso a los servicios, encontrando que el 69.9% de las personas transgéneros femeninas refieren haber sido atendidas en unidades de salud del MINSA. El 30% opina que el tiempo de espera para recibir la atención es largo. El 30% consideran que el costo de los servicios es elevado, ya que no siempre les proporcionan las medicinas indicadas en la receta.²⁸ Es sensible la falta de acceso a condones para relaciones sexuales anales.²¹

El hecho que a las personas de la diversidad sexual no se les permite donar sangre, puede ser considerado como un elemento discriminatorio, debido a que sienten que les consideran personas que presentan riesgo de contaminar o contagiar a otras personas. Consideran que mantener la prohibición de donar sangre no tiene ninguna justificación médica y es una más de las discriminaciones y estigmatizaciones que viven las personas transgénero femeninas.²²

Los estudios evidencian que una buena parte de los proveedores de servicios de salud considera la homosexualidad, el lesbianismo o la bisexualidad como un trastorno psicológico. Esta percepción dificulta la atención adecuada a las personas transgénero femeninas y favorece la no asistencia a las unidades de salud, incrementando la vulnerabilidad de las mismas.²²

La condición de vulnerabilidad en la que viven las poblaciones de la diversidad sexual los hace despreocuparse de su salud, lo que se convierte en una barrera para acceder a servicios de control médico. La mayoría de la población de la diversidad sexual manifiesta no asistir a los centros de salud por estar estos asociados principalmente con infecciones de transmisión sexual y VIH.²² Las poblaciones de la diversidad sexual carecen de apoyo social y económico para acceder a servicios de salud privados.²²

La investigación sobre estigma y discriminación hacia PEMAR y consejería y prueba voluntaria en Centroamérica, estableció que un alto porcentaje de las poblaciones de la diversidad sexual sienten necesario ocultar su identidad sexual cuando solicitan servicios médicos, producto de la discriminación que sufren por parte de los proveedores de salud, especialmente hacia las personas transgénero femeninas. De acuerdo al estudio, el proveedor de servicios de salud muestra falta de conocimientos adecuados, capacitación y sensibilización para trabajar con las poblaciones de la diversidad sexual, en especial con las personas transgénero femeninas. Las personas encuestadas consideran que los servicios son “poco amigables” y sienten falta de confidencialidad por parte de los proveedores de salud.²⁵

El estudio realizado por GEDDS registra que más de la mitad (55.3%) de las personas han vivido discriminación en los servicios de medicina general. Además, 1 de cada 7 (14%) han sido discriminadas al pasar consulta con especialistas, ginecólogos y urólogos, y 1 de cada 3 (32%) por enfermeras(os), recepcionistas, personal de vigilancia, etc.²²

Estilos de vida y prácticas

El diagnóstico situacional de estigma y discriminación relacionado a la homofobia, transfobia, comercio sexual y personas con VIH en Centroamérica (2011), reporta que en la gran mayoría de países, se reportó por parte del grupo de personas transgénero femenina, un consumo elevado de sustancias perjudiciales para la salud como alcohol y drogas.^{24,21}

Entre los hallazgos y barreras identificadas por AIDSTAR One en torno a necesidades de salud de las personas transgénero femeninas se reporta que el 48.50% nunca utilizan el condón, el 85.5 % realizan el sexo bajo influencia de alcohol y del 4.3 al 11.7% bajo influencia de otras drogas. Un 36.8% actualmente usan hormonas. Solamente el 13.2% recibió orientación médica para la utilización de hormonas. Para modificaciones corporales el 33.3% se han inyectado aceite mineral y el 33.5 % ha utilizado aceite de bebé. El 68.4% han sido aconsejada por una amiga para el proceso de utilización de hormonas.²⁸

Una de cada 40 persona transgénero femenina (2.5%) refieren que se han realizado algún tipo de implante de glándulas mamarias. No todas las personas transgénero femeninas que utilizan hormonas, implantes o cirugía plástica para realizar su transformación física, cuentan con asesoría médica. Una gran parte decide tomar hormonas o medicamentos para la transformación sin medir las consecuencias que pueden ocasionar en su salud.²²

En el caso de hormonas empleadas para feminización del cuerpo (estrógenos y antiandrógenos), los efectos colaterales pueden incluir: enfermedad tromboembólica, disfunción hepática, desarrollo de hipertensión, cálculos biliares, migrañas, retención de líquidos, además de otras condiciones relacionadas con el empleo de dosis elevadas de estrógenos como alteraciones en la producción de prolactina, resistencia a la insulina y desarrollo de tumores dependientes de dicha hormona.²²

En el caso del uso de hormonas masculinizantes (testosterona), sin debido control clínico, pueden desarrollarse condiciones indeseables como disfunción hepática, eritrocitosis, hipertensión, acné, aumento de grasa corporal, desarrollo o agravamiento de apnea del sueño, desarrollo de tumores dependientes de andrógenos (testosterona) y enfermedad cardiovascular (Hembree et al., 2009). De ahí que el empleo de hormonas como parte del proceso de transición requiera una evaluación bien exhaustiva y acompañamiento por médicos calificados para prescribirlas y monitorear sus efectos.²²

VIH y otras ITS

En el estudio multicéntrico de 2009 se obtuvo una prevalencia del VIH (7.5%). Las personas transgénero reportaron la mayor incidencia del VIH, seguidas por la población de hombres gay y por los bisexuales. La incidencia total de VIH encontrada en el estudio fue de 2.7% y por edades fue de 3.0% en las personas de 18 a 29 años de edad, y de 1.1% para quienes tenían 30 años o más de edad.²⁹ Distribución de nuevos casos de acuerdo al mecanismo y grupo de riesgo. Modelos de Modos de Transmisión del VIH: Trans 4.3%.³⁰ Las tasas de incidencia más altas son las de personas transgénero femeninas con $2,965 \times 100,000$ y las de HSH con $2,310 \times 100,000$. Al considerar que de las poblaciones de HSH y personas transgénero femeninas la fuente de información es nacional, reciente y de buena calidad la incidencia en personas transgénero femeninas es casi 130 veces mayor a la incidencia en personas con prácticas heterosexuales de bajo riesgo y en HSH es 100 veces mayor. Cuatro (4) de cada 100 nuevas infecciones acontecerán entre personas transgénero femeninas con la Tasa Específica de Incidencia más elevada entre todas las sub poblaciones incluidas en el MoT.³⁰

Para las personas transgénero femeninas se han encontrado prevalencias altas, entre 10% y 25% en tres países de la región. En relación a su situación de salud un 27% de la población transgénero refirió haber sufrido alguna enfermedad durante los últimos 3 meses, el 58% refirió buscar atención médica en las unidades de salud del MINSA. El 15% ha cursado con alguna ITS. El 21.1% se realizó la prueba de tuberculosis (el 3.7% resultó positiva).²³

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH (ECVC) – 2013-2014,²⁴ reportó que en las personas transgénero femeninas, se encontró una prevalencia de 20.6% en Managua, 9.4% en Chinandega, 7.8% en Masaya.

Estado de salud psicológica

En la esfera emocional o psicológica (Salud Mental) el estudio de AIDSTAR One (2013) registró que el 67.6% de las personas transgénero femeninas se ha sentido deprimida, el 59.3% se ha sentido sola o aislada, el 56.3% manifiesta dificultades para dormir, el 70.7% refiere momentos en los que no podía parar de llorar. El 32.8% informó haber tenido pensamientos e intentos suicidas. El 10.9% reporta intentos suicidas en los últimos seis meses.²⁸

Las situaciones de estrés o depresión que conlleva la presión familiar, escolar, laboral, y social que viven las personas transgénero por su identidad sexual, influye en que asistan con menor frecuencia a las consultas médicas, lo que incrementa la vulnerabilidad en salud.²²

VII. Recomendaciones para la promoción de la salud y prevención de enfermedades

Prestaciones de servicios de salud a las personas transgénero dentro del marco del Modelo de Salud Familiar Comunitario (MOSAFC).³¹

Las prestaciones de servicios de salud son un conjunto de acciones de promoción, prevención, atención al daño y rehabilitación, dirigidas a las personas. Para la entrega se deben tomar en cuenta las particularidades de cada grupo poblacional, el perfil epidemiológico, la disponibilidad de recursos, así como las características étnicas y culturales.

La entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud será realizada por el equipo de salud familiar y la red comunitaria, en los diferentes escenarios: hogar, comunidad y establecimientos de salud.

a) Promoción de la salud en el hogar y la comunidad³¹

El equipo de salud familiar debe realizar coordinaciones con la red de promotores y promotoras de la población transgénero, haciendo énfasis en acciones para lograr cambios de hábitos y comportamientos de riesgo y estilos de vida saludables, para lo cual deberán promover:

- Uso correcto y consistente del condón y lubricante.
- Uso de lubricante durante las relaciones sexuales.
- Reducción de las múltiples parejas.
- Prevención del uso de alcohol y drogas.
- Evitar las relaciones sexuales bajo efecto del alcohol o drogas.
- El autocuidado que incluye:
 - Higiene en el hogar
 - Higiene y cuidado personal
 - Alimentación sana y equilibrada
- Práctica de ejercicio físico.

Además, el equipo de salud familiar deberá fortalecer el trabajo con la red de promotores y promotoras de las personas transgénero a través de acciones como:

- Desarrollar las capacidades de liderazgo y gestión comunitaria.

- Desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica basado en la comunidad.
- Realizar educación de pares para cambios de comportamiento.
- Brindar consejería sobre reducción de riesgo (reducción del número de parejas sexuales y uso correcto y consistente del condón y lubricante).
- Brindar consejería para la prueba voluntaria de VIH, incluyendo la evaluación de la situación de la pareja.
- Identificar y referir los casos de personas en situación de violencia basada en género.
- Reducir el estigma y discriminación hacia personas de la diversidad sexual, incluyendo las personas transgénero.
- Distribución comunitaria de condones, lubricantes y métodos anticonceptivos.
- Organizar y realizar ferias de salud.
- Intercambio de experiencias con la red comunitaria
- Reconocimiento público a las organizaciones y movimientos sociales de la diversidad sexual y población transgénero que muestren evidencias de cambios en sus hábitos y comportamiento, así como en estilo de vida.

b) Promoción de la salud y prevención de enfermedades en los establecimientos de salud³¹

Para la entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud a las personas transgénero se establecerá a través de la red de servicios del Ministerio de Salud, organizada en dos niveles de resolución (primer y segundo nivel), que responden a los principios de accesibilidad, integralidad, continuidad y coordinación de la atención, que permitirá promover y apoyar acciones orientadas a la erradicación de cualquier tipo de discriminación a este grupo de población.

Para asegurar la continuidad de la atención integral a las personas transgénero por el equipo de salud familiar (ESF) se establecerán las mismas modalidades contempladas por el MOSAFC. Incluyendo la referencia oportuna de las personas que se han detectado enfermas y que requieren de atención especializada de acuerdo a la capacidad resolutoria de cada nivel de atención.

Los proveedores de servicios de salud deben poner en práctica la Resolución Ministerial 671-2014, la cual establece:

- *Que los establecimientos de salud públicos y privados, que brindan atención y servicios de salud a la población, deben de promover acciones orientadas a la erradicación de cualquier tipo de discriminación hacia las personas por su orientación sexual, identidad y expresión de género, por ser portadora de VIH o por ejercer el trabajo sexual.*
- *Que el personal de los establecimientos de salud públicos y privados donde se brinda atención de salud, no debe discriminar a ningún ciudadano por su orientación sexual, identidad y expresión de género, por ser persona con VIH o por ejercer trabajo sexual, así mismos, deberá llamar a las personas por el nombre elegido según su vivencia de género, entendiéndose por nombre elegido el nombre social utilizado por la persona; todo sin perjuicio de lo establecido por la legislación nacional en lo concerniente a la identidad ciudadana y las normas y manuales para el manejo del expediente clínico aprobada por el Ministerio de Salud.*
- *También enfatiza en que los establecimientos de salud implementen políticas públicas de salud para erradicar toda forma de discriminación hacia la comunidad lésbica, gay, bisexuales, trans e intersex (LGBTI), personas con VIH y trabajadoras sexuales.*
- *La resolución establece sanciones para el personal de los establecimientos de salud que no cumplan con lo establecido en la misma, conforme a lo establecido en la Ley N° 423 “Ley General de Salud” y el decreto N° 001-2003, “Reglamento de la Ley General de Salud”, sin perjuicio de las sanciones establecidas en la Ley N° 641, Código Penal, en lo relativo al delito de discriminación.*

Para dar una mejor respuesta a las necesidades de las personas transgénero, el equipo de salud familiar, debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Brindar consejería sobre infecciones de transmisión sexual, incluyendo la evaluación sindrómica de ITS para PVIH y sus parejas, y de ser pertinente la prestación de servicios o referencia a servicios de tratamiento de ITS para ambos.
- Brindar consejería sobre abuso de sustancias y tratamiento, incluyendo el conocimiento de los mecanismos de referencia a servicios para el tratamiento del abuso de sustancias y de tratamiento.
- Realizar consejería sobre reducción de riesgo (reducción del número de parejas sexuales y uso correcto y consistente del condón y

lubricante), esto incluye evaluación de la actividad sexual del PEMAR y su pareja y de ser pertinente la distribución de condones.

- Promover la educación de pares para cambios de comportamiento.
- Brindar consejería para la prueba voluntaria de VIH, incluyendo la evaluación de la situación de la pareja y gestión para el suministro de pruebas.
- Atención de personas en situación de violencia basada en género.
- Reducir el estigma y discriminación hacia personas de las diversidad sexual, incluyendo las personas transgénero.
- Atender con un trato cordial las referencias comunitarias y responder la contra referencia.
- Establece los mecanismos de coordinación, referencia y contra referencia con otros servicios de salud.
- Informar a la instancias municipales las acciones de promoción de la salud, prevención y atención de las enfermedades de las personas transgénero, para que sean incorporadas en el plan de desarrollo municipal.

VIII. Recomendaciones para la prevención combinada

Componentes de la prevención combinada³²

De acuerdo con las guías técnicas del Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR, siglas en inglés), prevención combinada es el conjunto óptimo de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales, llevadas a cabo con la calidad y la escala que pueden reducir significativamente la incidencia del VIH.³²

Los componentes de la prevención combinada incluyen tres grupos de intervenciones: biomédicas, conductuales y estructurales. Existe evidencia sustancial para demostrar la eficacia de estas intervenciones para poblaciones de alto riesgo para el VIH, incluyendo la población transgénero.

En la tabla I se enlistan actividades de cada intervención:

Tabla I: Intervenciones y actividades de la Prevención Combinada

Intervenciones estructurales

- Cambios legales y de políticas
- Reducción del estigma y discriminación
- Abordaje de la violencia de género
- Eliminar barreras de acceso a los servicios
- Fomento de los derechos humanos

Intervenciones biomédicas

- Prueba de VIH y consejería
- Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- Tratamiento con antirretrovirales
- Seguridad de la transfusión sanguínea
- Seguridad de las inyecciones
- Prevención de embarazos no deseados en mujeres positivas
- Prevención de la transmisión madre – hijos
- Profilaxis post exposición
- Circuncisión masculina

Intervenciones conductuales

- Cambio de comportamiento
- Educación de pares
- Reducir parejas
- Uso de condón y lubricantes
- Prevenir uso de alcohol y drogas

Los diferentes estudios evidencian que se ha creado un entorno social con barreras de acceso a la prevención, atención y servicios de tratamiento para la población transgénero femenina.²⁰ El cambio de comportamiento de las conductas de riesgo relacionado con el VIH en las poblaciones de mayor riesgo es crucial para detener la propagación de la epidemia y los resultados de los modelos de prevención combinada implementados indican que pueden y están funcionando.³³

Las diferentes acciones que se realizan bajo el concepto de prevención combinada, ya sea, a nivel individual o a nivel de grupos pequeños, han demostrado ser efectivas para reducir los comportamientos de riesgo que favorecen la transmisión del VIH.³⁴

El hacer entrega de estas acciones de una forma organizada y hábilmente ejecutada a las poblaciones pertinentes, a través de lo que se denomina paquete básico de prevención combinada, constituye un componente importante de las estrategias combinadas para la prevención del VIH.³⁵

Tabla 2: Recomendaciones para un “Paquete básico de prevención combinada” para población transgénero

Servicios	Actividades
A. Prevención a nivel individual y a nivel de grupos pequeños	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de estilos de vida saludables 2. Educación para reducir los comportamientos riesgosos (número de parejas, relaciones sexuales sin protección) 3. Promover el uso adecuado y consistente de condón y lubricante con compañeros estables y ocasionales 4. Disponibilidad consistente de lubricantes y condones
B. Servicios de salud integrales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consejería y prueba voluntaria para VIH 2. Atención y tratamiento de las ITS, incluyendo a sus contactos sexuales y parejas. 3. Atención y tratamiento para VIH. 4. Consejería para adherencia a la TAR. 5. Atención a personas transgénero víctimas de la violencia, incluyendo la profilaxis post-exposición para VIH. 6. Atención a la salud mental.
C. Servicios de bienestar social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Referencias a servicios para tratamiento por uso de sustancias como el alcohol y droga (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos). 2. Integración a grupos comunitarios de autoayuda o ayuda mutua.

Fuente: Adaptado USAID/HCI. Paquete pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud en planificación familiar, materno infantil y VIH/sida. Nicaragua, 2012.

IX. Recomendaciones para la promoción y prevención a nivel individual y de grupos pequeños

Promoción de estilos de vida saludables¹

De acuerdo a la OMS, en su definición de salud, estar sano o sana no significa únicamente estar libre de enfermedades y padecimientos, sino disfrutar de un estado de pleno bienestar físico, mental y social.³⁶ Alcanzar y mantener este estado, depende tanto de factores socioeconómicos y estructurales como de comportamientos y estilos de vida individuales.

Es necesario que las personas conozcan y adopten prácticas y hábitos que contribuyan a mantener la salud, entre las que deben estar:

- Practicar una alimentación sana y equilibrada.
- Hacer ejercicio físico de rutina.
- Dormir las horas que sean necesarias para reparar el organismo.
- Evitar el consumo de cigarrillos, alcohol o drogas.
- Tener una actividad sexual gratificante y sin riesgos.
- Evitar la ansiedad y el estrés excesivo y sostenido.
- Buscar servicios de salud para un chequeo médico completo periódico, de preferencia anual o con mayor frecuencia si es necesario. La visita a un servicio de salud con cierta regularidad permite prevenir o tratar problemas de salud a lo largo del curso de vida.

Educación para reducir los comportamientos de riesgo

Las intervenciones conductuales³⁵ integran una variedad de enfoques que abordan los principales resultados del comportamiento, incluyendo, en el caso de la población transgénero femenina, la reducción de parejas y el uso correcto y consistente del condón y lubricante. Los enfoques se orientan a motivar un cambio positivo de comportamiento en los individuos, parejas, grupos de pares o redes, instituciones y comunidades.

Las intervenciones conductuales tienen el propósito de eliminar los comportamientos de riesgo y fortalecer los de protección, por lo general, abordando los conocimientos, actitudes, habilidades y creencias, siendo las principales intervenciones las siguientes:

- **Uso consistente y correcto del condón y lubricante.** El sexo sin protección es la principal de transmisión del VIH, lo que representa más del 80 por ciento del número total de infecciones. Los condones

masculinos y femeninos, cuando se usan correctamente, ayudan a reducir de forma significativa la infección de ITS y VIH al servir como una barrera impermeable al intercambio sexual de las secreciones.³⁵

- **Divulgación de mensajes de prevención del VIH dirigidos a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).** Los hombres que tienen sexo con hombres pueden ser difíciles de alcanzar con mensajes de prevención del VIH, ya que muchos mantienen en secreto sus actividades sexuales. Para tener éxito, los programas deben abordar la reducción de los comportamientos de riesgo y llegar a los HSH en formas que reflejen la diversidad de su comportamiento sexual y sus variados contextos sociales y políticos.³⁵
- **Reducción del número de parejas.** Es una estrategia de prevención que se centra en la disminución de número total de parejas con el fin de disminuir el riesgo de infectarse con el VIH o la transmisión. Muchas personas actualmente son conscientes de que tener múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer el VIH. Pocas personas son conscientes de que tener relaciones sexuales simultáneas, que se define como tener dos o más de forma concurrente, aumenta su riesgo de contraer el VIH, una persona está en mayor riesgo de contraer el VIH si su pareja sexual que se conecta a una más amplia red sexual a través de las cuales el VIH se puede propagar.³⁵
- **Educación entre pares.** Involucra a los miembros de un grupo específico para influir en otros miembros a adoptar conductas sexuales saludables y modificar las normas. Los educadores de pares pueden ser más eficaces para influir en casos difíciles de alcanzar o en individuos privados de sus derechos porque son vistos como más creíbles o menos críticos que aquellos que no son iguales.³⁵

Promover el uso adecuado y consistente de condón y lubricante con compañeros estables y ocasionales

El sexo sin protección es la principal vía de transmisión del VIH, lo que representa más del 90 por ciento del número total de infecciones³⁷. Los condones masculinos y femeninos, cuando se usan correctamente, ayudan a reducir de forma significativa la infección de ITS y VIH al servir como una barrera impermeable al intercambio sexual de las secreciones.

Debido a que las relaciones sexuales no protegidas exponen a las personas a contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, la promoción del uso del condón ha sido una intervención fundamental, a nivel mundial, en las estrategias de los programas de salud.

La práctica del sexo seguro, ayuda a las personas a evitar preocupaciones y permite disfrutar plenamente la sexualidad. En el caso de las personas

con VIH, el sexo seguro previene que puedan sufrir una reinfección.³⁸

Dentro de algunas medidas de sexo seguro se incluye el uso correcto y consistente del condón. Esto significa que se debe usar en cada relación sexual, sin excepción alguna; sea para el sexo oral, vaginal o anal, desde el inicio hasta el fin de cada relación sexual con penetración.

Principios generales del sexo seguro

Sexo seguro es cualquier práctica sexual en la que no se permite que el semen, la sangre o los fluidos corporales de una persona, entren en el cuerpo de otra. Las partes del cuerpo por donde el VIH podría entrar al torrente sanguíneo son: el ano y el recto, la vagina, el pene, la boca y los ojos. Estas partes deben ser protegidas del contacto con los fluidos infectados por el VIH o alguna ITS. Cada vez que una persona tiene una actividad sexual está escogiendo, consciente o inconscientemente, el nivel de riesgo con el que se siente cómoda en ese momento. La protección se consigue mediante el uso de condones de látex, barreras bucales (“dental dams”), polietileno transparente, guantes de látex y “condones de dedo,” que actúan como barreras entre los fluidos infectados y las membranas mucosas o heridas abiertas.³⁹

X. Recomendaciones para la atención integral en los servicios de salud

a) Primer contacto en la unidad de salud

Los proveedores de servicios de salud que está en las salas de emergencia o admisión deben cumplir con algunas características como ser amable, respetuoso, amigable. Las personas que forman parte del primer contacto en una unidad de salud son actores clave, su actitud será considerada un reflejo de la calidad global del servicio.

Es importante que todo el personal de la unidad de salud administrativo y asistencial (guarda de seguridad, personal de limpieza, de apoyo, enfermeras, auxiliares, estudiantes y médicos) estén sensibilizados para garantizar calidad y calidez en la atención.¹

En el primer y en los sucesivos contactos con el proveedores de servicios de salud se deben manifestar actitudes de respeto a las personas transgénero, que no reflejen discriminación y rechazo por su orientación sexual e identidad de género.

Personal de recepción¹

El personal de recepción generalmente está conformado por guardas de seguridad, conserjes y personal administrativo, serán quienes empezarán a interactuar con las personas transgénero. Por lo tanto, es importante brindar una atención individualizada, sin emitir ningún juicio, a fin de mostrar confianza que les permita expresar información confiable sobre su identidad de género y problema de salud, por el cual están visitando la unidad. Este personal refleja la “imagen” de una unidad de salud, y su forma de atención debe ser con tacto, comprensión, respeto, paciencia y calidez, en un clima de confianza, confidencialidad y seguridad.

Una vez que las necesidades y demandas de las personas usuarias han sido identificadas, la persona recepcionista o asistente debe ayudarlo a “circular por el servicio” con la finalidad que se familiaricen con los ambientes de atención y el personal de la unidad de salud.

Personal de la admisión¹

Al momento de llenar los formatos establecidos por la unidad de salud se sugiere que al hacer la pregunta sobre el sexo biológico (hombre o mujer), solicitarle también la identidad de género (masculina, femenina, transfemenina, transmasculino) anotándolo por separado. El personal deberá llamar a las personas por el nombre elegido según su vivencia de género, entendiéndose por nombre elegido el nombre social utilizado por

la persona; todo sin perjuicio de lo establecido por la legislación nacional en lo concerniente a la identidad ciudadana y las normas y manuales para el manejo del expediente clínico aprobada por el Ministerio de Salud en base a lo descrito en la resolución ministerial 671-2014.

Personal asistencial¹

El personal médico o de enfermería realizará una evaluación clínica, retomando los datos brindados por las personas transgénero en la admisión. Al llenar la historia clínica (interrogatorio y examen físico) los datos de admisión deberán ser confirmados. Esto con el objetivo de no entrar en contradicción o emitir juicio sin fundamento sobre su identidad de género y no caer en situaciones de estigma y discriminación.

Hay que tomar en cuenta que el personal médico o de enfermería no siempre será capaz de reconocer a una persona transgénero sin su auto-revelación, pero en algunos casos pueden descubrirlo durante el examen físico donde se encuentra que no hay correspondencia con su sexo auto-declarado o al sexo que el profesional esperaba encontrar.

En general las funciones del personal asistencial (médico y enfermería) son las mismas descritas en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

Personal de servicios de apoyo (laboratorio, farmacia, radiología, odontología y otros)

El personal de los establecimientos de salud públicos y privados donde se brinda atención de salud, no debe discriminar a ningún ciudadano por su orientación sexual, identidad y expresión de género.

La empatía, la sensibilidad, el tacto y el respeto son habilidades y actitudes necesarias que todos los proveedores de servicios de salud deben desarrollar y poner en práctica al interactuar con cualquier usuario y, en particular con las personas transgénero.

b) Historia clínica completa

La historia clínica está basada en lo descrito en la Norma para el manejo del expediente clínico y manual para el manejo del expediente clínico del Ministerio de Salud⁴⁰ comprende la anamnesis (llamado también interrogatorio) y el examen físico. Debe ser completa y cumplir con todos los puntos descritos en el anexo I.

c) Consejería y prueba voluntaria para VIH

Como se pudo apreciar en el marco conceptual, en lo referente a la situación de la salud de las personas transgénero, los diversos estudios

e investigaciones ponen en evidencia que la prevalencia del VIH y las ITS es alta entre los subgrupos de la diversidad sexual, especialmente, entre las mujeres trans, debido a las prácticas y las situaciones de alto riesgo (Herbst et al., 2008). Aunado a esta situación, están los temores y preocupaciones en las personas transgénero por el impacto que un diagnóstico positivo de VIH representa para sus interacciones sociales (por ejemplo el estigma, o bien, la capacidad para atraer a parejas sexuales). Las pruebas de VIH e ITS pueden ser un punto de entrada al sistema de salud.¹

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas transgénero femeninas tienen necesidades de consejería distintas a las de otros hombres, por ello es importante identificar al paciente como HSH o transgénero femenina. Esta población es muy diversa tanto en términos sociales y educativos, como en relación a cuán evidente es su condición de HSH, transgénero femeninas o su comodidad para revelarlo. Ello hace que, en muchos casos, esta condición pase desapercibida a menos que ellos la revelen espontáneamente o a partir del interrogatorio inteligente por parte de un consejero(a) entrenado(a).

Durante la consejería es necesario enfatizar en los siguientes temas:

- Género e identificación sexual.
- Identificar y reconocer las conductas de riesgo.
- Informar en el reconocimiento de síntomas y signos de ITS.
- Promover la búsqueda de servicios de salud especializados.
- Recomendar la realización de la prueba de VIH.
- Promover el uso adecuado y consistente de condones con todas sus parejas sexuales para disminuir la posibilidad de transmisión y/o una reinfección.
- Orientar sobre los riesgos del uso o consumo de drogas y alcohol asociado a relaciones sexuales.

Principios de la consejería: La consejería debe basarse en los principios establecidos en la normativa del MINSA⁴¹:

- **Imparcialidad:** Neutralidad en el tema a abordar, no inducir a las personas con las opiniones de quien brinda la consejería.
- **Privacidad:** El tema debe tratarse en un entorno privado por el derecho al respeto de la individualidad.
- **Confidencialidad:** Es obligación de quien brinda la consejería guardar discreción absoluta sobre el contenido de las entrevistas.
- **Veracidad:** Es derecho de las personas recibir información clara,

concreta y real.

- **Voluntariedad:** Después de haberse realizado la consejería, la persona tiene la total libertad de decidir hacerse o no la prueba de VIH.

El perfil humano y técnico de la persona que brinda consejería, debe integrar los siguientes elementos⁴⁰:

- Calidez y sensibilidad.
- Capacidad para establecer empatía.
- Habilidades para la comunicación (saber escuchar, tener actitud de interés en la conversación, no realizar gesticulaciones, tener una buena postura, no interrumpir al paciente en su narración).
- Mantener una actitud abierta; esto implica no juzgar y tener criterios ético-racionales que garanticen el respeto y la dignidad de él o la paciente.
- Estricto manejo de la confidencialidad.
- Habilidad en el manejo de las emociones propias y del paciente, tales como la ira, la ansiedad, la tristeza, etc.
- Capacidad para reconocer sus limitaciones, dentro del proceso de consejería, y para confrontar sus propias actitudes frente a la sexualidad y la muerte.

La consejería sobre el VIH debe promover la prevención y tener en cuenta los factores y cofactores de riesgo específicos en las personas transgénero, incluso el uso de alcohol y otras sustancias.

Se deben focalizar los factores de riesgo individuales. Además del riesgo de conductas sexuales tales como relaciones sexuales anales sin protección (coito anal penetrativo en las personas transgénero femeninas), las personas transgénero pueden estar en riesgo al compartir el equipo durante las inyecciones de drogas, hormonas y rellenos de tejidos blandos.

Hay que tener en cuenta que el uso errático de hormonas puede resultar en cambios del estado de ánimo; por ejemplo el uso de hormonas feminizantes pueden afectar la erección haciendo más difícil el uso del condón (Bockting, Robinson, y Rosser, 1998).

El trabajo sexual, sobre todo cuando los clientes ofrecen más dinero por tener relaciones sexuales sin protección, puede contribuir al riesgo. Las personas transgénero pueden estar en riesgo debido a la negociación sexual que a veces es necesaria como consecuencia de la escasez percibida de parejas dispuestas a entrar en una relación comprometida. Al igual que otras poblaciones de riesgo, la investigación ha demostrado que, para las mujeres transgénero,

es más probable que el sexo sin protección se lleve a cabo con las parejas no-comerciales principales o estables (Nemoto et al, 2004)¹.

Tomando en consideración los resultados de los diferentes estudios sobre la vivencia de violencia de las personas transgénero, es recomendable tomar en cuenta algunas consideraciones para la consejería en personas sobrevivientes a la violación sexual:

- Tener en cuenta que este tipo de situación es delicada, hay que enaltecer los beneficios de realizar la prueba, antes de hacer el examen físico proporcionar consejería.
- Tenga en cuenta y respete la decisión del paciente con respecto a cada procedimiento.
- Es fundamental durante la consejería, informar sobre los riesgos, los signos y síntomas de las ITS incluido el VIH.

En casos de violencia sexual, hacer manejo y seguimiento de acuerdo a la normativa 031 “Normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual” y a la normativa 123 “Guía de profilaxis ocupacional y no ocupacional ante el VIH”. Se debe recomendar a las personas transgénero que son VIH negativas hacerse la prueba de VIH regularmente, por ejemplo, dos veces al año.

Para profundizar el tema de la consejería para la prueba de VIH seguir los mismo procedimientos señalados en normativa 118, “Manual de consejería para el abordaje del VIH”

d) Atención y tratamiento de las ITS, incluyendo a sus contactos sexuales y parejas

El manejo efectivo de las ITS es la base para su control, ya que previene el desarrollo de complicaciones y secuelas, reduce la diseminación de las infecciones en la comunidad y brinda una oportunidad única para educar a la población sobre la prevención del VIH. Por lo tanto, el tratamiento apropiado de las ITS en el primer contacto entre los pacientes y los prestadores de salud es una importante medida de salud pública.⁴²

La prevención y el tratamiento de las ITS tienen como finalidad:

- Interrumpir la transmisión de las infecciones de transmisión sexual.
- Prevenir el desarrollo de enfermedades, complicaciones y secuelas.
- Reducir el riesgo de infección por VIH.⁴¹

La relación entre las ITS y VIH/sida

Algunas ITS facilitan la transmisión del VIH; la presencia del VIH puede

hacer a las personas más susceptibles a contraer una ITS; la presencia del VIH aumenta la gravedad de algunas ITS y su resistencia al tratamiento.

ITS que facilitan la transmisión del VIH

Una persona con úlceras (llagas abiertas) en la zona genital es mucho más propensa a contraer y transmitir el VIH. El chancroide y la sífilis son las principales causas bacterianas de úlceras. Si se diagnostican y se tratan de forma inmediata, estos vínculos se pueden reducir.

La clamidia, la gonorrea y la tricomoniasis también pueden facilitar la transmisión del VIH. Esto puede ser a causa de una o dos razones:

- Estas enfermedades no ulcerosas estimulan el sistema inmunológico del organismo para aumentar el número de leucocitos, que son tanto objetivos como fuentes del VIH.
- La inflamación genital asociada con estas ITS puede causar cortes microscópicos en los tejidos genitales y crear así sitios potenciales por donde el VIH puede ingresar al organismo.

Las personas infectadas con VIH son más vulnerables a contraer infecciones múltiples. El VIH incrementa la gravedad de las ITS y la resistencia al tratamiento. Un vínculo adicional entre el VIH y otras ITS es la alteración de la evolución de una ITS en un individuo con inmunodeficiencia concomitante asociada al VIH. La gravedad de las manifestaciones podría aumentar, la infectividad podría prolongarse e incrementarse, y la respuesta a los regímenes convencionales podría reducirse.

El vínculo restante entre las ITS y el VIH es obviamente el conductual: la conducta sexual sin protección expone a las personas tanto al VIH como a otras ITS. De igual forma, el uso consistente de condones puede prevenir ambos tipos de infecciones. En términos generales podemos afirmar que todas las ITS, incluido el VIH, se pueden prevenir.

La prevención puede ser primaria o secundaria:⁴¹

- La prevención primaria apunta a evitar que las personas contraigan una ITS o el VIH; trata de adoptar una conducta sexual más segura y mantener sólo contactos sexuales seguros.
- La prevención secundaria se trata de promover una conducta relacionada con la búsqueda de atención para las ITS, a través de la provisión de tratamiento y atención a las personas infectadas para evitar que continúe la transmisión a otras personas. Para esto se requiere de:
 - la disponibilidad de establecimientos de salud que no estigmaticen y no discriminen;

- el ofrecimiento de una atención de calidad para ITS;
- la garantía de un suministro continuo de fármacos altamente efectivos;
- la garantía de un suministro continuo de condones.

El manejo sindrómico de las ITS⁴³

La OMS ha diseñado una herramienta simplificada (un diagrama de flujo o algoritmo) como guía para los prestadores de salud en la implementación del manejo sindrómico de las ITS.⁴¹

El manejo sindrómico de las ITS ofrecen muchos beneficios, entre ellos que permite a los proveedores de servicios de salud diagnosticar un síndrome de ITS y tratar a los pacientes ‘en el acto’, sin tener que esperar los resultados de las pruebas de laboratorio, que pueden demandar mucho tiempo y ser muy costosas. El hecho de ofrecer al paciente un tratamiento en su primera visita, ayuda a prevenir la diseminación de las ITS.

El manejo sindrómico incluye la educación al paciente (información sobre la infección, forma de transmisión de las ITS, conductas sexuales de riesgo y formas de reducir el riesgo), el manejo de la pareja, la oferta de la prueba de VIH y la provisión de condones. Se basa en un síndrome de una ITS: un grupo de síntomas y signos clínicos que presenta el paciente, que se puede utilizar para decidir el tratamiento apropiado.⁴¹

En la normativa 113 del Ministerio de Salud, Guía para la atención de las infecciones de transmisión sexual- Manejo Sindrómico del año 2013 se presentan los diferentes flujogramas para el manejo sindrómico de las ITS.⁴²

El objetivo del manejo sindrómico es identificar uno de los síndromes y manejarlo según corresponda. Para cada síndrome, existe un flujograma que guiará al trabajador de la salud a través de pasos simples para realizar el diagnóstico y seleccionar el mejor tratamiento disponible.

Para mejorar el acceso, el tratamiento de las ITS debe estar disponible en todos los establecimientos de salud del país. Esto significa que los proveedores de servicio están capacitados para reconocer las ITS y luego ofrecer a los pacientes una atención integral independiente del motivo de consulta.⁴¹

La atención integral comprende seis características:

- Realizar un diagnóstico correcto;
- Administrar la terapia antimicrobiana correcta para el síndrome de ITS;
- Educar al paciente sobre la naturaleza de la infección, conductas sexuales más seguras, actos sexuales seguros y la reducción del riesgo para poder prevenir o disminuir conductas de riesgo en el futuro;

- Educar al paciente sobre el cumplimiento del tratamiento;
- Demostrar el uso correcto de condones y proveer condones;
- Aconsejar de qué manera las parejas del paciente podrían recibir tratamiento y solicitarle a la persona que en su próxima visita se haga acompañar de su/sus pareja/s.

Un síndrome es simplemente un grupo de síntomas sobre los que consulta un paciente y los signos clínicos que se observan durante el examen físico.

En el anexo 2 se explican los signos y síntomas de los principales síndromes de ITS y sus causas.⁴²

e) Atención y tratamiento de personas trans con VIH

Los proveedores de servicios de salud deben poner en práctica estos lineamientos sobre promoción de la salud, prevención y autocuidado, que incluyen información sobre controles regulares, cumplimiento del tratamiento profiláctico y antirretroviral.

Las orientaciones sobre autocuidado deben incluir: hábitos higiénicos, dietéticos y de vida saludable (trabajo, deporte, recreación, evitar o reducir consumo de tabaco, alcohol y agotamiento).

Las recomendaciones sobre sexualidad deben hacer énfasis en las prácticas sexuales seguras para evitar la re-infección, medidas de protección ante infecciones como la tuberculosis u otras ITS.

La terapia o antirretroviral (TAR), generalmente se utilizan para mejorar la salud de la persona con el VIH, también puede servir como una estrategia preventiva mediante la reducción de la carga viral, lo que reduce el riesgo de transmitir el VIH a su pareja sexual o la pareja con la que comparte agujas para el uso de drogas.³⁴

Las personas trans con VIH deben ser animadas a acceder y cumplir con el tratamiento antirretroviral de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud en la Guía de terapia antirretroviral en adultos con VIH.⁴⁴

f) Atención a las consecuencias de la violencia⁴⁵

Los prestadores de servicios de salud deben estar bien conscientes de que las víctimas de la violencia están profundamente afectadas y bajo gran estrés, y se debe evitar añadir cargas adicionales a su ya difícil situación. Los prestadores de servicios de salud deben tener una actitud abierta, respetuosa y sin prejuicios. Una agresión sexual puede ocurrir durante o

después de las agresiones físicas.

Es muy probable que las personas transgénero que han sido víctimas de violencia física y sexual se encuentren en una profunda conmoción emocional que debe ser tratada junto con las lesiones físicas, además de ofrecer la profilaxis adecuada post-exposición para VIH y otras ITS, de acuerdo con las normas nacionales de atención a víctimas de violencia. De allí la importancia que se les pueda garantizar servicios de salud mental orientados a la intervención en crisis y procesos de recuperación emocional tomando en cuenta la violencia que sufren.

Recomendaciones para la provisión de servicios de salud a víctimas de VBG

Para mejor atención médica a personas transgénero es necesario abordar las necesidades y la seguridad por ser víctimas de violencia. El no cumplir con algunos principios básicos de la atención, como confidencialidad, y no tener en cuenta las consecuencias de violencia sexual pueden colocar inadvertidamente a estas personas ante el riesgo de violencia adicional.

Uno de los roles de los servicios de salud consiste en atender las necesidades de la población afectadas por VBG y ayudarlas a que no vuelvan a estar expuestas a otros hechos de violencia. Es fundamental la prevención primaria (impedir hechos de violencia antes de que éstos ocurran) así como su tratamiento.

Forma en que los servicios de salud pueden abordar violencia basada en género³⁵

- Apoyar esfuerzos para integrar totalmente la atención de casos de VBG dentro de programas de salud existentes.
- Apoyar la participación de organizaciones de salud en esfuerzos más amplios de prevención, redes de referencia y en campañas de incidencia política.
- Apoyar los esfuerzos a nivel institucional para abordar VBG con “enfoque sistémico”.
- Apoyar esfuerzos a largo plazo para sensibilizar y capacitar a los trabajadores de la salud, incluyendo integración de VBG en programas de estudio de la carrera de medicina y enfermería.
- Garantizar que trabajadores de la salud reconozcan y escuchen experiencias de personas transgénero femeninas sobre VBG sin juzgarlas y compasivamente.
- Invertir en investigación para recabar evidencia sobre intervenciones de salud eficaces.

Ruta de atención a las personas sobrevivientes de la violencia sexual

Una persona que ha sufrido violencia sexual, amerita atención médica de urgencia e insistir que acuda a una unidad de salud tan pronto como sea posible. Las primeras 72 horas después de la agresión son fundamentales y se debe garantizar a la persona un abordaje integral desde la perspectiva de los derechos humanos. Es importante no juzgarla y saber escucharla para conocer su situación, así como para informarle donde puede buscar apoyo para hacer valer sus derechos. El abordaje integral consiste en detener la violencia, identificar los daños y prevenir el riesgo de un embarazo, ITS y VIH.⁴⁶

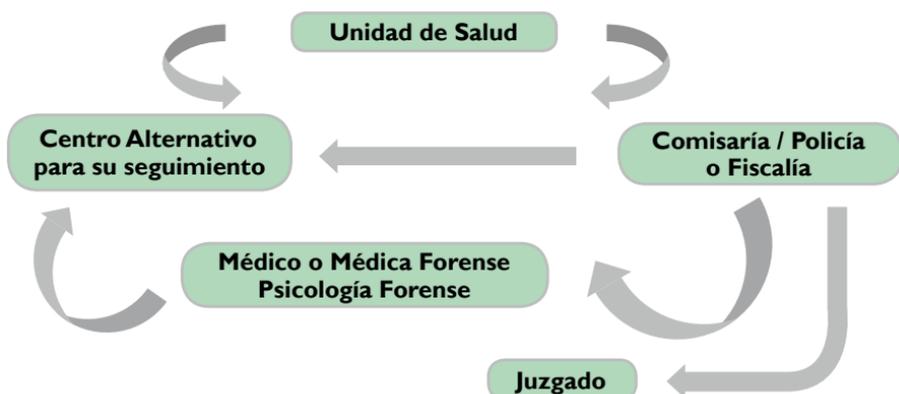


Figura 1: Ruta de atención a las víctimas de la violencia física y sexual

Nicaragua cuenta con la Norma 031 del MINSA: Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, 2009, la cual establece que, al atender a una víctima de abuso sexual, la prioridad de atención siempre debe estar encaminada a preservar la vida, la salud y bienestar de la misma. La Norma 031 establece la siguiente ruta de atención a las víctimas (Figura 1).

Profilaxis post exposición⁴⁷

La normativa 123. Guía de profilaxis ocupacional y no ocupacional ante el VIH, instruye la prueba de VIH en los casos de violaciones y explotación sexual comercial, que acuden a los centros del Ministerio de Salud.

Consideraciones para iniciar profilaxis post exposición no ocupacional.

La profilaxis post exposición no ocupacional

Antes de plantear el TAR profiláctico hay que confirmar que la exposición al VIH sea de carácter excepcional. En caso de exposiciones repetidas no se realizará PPE y se deberá informar sobre los riesgos y las medidas

de prevención que deben adoptarse para disminuir las posibilidades de transmisión.

Es importante mencionar que la eficacia del tratamiento disminuye rápidamente tras la exposición por lo que se recomienda iniciarlo antes de las 6 primeras horas y siempre antes de 72 horas⁴⁶. Dado que la PPE no asegura la protección frente a la infección, deberá insistirse en las medidas de prevención primaria, como:

- Evitar prácticas de riesgo
- Uso correcto y consistente del condón
- No compartir material inyectable

Deberán recopilarse todos los datos del caso fuente y efectuar un seguimiento serológico de la persona expuesta, independientemente si se recomienda la PPE.

En caso de VIH y que además es víctima de violencia sexual se deberá indicar los siguientes:

Durante la atención inmediata se debe realizar:

- Consejería pre y post realización de prueba rápida para VIH.
- Explicar los signos y síntomas de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y la necesidad de regresar por tratamiento, si ocurriese o si presentara cualquiera de estos signos y síntomas.
- Aplicar los esquemas de tratamiento en el manejo sindrómico de las ITS, así como esquema profiláctico del VIH.
- Hacer énfasis en la necesidad de usar un condón con su pareja, hasta que se descarte la positividad o no de infecciones de transmisión sexual o VIH”.

Justificación de la profilaxis post exposición:

- La infección sistémica no ocurre inmediatamente a la transmisión.
- Se produce una secuencia de eventos antes de producirse la viremia.
- Es durante esa fase de “ventana” que la profilaxis con antirretrovirales puede limitar la replicación viral local.
- Se debe iniciar, preferiblemente, antes de que exceda un tiempo de 36 horas, aunque algunos autores recomiendan en la primera hora.

Procedimientos según la evaluación del riesgo de infección por vía sexual cuando no se conoce si la persona fuente está infectada por el VIH.

Exposiciones con riesgo alto:

Se recomienda realizar profilaxis post-exposición

Exposiciones con riesgo bajo:

Puede considerarse realizar profilaxis post-exposición. Esto indica que según la valoración médica puede ser opcional y la decisión se tomará de forma individualizada entre la persona expuesta y el médico responsable, valorando los riesgos y los beneficios potenciales.

Exposiciones con riesgo nulo:

La profilaxis por exposición no está indicada.

Los proveedores de servicios de salud deberán darle seguimiento de forma sistemática y realizará lo siguiente:

A los 3 meses:

Haga pruebas de VIH y analice los resultados con los usuarios.

A los 6 meses:

Haga pruebas de VIH y analice los resultados con los usuarios.

g) Atención de la salud mental

El hecho de ser una persona transgénero no constituye, en sí mismo, una condición patológica de ningún tipo. Sin embargo, vivir como una persona transgénero, a menudo, requiere de esfuerzos para enfrentar entornos discriminatorios y hostiles.

El persona de salud debe tener en consideración que la salud mental es una preocupación importante de salud entre la población transgénero (OIM, 2011). Son frecuentes la ansiedad y la depresión, incluyendo los pensamientos e intentos suicidas, y están asociados con el estigma y la discriminación. El apoyo familiar y entre pares, junto con el orgullo por su identidad, pueden reducir el impacto negativo del estigma y la discriminación sobre la salud mental de las personas transgénero. Los estudios han demostrado que las personas transgénero experimentan los niveles más bajos de apoyo de la familia y sus pares en comparación con otros segmentos de la población LGBT. La valoración de la salud mental es muy importante, con especial énfasis en cómo la persona transgénero ha enfrentado el estigma social asociado a la no conformidad de género. La ansiedad y la depresión deben distinguirse de otras situaciones de salud mental, por ejemplo, la angustia que la persona transgénero puede estar manifestando asociada a un conflicto entre su sexo asignado al

nacer y su identidad de género.¹

Las personas transgénero buscan apoyo de un profesional de salud mental por múltiples razones. Los proveedores de salud mental deben estar familiarizados con la noción y manifestaciones de las personas transgénero, actuar con competencia cultural apropiada, y mostrar sensibilidad al proporcionar la atención que requiere la persona usuaria de servicios.

Recomendaciones generales para los proveedores de servicios de salud mental en la atención de personas que presentan molestias y malestar relacionados con disforia de género son:

1. Tareas relacionadas con la evaluación y la derivación

- Evaluar la disforia de género
- Proporcionar información sobre las opciones de identidad y expresión de género y las posibles intervenciones médicas
- Evaluar, diagnosticar y discutir las opciones de tratamiento para problemas de salud mental coexistentes
- Si corresponde, evaluar elegibilidad, preparar y derivar para terapia hormonal
- Si corresponde, evaluar elegibilidad, preparar y derivar para cirugías

2. Tareas relacionadas con la psicoterapia

- Establecer los objetivos de la psicoterapia para adultos con preocupaciones de género
- Brindar psicoterapia para personas transgénero y con variabilidad de género incluyendo consejería y apoyo para cambios en el rol de género
- Realizar terapia familiar o apoyo a familiares
- Dar seguimiento a lo largo de la vida
- Tener en consideración que la psicoterapia no es requisito obligatorio para la terapia hormonal y cirugías.

Los proveedores de salud deben estar atentos a las manifestaciones de ideas de suicida. La Asociación Americana de Suicidología,^{48, 49} proporciona una lista de señales a las que el proveedor debe prestar atención para evaluar el riesgo de suicidio:

- Ideas de suicidio
- Uso de sustancias (alcohol o drogas)

- Falta de objetivos, no hay razón para vivir, no tiene propósito en la vida
- Ansiedad, agitación, sin poder dormir o duerme todo el tiempo
- Desesperanza
- Aislamiento, retirada de los amigos, la familia y la sociedad
- Ira, furia incontrolada, búsqueda de venganza
- Imprudencia, actuación temeraria o participación en actividades de riesgo, aparentemente sin pensar
- Cambios en el estado de ánimo, cambios de humor

Los signos de riesgo agudo de suicidio incluyen: hablar sobre o amenazar con quitarse la vida, buscar formas de cometer el acto (por ejemplo, comprar pastillas, una pistola, veneno), y hablar o escribir sobre la muerte o sobre quitarse la vida. En presencia de estos signos, los usuarios deben ser inmediatamente referidos a un servicio de salud mental. El apoyo de servicios especializados en prevención de suicidio y los grupos de ayuda de pares comunitarios debe ser buscado de inmediato.

Al igual que con todos los pacientes, el profesional de atención primaria debe descartar la enfermedad psiquiátrica. La depresión es común, y los proveedores deberían preguntar sobre estados de ánimo depresivos persistentes, incapacidad de experimentar placer (anhedonia) o también conocida como pérdida de satisfacción en casi todas las actividades.

Las personas transgénero pueden haber sufrido acoso o trauma físico. En los pacientes que han experimentado trauma se debe investigar sobre síntomas del trastorno de estrés post-traumático, así como otros trastornos de ansiedad.

El consumo de sustancias puede ocurrir como una forma de evitar hacer frente a las situaciones o ambientes estresantes.

Las referencias para el tratamiento psiquiátrico debe hacerse hacia proveedores de salud mental con experiencias para el abordaje de personas transgénero.

h) Atención por uso y adicción al alcohol y otras sustancias

Los estudios revelan que los niveles de consumo de alcohol y otras sustancias por las personas transgénero están muy por encima de los niveles de la población general.⁵¹

El hábito de fumar se asocia a múltiples cánceres, entre ellos cáncer de boca, laringe, bronquial y pulmonar, así como a otras patologías crónicas como el enfisema pulmonar y a otras enfermedades respiratorias. Los problemas asociados con el uso de otras sustancias, como cocaína, crack, marihuana, anfetaminas y las denominadas “drogas recreativas” (éxtasis) son múltiples, van a depender de la frecuencia de su uso (por ejemplo, el uso repetido de la cocaína inhalada daña los tejidos nasales, fumar crack produce daños a las encías y los dientes), la vía de administración (la inyección de drogas está vinculada a la transmisión de infecciones de transmisión sanguínea como la hepatitis C, B o el VIH), la cantidad o dosis utilizada de forma excesivas puede conducir a la intoxicación aguda o sobredosis.¹

En la historia clínica se debe recoger los siguientes datos como el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Si las respuestas indican la ausencia de consumo de estas sustancias, se deberá indagar acerca de las intenciones de uso futuro y las estrategias para hacer frente a la presión de los pares o los factores de estrés externos. Se recomiendan intervenciones educativas y biomédicas. La consejería motivacional en estos casos debe ser proporcionada de preferencia por consejeros pares.

Es importante contar con espacios que permitan la socialización con sus pares independientemente del consumo de alcohol pueden jugar un papel importante en la prevención del consumo de sustancias y la rehabilitación, especialmente para las personas transgénero jóvenes. Se recomienda establecer contacto con centros especializados para el manejo de la dependencia de alcohol y otras sustancias como alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos, etc.¹

i) Atención de situaciones especiales

Higiene y cuidado de genitales y región perineal⁵²

Durante la realización de la anamnesis se debe buscar una descripción detallada de síntomas como tenesmo, prurito, escozor, dolor, expulsión de secreciones, sangre, mucosidad o pus, trastornos de la evacuación fecal. Se debe identificar las características del dolor, si es intenso, punzante, intermitente, sordo, si está unido o no a la defecación. Sangrado; si es a goteo o en chorro o mezclado con las heces.

Ante la presencia de estos síntomas se debe realizar un examen completo de la región anal, que incluya inspección, palpación, tacto rectal, y de ser necesario una anoscopía o proctosigmoidoscopia en posición genupectoral o decúbito lateral con las piernas flexionadas.⁵¹

La anamnesis debe incluir:

- Hábitos intestinales, especialmente antecedentes de constipación.
- Historia clínica pasada, incluidos cualquier antecedente trastornos de sangrado, episodio de sangrado rectal, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de transmisión sexual o tratamiento con radiación contra el cáncer.
- El uso de medicamentos que pueden aumentar el riesgo de sangrado.
- Práctica de relaciones sexuales anales.
- Antecedentes de traumatismo anal.

Una adecuada higiene, mantiene el control de los gérmenes que se encuentran en toda la superficie de la piel y de las mucosas. Para un buen cuidado de la salud e higiene personal es fundamental el lavado de las zonas anal y genital. Por sus características especiales la zona anal y genital es susceptible de padecer con mayor frecuencia infecciones y patologías derivadas; por ello, el cuidado de la misma debe ser riguroso, a través de un único lavado con agua y jabón diario, y enjuagues con agua tantas veces al día como sea necesario.⁵¹

La higiene perineal consiste en la limpieza de los genitales externos, el perineo y la zona anal con agua, jabón y de ser necesario solución antiséptica, al momento del baño, o bien al momento previo de las relaciones sexuales, ayudando de esa forma a la higiene, prevención de infecciones, eliminación de suciedades y secreciones irritantes y mal olientes, como el esmegma (sustancia caseosa que se acumula entre el prepucio y el glande).⁵³

Los genitales son zonas que constantemente permanecen ocultas bajo la vestimenta, que en ocasiones son prendas de vestir ajustadas y no siempre fabricadas con tejidos naturales que faciliten la transpiración, lo que propicia que exista poca ventilación (semioclusión permanente), mayor humedad y temperatura que pueden propiciar el crecimiento bacteriano si las condiciones higiénicas no son adecuadas.⁵²

Principales patologías ano-rectales

Existen diversos trastornos que frecuentemente causan dolor e irritación en la región ano-rectal. Una de cada cinco personas sufre de problemas de salud en la región anal. Las afectaciones más frecuentes son las que se mencionan a continuación.

- Prurito anal
- Hemorroides

- Fisura anal
- Absceso y fístula anorrectal
- Fístulas anorrectales
- Prolapso rectal
- Estenosis anal

El manejo de estas afectaciones debe ser acorde a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud para la población general, en el nivel de atención que corresponda.

Medidas de prevención que el personal médico debe recomendar:

- Evitar episodios de constipación.
- Ingerir alimentos que contengan fibras.
- Beber abundante agua (entre ocho y diez vasos de agua por día a fin de ablandar las heces). Realizar ejercicios regularmente.
- Emplear técnicas suaves para limpiar el área anal.
- Mantener seca el área anal cambiando la ropa interior con frecuencia.
- Utilizar siempre un preservativo al practicar relaciones sexuales anales.
- No introducir objetos extraños en el recto.

Se debe orientar al paciente a acudir a la unidad de salud ante la presencia de:

- Sangrado rectal o secreción con sangre del ano.
- Dolor severo en el área del ano.
- Presencia de masa o hinchazón sensible cerca del ano, con o sin fiebre.
- Presencia de pus o secreción maloliente del ano.
- Molestia o tensión en el área anal que afecta las defecaciones.

Recomendaciones para mantener una buena higiene del área genital y anorrectal:

- Utilizar ropa interior preferiblemente confeccionada con tejidos naturales que permitan la transpiración y eviten en la medida de lo posible la humedad y el calor excesivo en la zona genital.
- Lavado con jabón y un abundante agua para minimizar el riesgo de molestias en la zona. Uso de jabones suaves, que no alteren el pH ácido propio de la piel/mucosa genital.

- Evitar el uso de ropa interior muy ajustada.
- Prestar especial atención a la limpieza de la zona genital y perianal después de orinar o defecar; así como antes y después de mantener relaciones sexuales, especialmente si se han utilizado geles lubricantes.
- No utilizar esponjas o guantes en la limpieza de la zona genital, puesto que pueden ser una potencial fuente de contaminación y actuar como vectores de infección.
- Evitar el uso de desodorantes, perfumes, talcos o demás cosméticos, ya que pueden desencadenar irritaciones y/o alterar el equilibrio fisiológico de la zona.

XI. Recomendaciones para la terapia hormonal en personas transgénero⁵⁵

En este acápite se abordan las principales directrices para la atención para la salud de personas transgénero, emitidas por la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (2012) resumidas en el siguiente contenido:

- Criterios para la terapia hormonal
- Efectos físicos de la terapia hormonal
- Riesgos de la terapia hormonal
- Responsabilidades médicas al momento de prescribir hormonas
- Situaciones clínicas para la terapia hormonal
- Evaluación y modificación de riesgos para iniciar la terapia hormonal
- Seguimiento clínico durante la terapia hormonal para la eficacia y eventos adversos
- Regímenes hormonales
 - Régimen hormonal para personas transgénero femeninas
 - Régimen hormonal para personas transgénero masculinas

La terapia hormonal para feminización o masculinización, consiste en la administración de agentes endocrinos exógenos para inducir cambios de masculinización o feminización, es una intervención médica necesaria para muchas personas transgénero que presentan molestias o malestar intenso causado por la disforia de género.

La terapia hormonal debe ser individualizada basada en las metas del usuario del servicio, la relación riesgo/beneficio de los medicamentos, la presencia de otras condiciones médicas, y la consideración de los aspectos socio-económicos de la persona trans.

Criterios para la terapia hormonal

El inicio de la terapia hormonal debe llevarse a cabo hasta después de que se realice una evaluación psicosocial y obtenido el consentimiento informado por un profesional de la salud calificado. Es necesaria la coordinación entre los distintos perfiles del equipo de salud, especialidades y entre los diferentes niveles de atención.

Criterios para la terapia hormonal:

1. Disforia de género persistente y bien documentada;
2. Capacidad para tomar una decisión plenamente informada y de consentir el tratamiento;

3. Mayoría de edad;
4. Control de aquellos problemas de salud física o mental que están presentes.

La terapia hormonal puede estar contraindicada debido a graves condiciones de salud individuales.

Efectos físicos de la terapia hormonal

La terapia hormonal para feminización o masculinización induce cambios físicos que son más congruentes con la identidad de género que la persona ha asumido.

En las personas transgénero masculinos, los cambios físicos esperados son: profundización de la voz, aumento del clítoris (variable), crecimiento del vello facial y corporal, cese de la menstruación, atrofia del tejido mamario y disminución de porcentaje de grasa corporal en comparación con la masa muscular.⁵⁴

En las personas transgénero femeninas, los cambios físicos esperados son: crecimiento del pecho (variable), disminución de la función eréctil, disminución del tamaño testicular y aumento de porcentaje de grasa corporal en comparación con la masa muscular.

La mayoría de los cambios físicos, sean de feminización o masculinización, se producen en el transcurso de dos años. La cantidad de cambios físicos y la línea de tiempo exacta de los efectos pueden ser muy variables. En las Tablas 3 y 4 se describe el curso de tiempo aproximado de estos cambios físicos.

Tabla 3: Efectos y tiempo esperado de las hormonas para personas transgénero masculinas

Efecto	Inicio esperado ^A	Máximo efecto esperado ^A
Oleosidad de la piel/acné	1–6 meses	1–2 años
Crecimiento del vello facial/corporal	3–6 meses	3–5 años
Alopecia androgénica	>12 meses ^B	Variable
Aumento de masa muscular/fuerza	6–12 meses	2–5 años ^C
Redistribución de la grasa corporal	3–6 meses	2–5 años
Cese de la menstruación	2–6 meses	n/a
Aumento del clítoris	3–6 meses	1–2 años
Atrofia vaginal	3–6 meses	1–2 años
Engrosamiento de la voz	3–12 meses	1–2 años

Fuente: Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Asociación Mundial para la Salud Transgénero. 2012. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved. 7ª versión. Adaptado con el permiso de Hembree et al. (2009). Copyright 2009, Sociedad de Endocrinología.

Notas:

^A Las estimaciones representan observaciones clínicas publicadas y no publicadas.

^B Altamente dependiente de la edad y herencia; puede ser mínimo.

^C Dependen significativamente de la cantidad de ejercicio.

Tabla 4: Efectos y tiempo esperado de las hormonas para personas transgénero femeninas

Efecto	Inicio esperado ^A	Máximo efecto esperado ^A
Redistribución de la grasa corporal	3–6 meses	2–5 años
Disminución de masa muscular/fuerza	3–6 meses	1–2 años ^B
Suavización de la piel/ disminución de la oleosidad	3–6 meses	Desconocido
Disminución de la libido	1–3 meses	1–2 años
Disminución de erecciones espontáneas	1–3 meses	3–6 meses
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3–6 meses	2–3 años
Disminución del volumen testicular	3–6 meses	2–3 años
Disminución de producción de esperma	Variable	Variable
Pérdida y crecimiento desacelerado de vello corporal o facial	6–12 meses	> 3 años ^C
Calvicie de patrón masculino No rebrote, pérdida se detiene	1–3 meses	1–2 años

Fuente: Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Asociación Mundial para la Salud Transgénero. 2012. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved. 7ª versión. Adaptado con el permiso de Hembree et al. (2009). Copyright 2009, Sociedad de Endocrinología.

Notas:

^A Las estimaciones representan observaciones clínicas publicadas y no publicadas.

^B Altamente dependiente de la edad y herencia; puede ser mínimo.

^C Dependen significativamente de la cantidad de ejercicio

El grado y frecuencia de los estos efectos físicos va a depender, de la dosis, vía de administración y medicamentos utilizados. No hay evidencia actual de que la respuesta a la terapia hormonal, con la excepción de la profundización de la voz en las personas transgénero masculina, pueda saberse con certeza con base en la edad, constitución física, etnia o rasgos familiares. Siendo todos los demás factores iguales, no hay evidencia que sugiera que cualquier tipo de hormonas médicamente aprobado o método de administración sea más eficaz que cualquier otro en la producción de los cambios físicos deseados.

Riesgos de la terapia hormonal

Es sabido que todas las intervenciones médicas conllevan riesgos. La probabilidad de un evento adverso grave depende de numerosos factores: la propia medicación, dosis, vía de administración, y las características clínicas de la persona usuaria de servicios (edad, enfermedades concomitantes, antecedentes familiares, hábitos de salud). Resulta difícil predecir la ocurrencia de un determinado efecto adverso en una persona.⁵⁴

Los riesgos asociados con la terapia hormonal para la persona trans se resumen en la Tabla 5. Con base en el nivel de evidencia, los riesgos se clasifican de la siguiente manera:

- Riesgo I: es probable un aumento del riesgo con la terapia hormonal,
- Riesgo II: posible aumento del riesgo con la terapia hormonal, o
- Riesgo III: aumento del riesgo dudoso o no documentado.

En los elementos de la última categoría se incluyen aquellos que pueden representar un riesgo, pero para los cuales la evidencia es tan mínima que no hay ninguna conclusión clara a la que se pueda llegar.

Tabla 5: Riesgos asociados a la terapia hormonal.

Nivel de riesgo		Hormonas feminizantes	Hormonas masculinizantes
Riesgo I	Probable riesgo aumentado	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad tromboembólica venosa^A - Cálculos biliares - Enzimas hepáticas elevadas - Aumento de peso - Hipertrigliceridemia 	<ul style="list-style-type: none"> - Policitemia - Aumento de peso - Acné - Alopecia androgénica (calvicie) - Apnea del sueño
	Probable aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales ^B	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad cardiovascular 	
Riesgo II	Posible aumento de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión - Hiperprolactinemia o prolactinoma 	<ul style="list-style-type: none"> - Enzimas hepáticas elevadas - Hiperlipidemia
	Posible aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales ^B	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes tipo 2 	<ul style="list-style-type: none"> - Desestabilización de ciertos trastornos psiquiátricos - Enfermedad cardiovascular - Hipertensión - Diabetes tipo 2
Riesgo III	Sin aumento de riesgo o evidencia de riesgo no concluyente o no documentada	<ul style="list-style-type: none"> - Cáncer de mama 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de densidad ósea - Cáncer de mama - Cáncer cervical - Cáncer de ovario - Cáncer uterino

Fuente: Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Asociación Mundial para la Salud Transgénero. 2012. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved. 7ª versión.

Notas:

^A El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que con la administración de estrógenos transdérmicos.

^B Otros factores de riesgo incluyen la edad.

^C Incluye trastorno bipolar, esquizo-afectivo y otros que pueden incluir síntomas maníacos o psicóticos. Este evento adverso parece estar asociado a dosis más altas o concentraciones supra-fisiológicas de testosterona en sangre.

Competencia y responsabilidades del personal médico que prescriben hormonas

La terapia hormonal de feminización o masculinización se debe realizar con el enfoque integral para el cuidado de la salud, lo que incluye la atención primaria en salud, en coordinación con la atención psicosocial.

Debe darse una comunicación regular entre el personal médico del primer nivel y salud mental (con el consentimiento de la persona usuaria) para asegurar que el proceso de transición va acorde a los objetivos planteados, tanto en lo físico como psicosocial.

Si las hormonas son indicadas por un especialista, debe haber una estrecha comunicación con el personal de atención primaria. Cuando el personal médico del primer nivel no tenga experiencia con este tipo de terapia hormonal, debe consultarse con un endocrinólogo o un médico internista con experiencia en hormonización. De igual manera se debe proceder, si la persona trans tiene un metabolismo o trastorno endocrino preexistente que podría verse afectado por la terapia.

El personal médicos que prescriben la terapia hormonal deben participar en las siguientes tareas:

1. Realizar una evaluación inicial que incluya la discusión de las metas de transición física de la persona transgénero, su historial clínico, examen físico, evaluación de riesgos y pruebas de laboratorio relevantes.
2. Discutir con las personas transgénero los efectos esperados de los medicamentos de feminización o masculinización y los posibles efectos adversos para la salud. Estos efectos pueden incluir una reducción de la fecundidad. Las opciones reproductivas deben ser discutidas con las personas usuarias de servicios antes de iniciar la terapia hormonal.
3. Confirmar que las personas transgénero tienen la capacidad de entender los riesgos y beneficios del tratamiento y son capaces de tomar una decisión informada acerca de la atención médica.
4. Realizar un seguimiento médico continuo, incluso exámenes físicos y de laboratorio para monitorear la efectividad de las hormonas y los efectos secundarios.
5. Mantener comunicación, según sea necesario, entre el personal de atención primaria, el equipo de salud mental, y el segundo nivel de atención.

La consejería, examen físico y pruebas de laboratorio debe ser individualizado a las necesidades de la persona trans usuaria de los servicios de salud.

Situaciones clínicas para el uso de la terapia hormonal

Inicio de feminización o masculinización hormonal

Esta situación clínica requiere de compromiso en términos de tiempo y experiencia profesional. La terapia hormonal debe ser individualizada basada en las metas de la persona trans, la relación riesgo/beneficio de los medicamentos, la presencia de otras condiciones médicas, y la consideración de las cuestiones sociales y económicas. Han sido publicados una gran variedad de regímenes hormonales, pero no hay informes publicados de ensayos clínicos que evidencien su seguridad y eficacia. Sin embargo, se puede realizar una evaluación del riesgo inicial y establecer el monitoreo continuo de la terapia hormonal, que permita ir evidenciando su eficacia y seguridad.⁵⁴

Terapia “Puente”

Ya sea que hayan sido prescritas por otro médico u obtenidas a través de otros medios (por ejemplo, automedicación, compra en farmacia privada, compra a través de Internet, etc), las personas pueden ya estarse administrando o tomando hormonas al momento de presentarse a los servicios de salud. En estos casos, el personal médico puede proporcionar una prescripción limitada o terapia “puente” (1-6 meses) para hormonas mientras ayudan a los usuarios a encontrar un proveedor que pueda prescribir y monitorear la terapia hormonal a largo plazo. El personal médico debe evaluar el régimen actual del usuario para asegurar la seguridad e interacción con otros medicamentos y sustituir medicamentos o ajustar a dosis más seguras cuando esté indicado. El personal médico también debe comunicarse con miembros del equipo de salud mental que actualmente esté involucrado en la atención de la persona trans. Si la persona trans no ha tenido nunca una evaluación psicosocial, el personal médico debe remitirla al equipo de salud mental, si ello fuera apropiado y factible. El personal médico debe establecer los límites en cuanto a la duración de dicha terapia puente.⁵⁴

Evaluación y modificación de riesgos para iniciar la terapia hormonal

La evaluación inicial de la terapia hormonal analiza los objetivos clínicos de una persona trans y los factores de riesgo de eventos adversos relacionados a la hormona. Durante la evaluación de riesgos, la persona trans y el proveedores de servicios de salud deben desarrollar un plan

para reducir los riesgos siempre que sea posible, ya sea antes de iniciar la terapia o como parte de la reducción del daño en curso.

Las evaluaciones deben incluir un examen físico completo, incluyendo el peso, la altura y la presión arterial. La necesidad de exámenes de mamas, genitales y recto, que son temas sensibles para la mayor parte de las personas trans, deben basarse en riesgos individuales y necesidades de atención preventiva de salud.

Atención preventiva

El Proveedores de servicios de salud que tienen a su cargo la prescripción y supervisión de tratamientos hormonales deben abordar los aspectos preventivos de la atención para las personas trans, sobre todo si estas últimas no estaban siendo atendidas en atención primaria. Es necesario recomendar pruebas o exámenes para la detección adecuada de situaciones que pudieran estar siendo afectadas por la terapia hormonal. Idealmente, estas pruebas de detección deben llevarse a cabo antes del inicio de la terapia hormonal.

Evaluación de riesgo para la terapia hormonal a personas transgénero femeninas⁵⁴

No hay contraindicaciones absolutas para la terapia feminizante per se, pero existen contraindicaciones absolutas para los diferentes agentes empleados en la feminización, particularmente el estrógeno. Esas contraindicaciones incluyen eventos tromboticos venosos previos relacionados con una condición de hipercoagulabilidad subyacente, historial de neoplasias estrógeno-dependientes, y enfermedad hepática crónica en fase terminal.

Otras afecciones médicas, pueden ser exacerbados por el estrógeno o bloqueo androgénico, por lo que deben ser evaluadas y estar razonablemente bien controladas antes de iniciar la terapia hormonal. El personal médico en particular debe considerar el consumo de tabaco, ya que se asocia con un mayor riesgo de trombosis venosa, que se incrementa aún más con el uso de estrógenos.

La consulta con un cardiólogo es recomendable para usuarias con enfermedad cardiovascular o cerebrovascular conocida.

Los valores de laboratorio basales son importantes tanto para evaluar el riesgo inicial como los posibles efectos adversos futuros. Las pruebas de laboratorio iniciales sugeridas son:

- Hemograma
- Perfil de lípidos

- Glicemia
- Creatinina
- Ácido Úrico
- Potasio
- Perfil Hepático
- Perfil tiroideo
- Testosterona total y libre
- Prolactina

Estos exámenes sugeridos pueden ser modificados o ajustados de acuerdo a la disponibilidad de recursos en la unidad de salud.

Evaluación de riesgo para la terapia hormonal a personas transgénero masculinas⁵⁴

Las contraindicaciones absolutas para la terapia de testosterona incluyen el embarazo, enfermedad coronaria inestable y la policitemia no tratada con un hematocrito de 55% o más.

La conversión metabólica de testosterona a estrógeno puede aumentar el riesgo de cánceres entre usuarios de servicios con antecedentes de cáncer de mama u otros cánceres estrógeno-dependientes. Puede ser necesaria una interconsulta con un oncólogo antes de iniciar el uso de hormonas.

Antes de iniciar la terapia hormonal, deben evaluarse y tratarse todas las enfermedades concomitantes que podrían verse agravada por el uso de testosterona.

Las personas con enfermedad cardiovascular o cerebrovascular conocida, es recomendable sean valoradas por el cardiólogo antes de iniciar la terapia hormonal.

En las personas transgénero masculinas, puede haber un aumento de la prevalencia del síndrome de ovario poliquístico, incluso en ausencia de uso de la testosterona. Si bien no hay evidencia de que el síndrome de ovario poliquístico esté relacionado con el desarrollo de una identidad transexual, transgénero o de variabilidad de identidad de género, este se asocia con un mayor riesgo de diabetes, enfermedad cardíaca, presión arterial alta, y cáncer de ovario y de endometrio. Los signos y síntomas de síndrome de ovario poliquístico deben ser evaluados antes de iniciar el tratamiento con testosterona, ya que la testosterona puede afectar a muchas de estas condiciones.

La testosterona puede afectar el desarrollo del feto, por lo que se recomienda asegurar un método anticonceptivo muy eficaz.

Los valores de laboratorio basales son importantes tanto para evaluar el riesgo inicial como los posibles efectos adversos futuros. Las pruebas de laboratorio iniciales sugeridas son:

- Hemograma
- Perfil de lípidos
- Glicemia
- Creatinina
- Ácido Úrico
- Perfil Hepático
- Hormonas de función tiroidea
- Prolactina, hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH)

Estos exámenes sugeridos pueden ser modificados o ajustados de acuerdo a la disponibilidad de recursos en la unidad de salud.

Seguimiento clínico durante la terapia hormonal⁵⁴

El propósito del seguimiento clínico durante el uso de hormonas es evaluar el grado de feminización o masculinización y la posible presencia de efectos adversos de la medicación. Como con el monitoreo de cualquier medicamento a largo plazo, el seguimiento debe tener lugar en el contexto de la atención integral de salud.

Seguimiento de la eficacia de la terapia hormonal en personas transgénero

La mejor evaluación de la eficacia de la terapia hormonal en personas transgénero femeninas, es la respuesta a la pregunta: ¿La persona transgénero femenina está desarrollando un cuerpo feminizado mientras logra minimizar las características masculinas, en consonancia con sus objetivos de género?

Esa misma pregunta se debe aplicar para evaluar la eficacia de la terapia hormonal en personas transgénero masculinas: ¿La persona transgénero masculina está desarrollando un cuerpo masculinizado mientras logra minimizar las características femeninas, en consonancia con sus objetivos de género?

En las personas transgénero femeninas, con el fin de predecir la dosis de hormona que logrará la respuesta clínica, se puede medir los niveles de testosterona para la supresión por debajo del límite superior del rango femenino normal.

En las personas transgénero masculinas, se pueden lograr una buena respuesta clínica con menor probabilidad de efectos adversos mediante el mantenimiento de los niveles de testosterona en el rango normal de sexo masculino y evitando niveles mayores a los fisiológicos. En estas personas que utilizan cipionato o enantato de testosterona intramuscular, se debe comprobar los niveles mínimos o bien los niveles a la mitad del ciclo.

Monitoreo de los efectos adversos

El seguimiento debe incluir la evaluación clínica y de laboratorio.

En las personas transgénero femeninas, el seguimiento debe incluir una cuidadosa valoración de signos de insuficiencia cardiovascular y enfermedad tromboembólica venosa a través de la medición de la presión arterial, peso, pulso, examen de corazón, pulmones y extremidades.

En las personas transgénero masculinas, el seguimiento debe incluir una evaluación cuidadosa de los signos y síntomas como aumento excesivo de peso, acné, sangrado uterino, y deterioro cardiovascular, así como síntomas psiquiátricos en los usuarios clasificados de alto riesgo. El examen físico debe incluir la medición de la presión arterial, peso y pulso, exámenes de corazón, pulmones y piel.

En ambos grupos, personas transgénero femeninas y masculinas, que reciben terapia hormonal, el monitoreo de laboratorio deben basarse en los riesgos de la terapia hormonal antes descritos, las co-morbilidades individuales y factores de riesgo de una persona recibiendo tratamiento hormonal, y el régimen de la hormona específica en sí.

Regímenes hormonales⁵⁴

Hasta la fecha, no han sido realizados ensayos clínicos controlados de régimen hormonal de feminización o masculinización para evaluar la seguridad y eficacia en producir la transición física.

La Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) no ha descrito, ni aprueba un régimen hormonal particular de feminización o masculinización.

Se recomienda que el personal médico a cargo del manejo de los tratamientos hormonales masculinizantes o feminizantes revisen la literatura regularmente en busca de nuevas informaciones y usos de los medicamentos empleados para que puedan así responder con evidencia

actualizada a las necesidades individuales de las personas transgénero con los recursos locales disponibles.

Régimen hormonal para personas transgénero femeninas⁵⁴

Estrógeno

El uso de estrógeno por vía oral, y, específicamente, etinil estradiol, parece aumentar el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa. Debido a este problema de seguridad, el etinil estradiol no es recomendado para la terapia hormonal feminizante. Para aquellas personas transgénero femeninas con factores de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, se recomienda estrógeno transdérmico. El riesgo de efectos adversos aumenta con dosis más altas, particularmente con dosis específicas que conduzcan a niveles por arriba de los fisiológicos. Las personas trans con situaciones co-mórbidas que pueden ser afectadas por el estrógeno deben evitar su administración por vía oral si es posible e iniciar con niveles inferiores.

Algunas usuarias de servicios pueden no ser capaces de utilizar de forma segura los niveles de estrógeno necesarios para obtener los resultados deseados. Esta posibilidad debe ser discutida con las usuarias de servicios con suficiente antelación al inicio de la terapia hormonal.

Anti-andrógenos

El régimen más comúnmente estudiado para la feminización es la combinación de estrógenos y “anti-andrógenos”. Los medicamentos empleados para reducir los efectos de androgenización, tienen tanto el efecto de reducir los niveles de testosterona endógena como la actividad de la testosterona en los tejidos y, por lo tanto, la disminución de características masculinas, por ejemplo, el vello corporal. Como reducen al mínimo la dosis de estrógenos necesaria para suprimir la testosterona, contribuyen de este modo a reducir los riesgos asociados con altas dosis de estrógeno exógeno.

Entre los anti-andrógenos empleados se incluyen los siguientes:

- a) Espironolactona: un fármaco antihipertensivo, que inhibe directamente la secreción de testosterona y la fijación de andrógenos al receptor de andrógenos. La presión sanguínea y los electrolitos deben ser supervisados por el riesgo potencial de hiperpotasemia.
- b) Acetato de ciproterona: es un compuesto progestágeno con propiedades anti-androgénicas. Este medicamento no está aprobado en los Estados Unidos debido a las preocupaciones sobre sus potenciales efectos hepatóxicos, pero es ampliamente utilizado en otros lugares.

- c) Agonistas de GnRH (por ejemplo, goserelina, buserelina, triptorelina) son neurohormonas que bloquean el receptor de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), bloqueando así la liberación de la hormona folículo-estimulante y la hormona luteinizante. Esto conduce al bloqueo gonadal altamente eficaz. Sin embargo, estos medicamentos son caros y sólo están disponibles en forma de inyectables o implantes.
- d) Inhibidores de 5-alfa reductasa (finasteride y dutasteride) bloquean la conversión de la testosterona al agente más activo, la 5-alfa-dihidrotestosterona. Estos medicamentos tienen efectos beneficiosos sobre la pérdida de pelo del cuero cabelludo, el crecimiento de pelo del cuerpo, las glándulas sebáceas, y consistencia de la piel.

La ciproterona y la espironolactona son los anti-andrógenos más comúnmente utilizados y probablemente los que presentan la mejor relación costo-eficacia (son más rentables).

Progestágenos

Con la excepción de la ciproterona, la inclusión de los progestágenos en la terapia hormonal feminizante es controversial. Debido a que los progestágenos juegan un papel en el desarrollo mamario a nivel celular, pudiera pensarse que estos agentes son necesarios para un desarrollo completo. Existen estudios de comparación clínica de los regímenes de feminización con y sin progestágenos en los que se encontró que la adición de estos compuestos no ha mejorado el crecimiento de las mama, ni reducido los niveles séricos de testosterona libre.

Hay preocupación por los posibles efectos adversos de los progestágenos, como depresión, aumento de peso y cambios en los lípidos. Se sospecha que los progestágenos (especialmente de medroxiprogesterona) también aumentan el riesgo de cáncer de mama y el riesgo cardiovascular en mujeres. La progesterona micronizada puede ser mejor tolerada y tiene un impacto más favorable sobre el perfil lipídico que la medroxiprogesterona.

Régimen hormonal para personas transgénero masculinas⁵⁴

Testosterona

La testosterona generalmente se puede administrar por vía oral, transdérmica o parenteral (IM), aunque también están disponibles preparaciones bucales e implantables. El undecanoato de testosterona para uso oral, disponible fuera de los Estados Unidos, resulta en menores niveles de testosterona en suero que preparaciones no orales y tiene una eficacia limitada en la supresión de la menstruación. Debido a que

el cipionato o enantato de testosterona intramuscular son a menudo administrados cada 2-4 semanas, algunos usuarios de estos fármacos pueden notar una variación cíclica en efectos secundarios (por ejemplo, fatiga e irritabilidad al final del ciclo de inyección, agresión o humor expansivo al principio del ciclo de inyección), así como más tiempo por fuera de los niveles fisiológicos normales.

Estas situaciones pueden ser mitigadas mediante el uso de un esquema de dosificación más bajo pero con administración más frecuente o mediante el uso de una preparación diaria transdérmica. El undecanoato de testosterona intramuscular (actualmente no disponible en los Estados Unidos) mantiene estables los niveles fisiológicos de testosterona por alrededor de 12 semanas y ha sido eficaz tanto en la configuración de hipogonadismo como en individuos transgénero masculinos. Hay pruebas de que la testosterona por vía transdérmica e intramuscular logra resultados masculinizantes similares, aunque el proceso puede ser algo más lento con preparaciones transdérmicas. Especialmente con la edad del usuario, el objetivo es utilizar la dosis más baja necesaria para mantener el resultado clínico deseado, observando las precauciones apropiadas para mantener la densidad ósea.

Otros agentes

Los progestágenos, en particular la medroxiprogesterona, pueden utilizarse durante un período corto de tiempo para ayudar con el bloqueo de la menstruación al comienzo de la terapia hormonal.

Los agonistas de GnRH pueden ser usados de manera similar, así como para el sangrado uterino refractario en usuarios sin una anomalía ginecológica subyacente.

Uso de terapia hormonal en personas con terapia antirretroviral⁵⁶

La terapia hormonal no está contraindicado en personas con VIH que reciben terapia antirretroviral (TAR) en cualquier etapa de la progresión de la enfermedad por el VIH. Sin embargo, los proveedores de salud deben tener cuidado, ya que hay muy poca literatura médica sobre las interacciones entre la terapia hormonal y la medicamentos antirretrovirales o el impacto de las hormonas en el CD4.

Las hormonas pueden interactuar con la medicación del VIH que incluya fármacos de las familias de los inhibidores de la proteasa (IP) y de los no análogos de nucleósido (ITINN). Esto sucede porque las hormonas compiten por utilizar la misma vía hepática de metabolización.

Si una persona transexual con VIH está tomando tratamiento hormonal y

va a empezar terapia antirretroviral que incluya un medicamento que se metaboliza a nivel hepático, conviene hacerlo con precaución.

La terapia para el VIH como el tratamiento hormonal tienen efectos secundarios en el metabolismo, y pueden dar lugar a tres tipos de problemas en común: anomalías en la glucosa, alteraciones de lípidos y complicaciones derivadas de trombosis.

Por último, hay que considerar las complicaciones tromboembólicas (obstrucción de las arterias provocada por un trombo o coágulo de sangre) que pueden derivar en riesgo para la vida y son típicas del tratamiento hormonal con etinilestradiol por vía oral (frente al 17 beta estradiol por vía percutánea). Las mujeres transexuales que tomen este tratamiento oral están en mayor riesgo de experimentar una trombosis; por el contrario, los hombres transexuales que toman testosterona tienen un riesgo disminuido gracias al efecto antitrombótico de esta sustancia.

XII. Recomendaciones ante la necesidad de cirugía para modificaciones corporales⁵⁷

Hay que tomar en cuenta que esta decisión puede ser un momento de mayor tensión que representa desafíos para la persona que desea hacer cambios en su cuerpo, la familia, la pareja, la escuela y el lugar de trabajo. La orientación de un profesional de la salud (psicólogo o psiquiatra) experimentado es de gran ayuda para estas personas.

Toda persona que desee someterse a una cirugía para modificaciones corporales requiere una atención y valoración especial por un equipo multidisciplinario entre ellos por psicología quien le brindará orientación con información detallada para que conozcan las ventajas, desventajas, complicaciones médicas y quirúrgicas principalmente.

El apoyo del equipo médico ayudará a que la persona tome una decisión con conocimientos y estar bien consiente de lo que representará posteriormente en su vida cotidiana. Personas que han tomado la decisión de someterse a modificaciones corporales sin una consejería y apoyo adecuado por parte de un equipo médico calificado han tenido como consecuencia posterior inconformidad sintiéndose muy descontenta con los resultados, es ahí donde vale la pena hacer énfasis en que antes de realizar cualquier modificación a su cuerpo tenga la guía de un profesional de salud.

Algunos requisitos que debe cumplir la persona que desea realizarse modificaciones corporales:

- a) Ser una persona mayor de edad
- b) Poseer una valoración por un profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra) que acreditará el diagnóstico de transexualidad real. En muchos países esto es un requisito legal indispensable para realizar la intervención.
- c) Haberse sometido a un tratamiento hormonal, dirigido por un endocrino, como mínimo durante 9 meses a un año antes de la intervención.
- d) Contar con un completo historial médico y las pruebas de laboratorio necesarias que pongan de manifiesto su estado de salud real.
- e) Contar con las exploraciones necesarias de parte del equipo médico, incluyendo una exploración urológica o ginecológica, que determinen

el tipo de intervención que se debe llevar a cabo, así como las expectativas sobre dicha operación y las de la propia de la persona.

- f) Firmar un consentimiento informado, del cual puede pedir una copia, donde se le informará tanto de la irreversibilidad como de las complicaciones propias de la cirugía.

XIII. Anexos

Anexo I. Historia Clínica Completa

Anamnesis (interrogatorio).

- 1) Datos Personales
 - Edad, fecha y lugar de nacimiento, identidad de género, procedencia, escolaridad, profesión u oficio.
- 2) Motivo de consulta o historia de la enfermedad actual
- 3) Interrogatorio por aparatos y sistemas, con énfasis en:
 - Sistema endocrino, sistema cardiovascular, sistema respiratorio o pulmonar, sistema musculo-esquelético
- 4) Antecedentes personales patológicos
 - Enfermedades infecto-contagiosas previas (registrar fecha)
 - Infecciones de transmisión sexual
 - Enfermedades crónicas
 - Alergia
- 5) Antecedentes personales no patológicos
 - Inmunizaciones
 - Hábitos no tóxicos: (horas de sueño, horas laborales, tipo y hora de actividad física)
 - Hábitos tóxicos:
 - > Tabaco (tipo, cantidad y frecuencia, edad de inicio, edad de abandono, duración del hábito (en años). Se debe indagar sobre las condiciones en las que el uso es más probable que ocurra (por ejemplo, cuando se está nervioso), y preguntas relacionados con las experiencias mentales o conductuales (por ejemplo, exabruptos, peleas y desmayos).
 - > Cirugías previas realizadas (registrar fecha y causa de la hospitalización)
 - > Hospitalizaciones (registrar fecha y causa de la hospitalización)
 - > Antecedentes de violencia física, verbal o psicológica, etc. Dentro de la familia, en la comunidad o el trabajo.
- 6) Historia laboral y trabajo actual:
 - Oficio, categoría o actividad que desempeña.
 - Descripción detallada del trabajo que desarrolla actualmente, lugar de trabajo, tipo de horario realizado, exposición a sustancias, materiales u otros productos (describa).

7) Antecedentes familiares patológicos y enfermedades hereditarias, con énfasis en:

- Alergias, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad reumática, enfermedades renales, enfermedades cardíacas, enfermedad hepática, enfermedades musculares, malformaciones congénitas, desórdenes mentales, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central y cáncer (mama, próstata u órganos reproductivos).

8) Nutrición, dieta y estilo de vida

Las personas transgénero, sobre todo las personas transgénero femeninas, pueden presentar trastornos de la alimentación tales como la anorexia, o pueden consumir en forma intencionada menos calorías de las necesarias para mantener una contextura delgada. Algunas personas transgénero femeninas, pueden sentir que el ejercicio es un rasgo masculino y, por lo tanto, evitarlo. Se debe explicar que el ejercicio no tiene por qué implicar el fisicoculturismo, y que muchas mujeres biológicas (no transgénero) hacen ejercicio con regularidad.¹

9) Sustancias para modificaciones corporales (silicona y otras inyecciones de relleno de tejido blando).

La autoadministración de hormonas y de inyecciones de silicona y otros materiales de relleno como aceite de silicona de grado médico o industrial, aceites lubricantes, selladores de masilla, aceite de bebé y aún de avión aplicado en algunas áreas del cuerpo como: caderas, nalgas, muslos, mamas, labios o la cara y además administrado con técnicas insuficientemente estériles, pueden provocar infecciones a nivel locales y sistémicas por ejemplo la formación de émbolos, granulomas y síndrome inflamatorio sistémico puede ser fatal. (Salazar y Villayzan, 2010, p. 15).

La labor del proveedores de servicios de salud (médico y enfermera) en este momento que está viviendo la persona transgénero es importante, debe explorarse el riesgo actual o futuro para el uso de estas inyecciones de relleno de tejidos blandos, y se les debe asesorar adecuadamente y dar seguimiento de forma sistemática. Las complicaciones derivadas de inyecciones previas pueden requerir de cirugía cosmética para reparar el daño.¹

10) Salud mental y otros aspectos psicosociales

Explore para determinar depresión, ansiedad, trastorno bipolar o antecedentes de trauma. Consulte, si es necesario, buscar los servicios con un proveedor de salud mental capaz de valorar y tratar a las personas transgénero, sin negar su identidad de género.

11) Salud sexual

La historia sexual debe incluir preguntas acerca del número de los contactos sexuales pasados y presentes así como ellos género/s y el número de parejas. Investigue el uso de anticonceptivos, uso y frecuencia del condón, lubricantes y métodos de barrera, historia de infecciones de transmisión sexual, historia de abuso sexual, prácticas sexuales potencialmente peligrosas (por ejemplo, amordazamiento y uso de ataduras, asfixia autoerótica, etc.). Las conductas auto-destructivas pueden indicar la necesidad de

*derivar a un servicio de salud mental.*⁷

Examen físico

En el examen físico: Se registrarán los hallazgos normales y anormales, comentándose de forma adecuada, completa y objetiva.

- Signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura
- Datos antropométricos: Peso, talla e IMC (Índice de Masa Corporal)
- Aspecto general
- Piel y mucosas
- Cabeza y cuello
- Tórax (Incluyendo examen de mamas, campos pulmonares y cardíaco)
- Abdomen
- Examen de pelvis y genitourinario (incluyendo tacto rectal, revisión ginecológica cuando aplique el caso, incluyendo el Papanicolau)
- Músculo esquelético: extremidades superiores e inferiores
- Examen neurológico

Consideraciones al momento de realizar el examen físico

- El examen físico debe ser pertinente a la anatomía que se observa y no al género percibido de la persona consultante o la identidad de género declarada.
- Conviene demorar los elementos más delicados del examen, particularmente las exploraciones de mamas, genitales y rectal, hasta haber establecido una fuerte relación médico-paciente. Pida a la persona que indique si desea que haya otra persona presente durante la realización del examen, y que especifique el género de dicha persona.
- Si el útero y el cérvix se encuentran presentes en un hombre trans, debe hacerse examen pélvico, tomar muestra para citología vaginal y examen de mamas de manera regular.
- En las personas transgénero femeninas, el examen de próstata sigue siendo necesario.
- En las personas transgénero femeninas que reciben terapia hormonal, se les debe realizar el examen de mamas, tomando en consideración que pueden presentar cambios en las mamas y tener una diversidad de formas y tamaños (pezones relativamente subdesarrollados, mamas fibroquísticas, galactorrea).
- Las personas transgénero femeninas pueden presentar testículos pequeños y blandos. Es posible que se observen defectos o hernias en el anillo inguinal externo debido a la práctica de 'remeter' los testículos cerca (o dentro) del canal inguinal.⁷

Anexo 2. Signos y síntomas de los principales síndromes de ITS y sus causas

Tabla 6: Signos y síntomas de los principales síndromes de ITS y sus causas

Síndrome	Síntomas	Signos	Causas más comunes
Exudado uretral	Exudado uretral, disuria y micción frecuente	Exudado uretral (si es necesario pedir al paciente que exprima la uretra)	Gonorrea y Clamidia
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital	Sífilis, Chancroide y Herpes genital
Tumefacción escrotal	Dolor y tumefacción escrotal	Tumefacción escrotal	Gonorrea y Clamidia
Bubón inguinal	Nódulos linfáticos inguinales dolorosos	Aumento de tamaño de los nódulos linfáticos inguinales, Fluctuación Abscesos o fistulas	LGV Chancroide
Flujo Vaginal	Vaginitis Cervicitis	Aumento de la cantidad de secreciones vaginales, cambio de color, olor y consistencia, a veces acompañado o no de prurito o irritación vulvar, en algunos casos con disuria y dispareunia	- Trichomonas vaginalis - Gardnerella vaginalis y otros microorganismos anaerobios - Cándida albicans - Neisseria gonorrhoeae - Chlamydia trachomatis
Proctitis	Dolor ano rectal, pujo o tenesmo, estreñimiento, adenopatía inguinal, retención urinaria, hiperemia	Secreción rectal sanguinolenta y/o mucopurulenta	- Neisseria gonorrhoeae - Chlamydia trachomatis - LGV Chancroide

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2008.

XIV. Referencias bibliográficas

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la Atención Integral de personas trans y sus comunidades en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 17-19 de octubre 2012. [Acceso el 7 de julio de 2014.] Disponible en: <http://transexualesdechile.org/wp-content/uploads/2009/10/Elementos-para-el-desarrollo-de-la-atenci%C3%B3n-integral-a-personas-trans-y-sus-comunidades.pdf> ó en <http://kausajusta.blogspot.com/2013/07/por-la-salud-de-las-personas-trans.html>.
- 2 Ministerio de Salud. El Salvador. Lineamientos técnicos para el abordaje en salud de las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans. San Salvador, El Salvador. C.A. 2012. [Acceso el 07 de julio de 2014]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/Lineamientos_para_el_abordaje_en_salud_de_las_personas_lesbianas_gays_bisex_y_transg.pdf
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Proyecto para la provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS. © 2010 [Acceso el 07 de julio de 2014]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Blueprint%20MSM%20Final%20SPANISH.pdf>
- 4 Gutierrez Morgan, Norman et al. Atención integral a hombres gay, hombres que tienen sexo con otros hombres y transgénero femeninas. CEPRESI-Fondo Mundial. Managua, Nicaragua 2013.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2011 [Acceso el 7 de agosto de 2013]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79187/1/9789275316931_spa.pdf.
- 6 Ministerio de Salud. Normativa – 004 segunda edición. Norma para el manejo del expediente clínico y manual para el manejo del expediente clínico. Managua, junio de 2013 [Acceso el 05 de agosto de 2014]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2013/N---004-Norma-para-el-manejo-de-expediente-cl%C3%ADnico-y-Manual-para-el-manejo-del-Expediente-Cl%C3%ADnico-\(Segunda-Edici%C3%B3n/](http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2013/N---004-Norma-para-el-manejo-de-expediente-cl%C3%ADnico-y-Manual-para-el-manejo-del-Expediente-Cl%C3%ADnico-(Segunda-Edici%C3%B3n/)

- 7 FUNCIDEN. Fundación para la cooperación, investigación y desarrollo de la enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería PAE. [sede Web]. [acceso 22 abril 2015]. Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/>
- 8 Aberg, JA, Kaplan, JE, Libman, H, et al. (2009). Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: 2009 update by the HIV medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical infectious diseases*, 49(5), 651-81. Disponible en: http://www.idsociety.org/uploadedFiles/IDSA/Guidelines-Patient_Care/PDF_Library/HIV%20Primary%20Care.pdf.
- 9 PEPFAR Technical Considerations Provided by PEPFAR Technical Working Groups. October 2013. [Acceso el 05 de agosto de 2014]. Disponible: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/217761.pdf>
- 10 Servicio Canario de la salud. Casillo R. Jose carlos et al. Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales. Gobierno de Canarias. Mayo 2010 [Acceso el 4 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=de7a53d7-59e0-11e0-ad52-6f89eca32045&idCarpetas=f15423c8-a748-11dd-b574-dd4e320f085c>.
- 11 Ley General de Salud. Ley No. 423 del 14 de marzo del 2002. La Gaceta, diario oficial No. 91, [Managua, Nicaragua] (17-05- 2002). [Acceso el 28 de junio de 2013]. Disponible en: [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument)
- 12 Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°. 671-2014. [acceso 28 de agosto 2014]. Disponible en: http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&id=162:resoluci%C3%B3n-ministerial-no-671-2014
- 13 USAID|PASCA. Compilación del Marco Regulatorio Internacional y Nacional que garantizan los derechos de la diversidad sexual frente al VIH en Nicaragua. Managua, Nicaragua: USAID|PASCA; noviembre 2013 [acceso 30 junio 2014]. Disponible en: <http://www.pasca.org/userfiles/NI%20Marco%20Regulatorio%20Internacional%20y%20Nacional%20Nov2013.pdf>
- 14 Declaración Universal de derechos humanos. Asamblea General de Naciones Unidas 10 de diciembre de 1948. [sede Web]. Naciones Unidas. [acceso 27 junio 2013]. Texto de la declaración. [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>
- 15 Constitución Política de la República de Nicaragua. [Managua, Nicaragua] (Ultima reforma Febrero 2007). [Acceso el 28 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.ineter.gob.ni/Constitucion%20Politica%20de%20Nicargua.pdf>

- ¹⁶ La ley 820. Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y sida para su prevención y atención Gaceta Oficial No 242. Nicaragua Dic. 2012. [Acceso el 28 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/b92aaea87dac762406257265005d21f7/266ec7c2c26fdf9906257af000550f1c?OpenDocument>
- ¹⁷ GRUN (2009). Plan Nacional de Desarrollo Humano Actualizado 2009-2010 [Acceso el 5 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.magfor.gob.ni/descargas/planes/PNDH.pdf>
- ¹⁸ Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. MINSA 2008. [Acceso el 28 de junio de 2013]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18995es/s18995es.pdf>
- ¹⁹ Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida NICARAGUA Managua, Nicaragua, Agosto de 2006. [Acceso el 28 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/POLITICA_NACIONAL_SIDA.PDF
- ²⁰ CÓDIGO PENAL. LEY No. 641. Publicada en La Gaceta No. 232 [Managua, Nicaragua] (03-12- 2007). [Acceso el 28 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.ine.gob.ni/oaip/leyesAdministrativas/leyes/Ley641_CodigoPenal.pdf
- ²¹ USAID PrevenSida Nicaragua. Estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida en las PEMAR y PVS en Nicaragua. Informe de Investigación. Nicaragua: Proyecto USAID|PrevenSida; 2011. [Acceso el 28 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4&limits tart=100
- ²² REDTRANS. Metodología y Diagnóstico. Informe. (Acceso 28 de mayo de 2013). Nicaragua: REDTRANS; noviembre 2012. [Acceso el 28 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&id=120:metodolog%C3%ADa-y-diagn%C3%B3stico-redtrans
- ²³ Ministerio de Salud, CDC-GAP. Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC). Nicaragua: MINSA; 2009. [Acceso el 04 de junio de 2013.] Disponible en: http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_hsh_ni_09.pdf [Acceso el 04 de junio de 2013.]
- ²⁴ Universidad del Valle de Guatemala, CDC. Encuesta de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS, en poblaciones vulnerables y poblaciones clave. Nicaragua 2013-2014, Publicación UVG. Junio 2014. Informe preliminar no disponible en la web.

- 25 USAID/Prevención combinada en VIH. Diagnóstico situacional de estigma y discriminación relacionado a la homofobia, transfobia, comercio sexual y personas con VIH en Centroamérica. 2011. [Acceso el 28 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.pasca.org/userfiles/Diag_Estigma_Discriminacion_CA_2011b.pdf
- 26 PASCA. Estigma y discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública. Informe regional. Centroamérica 2011. [Acceso el 28 de mayo de 2013]. Centroamérica: PASCA; 2012. Disponible en: http://www.pasca.org/sites/default/files/REGION_EYD_2011_ENE_2013.pdf
- 27 USAID/Prevención combinada en VIH. Diagnóstico situacional de estigma y discriminación relacionado a la homofobia, transfobia, comercio sexual y personas con VIH en Centroamérica. 2011. [Acceso el 28 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.pasca.org/userfiles/Diag_Estigma_Discriminacion_CA_2011b.pdf
- 28 AIDSTAR-One. Hallazgos y barreras identificadas en torno a necesidades de salud de las ciudadanas transgénero. Informe preliminar no publicado. Nicaragua: AIDSTAR-One; febrero 2013.
- 29 Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Informe nacional de avances en la lucha contra el sida. Periodo de cobertura: enero de 2010 – diciembre de 2011. Nicaragua: CONISIDA; 2012. [Acceso el 28 de mayo de 2013]. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NI_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NI_Narrative_Report[1].pdf)
- 30 Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Modelo de Modos de Transmisión del VIH. [Acceso el 28 de mayo de 2013]. Nicaragua: CONISIDA; 2012. Disponible en: http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&Itemid=4
- 31 Ministerio de Salud. Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Febrero 2007. [Acceso el 05 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.ansapnicaragua.org/paradigmas/pdf/mosafc.pdf>
- 32 PEPFAR. Prevention guidelines. [acceso el 5 de agosto de 2014] Disponible en: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/171303.pdf>
- 33 Bessinger et al. Evidence for a successful implementation of the minimum package of HIV prevention interventions in Burma. USAID/ Measure evaluation/PSI 2007. [Acceso el 05 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/tr-07-60>
- 34 PEPFAR Next Generations Indicators Reference Guide. August 2009. [Acceso el 05 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

- 35 USAID/HCI. Paquete pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud en planificación familiar, maternoinfantil y VIH/sida. Nicaragua, 2012. No disponible en internet.
- 36 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Internacional de Salud, Nueva York, 19-22 de junio, 1946; suscrita el 22 de julio, 1946, por representantes de 61 Estados (Registros oficiales de la OMS, n° 2, p. 100) y obligada su aplicación el 7 de abril, 1948. [Acceso el 05 de agosto de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- 37 CONDOM FACT SHEET. January 2015. The U.S. Agency for International Development (USAID) Disponible en: <http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/condom-fact-sheet-january-2015.pdf>
- 38 Ministerio de Salud de Perú. Plan de Mercadeo Social del Condón. 2009 – 2011. [acceso 05 de agosto de 2014] Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/minsa-unfpa-plan-mercadeo-condon.pdf>.
- 39 Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. USAID/HCI. Trabajando estigma y discriminación asociados al VIH y diversidad sexual en unidades de salud. Guía metodológica. Nicaragua; mayo 2010. [acceso 05 de agosto de 2014] Disponible en: http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&id=20:trabajando-estigma-y-discriminaci%C3%B2n-asociados-al-vih-y-diversidad-sexual-en-unidades-de-salud.
- 40 Ministerio de Salud. Normativa – 004-segunda edición. Norma para el manejo del expediente clínico y manual para el manejo del expediente clínico. Managua, junio de 2013 [Acceso el 05 de agosto de 2014]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2013/N---004-Norma-para-el-manejo-de-expediente-cl%C3%ADnico-y-Manual-para-el-manejo-del-Expediente-Cl%C3%ADnico-\(Segunda-Edici%C3%B3n/](http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2013/N---004-Norma-para-el-manejo-de-expediente-cl%C3%ADnico-y-Manual-para-el-manejo-del-Expediente-Cl%C3%ADnico-(Segunda-Edici%C3%B3n/)
- 41 Ministerio de Salud de Nicaragua. Normativa — 118 Manual de consejería para el abordaje del VIH. Managua, agosto 2013 [acceso 25 de julio 2014] Disponible en: <file:///D:/PP%20versiones%20finales-PDF/bibliografia%20de%20VBG/N+-+118.pdf>
- 42 Organización Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra, Suiza: OMS; 2005. [acceso el 08 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/STIguidelines2003_es.pdf

- 43 Ministerio de Salud. Normativa 113. Guía para la atención de las infecciones de transmisión sexual Manejo Sindrómico. Junio 2013. Managua –Nicaragua.
- 44 Ministerio de Salud. Guía de terapia antirretroviral en adultos con VIH. [versión electrónica]. Nicaragua: MINSA; julio 2010. [acceso el 11 de agosto de 2014 a la versión abril 2009]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18031es/s18031es.pdf>
- 45 Ministerio de Salud. Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Normativa 031. Nicaragua: MINSA; noviembre 2009. [acceso el 27 de abril de 2012]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=startdown&id=7852.
- 46 USAID/PrevenSida. Paquete pedagógico para el desarrollo de competencias a promotores de ONG en: prevención combinada del VIH para PEMAR, prevención con positivos (PcP), violencia basada en género y registro único de PEMAR y PVIH. Nicaragua, 2013. No disponible en internet.
- 47 Ministerio de Salud. Normativa 123. Guía de profilaxis ocupacional y no ocupacional ante el VIH. Managua octubre 2013.
- 48 Asociación Americana de Suicidología. Señales de advertencia. [acceso 05 de agosto 2014]. Disponible en: <http://www.suicidology.org/web/guest/stats-and-tools/suicide-warning-signs>
- 49 Daniel Brown, M.A., Art A. Bennett, M.A. y Frank J. Moncher, Ph.D. Comportamiento Suicida en Los Jóvenes. 2004, United States Conference of Catholic Bishops, Washington, D.C [acceso 5 de agosto 2014]. Disponible en: <http://foro.univision.com/t5/Catolicos/El-suicidio-especialmente-en-jovenes-y-adolescentes/td-p/400392015>
- 50 Álvarez López M^a Ángeles. Intervention and evaluation of suicidal risk. Recomendaciones sobre la detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida. Junta de Andalucía 2010. [acceso 05 de agosto 2014]. Disponible en: <http://www.feafes.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf> http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Otros/Jornada_Seguridad_Paciente_en_Salud_Mental/2o_PONENCIA_EVALUACION_E_INTERVENCION_DEL_RIESGO_SUICIDA_2_.pdf
- 51 AIDSTAR-One. Hallazgos y barreras identificadas en torno a necesidades de salud de las ciudadanas transgénero. Informe preliminar no publicado. Nicaragua: AIDSTAR-One; febrero 2013.
- 52 Elisabeth Herrero Vila; Jordi Esquirol. Recomendaciones para la salud del hombre. Cuidados higiénicos. [acceso 30 de julio 2013] Disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/higiene-hombres.shtml>

- 53 Castro Torres M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Principios Básicos de Enfermería. 2003. La Habana, Cuba [acceso 30 de julio 2013] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/134786152/Manual-de-Procedimientos-de-Enfermeriaoriginal-docx>
- 54 Bonet Ramón, Garrote Antonieta. Dermofarmacia. Higiene íntima masculina y femenina. ELSEVIER 2010. [acceso 30 de julio 2013] Disponible en: http://www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=13&idContenido=13147512&idCategoria=1
- 55 Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, y col. Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Asociación Mundial para la Salud Transgénero. 2012. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved. 7ª version. [acceso 28 de agosto 2014] Disponible en: www.wpath.org
- 56 Kimberly Keller, M.Sc. Salud Transgéneros y el VIH. Página web. [acceso 05 de mayo 2015] Disponible en: <https://atclibertad.wordpress.com/2013/04/14/salud-transgenero-y-el-vih/>
- 57 Transexualidad. ATC libertad. Diferencias entre Transexual, Transgénero y Travesti. Disponible en: <https://atclibertad.wordpress.com/2015/04/24/cambio-de-sexo-transexual-transgenero-o-travesti/>

USAID|Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud
University Research Co., LLC

De donde fue la Vicky Altamira, 1 cuadra abajo, 1 cuadra al sur
Plaza San Ramón, 2do. piso, Módulo No. 9, Managua, Nicaragua
Tel: (505) 22780392

University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda, MD 20814 EE.UU.
Tel: (301) 654-8338, Fax: (301) 941-8427

www.usaidassist.org
