

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Obstetricia y Puericultura**  
**Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura**



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN HORMONOTERAPIA EN LA POBLACIÓN TRANS FEMENINA ATENDIDA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ EN LOS MESES DE MAYO – JUNIO, AREQUIPA, 2019.**

Tesis presentada por los Bachiller:

**García Cutire, Názaret Cesiah**

**Barreda Mamani, Milagros Aldy**

Para optar el Título profesional de:

**Licenciada en Obstetricia.**

Asesor:

**Dr. Rodríguez Zinanyuca, Alfredo**

**AREQUIPA - PERÚ**

**2019**



## Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

### FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, de del 2019

#### INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Ricardina Flores Flores  
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Dra. Jannet Escobedo Vargas  
Magr. Armida Fernández Vásquez  
Dra. Verónica Oviedo Tejada  
Dictaminadores del Borrador de Tesis

#### TITULO DEL BORRADOR:

“ Conocimientos y prácticas en hormonoterapia en la población  
trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica  
Periódico del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo -  
Junio, Arequipa, 2019. ”


#### PRESENTADO POR:

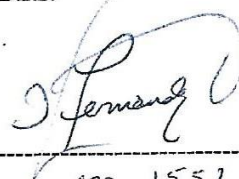
Bachiller. García Cutre, Nazaret Cesiah  
Bachiller. Barreda Mamani, Milagros Aidy


Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.

  
COD 1551

  
COD 1551

  
COD 2594

## DEDICATORIA

El presente estudio lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres Sandra y Leonardo por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas; por los consejos, valores y principios que me han inculcado, ya que me han permitido trazar mi camino y caminar con mis propios ejes, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, es un orgullo y privilegio ser su hija, son los mejores padres.

A mis hermanos Judá David, María Belén y Keren-Happuch por estar siempre presentes y por el apoyo moral que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida. A toda mi familia porque con sus oraciones y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona.

**Názaret García**

A mis padres Wilver y María Elena por su cariño y apoyo incondicional, por haberme forjado virtudes y valores pero sobre todo ser una persona transparente y honesta; me siento muy orgullosa de lo que soy hoy por hoy.

A mi hermana Jéssica por sus consejos y estar siempre a mi lado, mi única y mejor amiga que puedo tener "Siempre juntas".

A mi abuelito Julio Barreda quien constantemente me motivó a seguir adelante, enfrentar mis miedos y ser una mujer independiente, una mujer fuerte y con coraje; como él dice llevar la sangre Barreda en las venas. También a mi abuelita Eufemia quien siempre se preocupó porque este feliz y por engreírme, no he conocido a nadie con un corazón tan noble como el suyo.

Los amo infinitamente y soy feliz de tenerlos a mi lado, ustedes son lo más sagrado que tengo en esta vida.

**Milagros Barreda**

## AGRADECIMIENTO

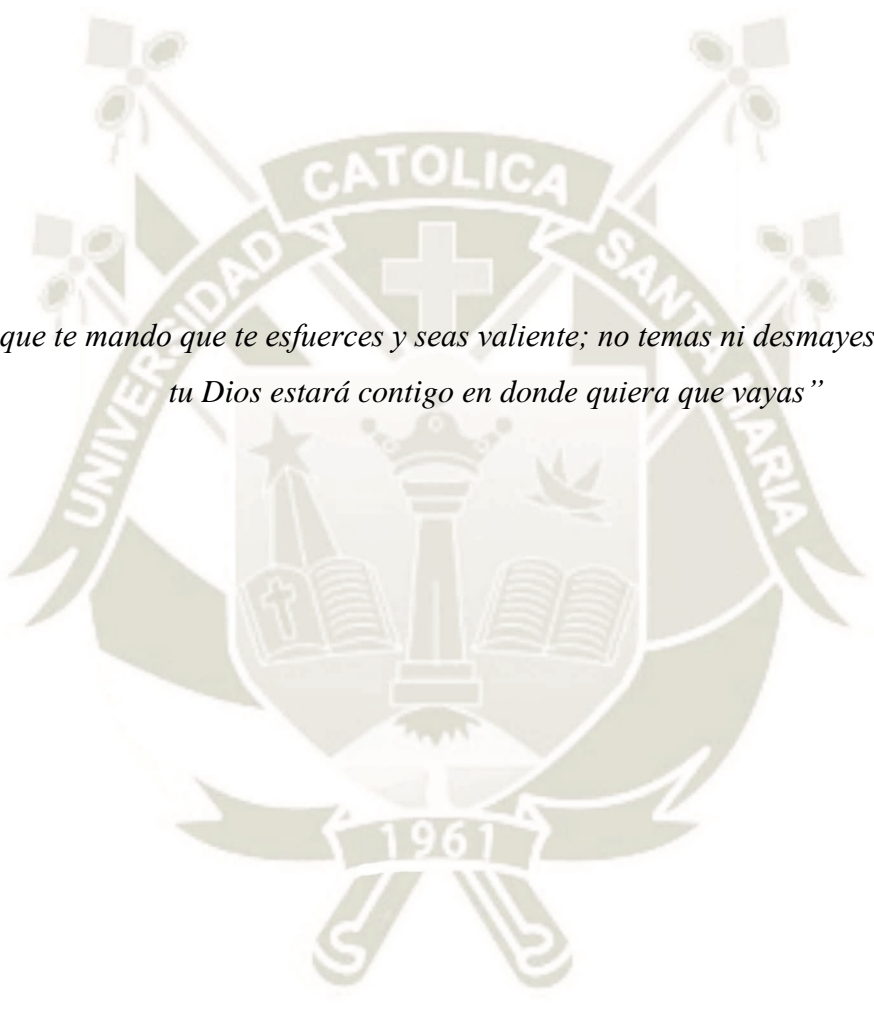
*Primero queremos agradecer a Dios por su amor y bondad infinita quien ha forjado nuestro camino y nos ha dirigido por el sendero correcto además de habernos dado la oportunidad de culminar este estudio.*

*Agradecemos a nuestros formadores, personas de gran sabiduría como al Dr. Alfredo Rodríguez, Mgtr. Armida Fernández, Dra. Verónica Oviedo y la Dra. Jannet Escobedo; quienes nos brindaron la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, este logro es en gran parte gracias a ustedes que han sido la base de nuestra formación académica y futuro profesional.*

*A la Obst. Lisbeth Nieto y al Dr. Anibal Miranda (Jefe de la Unidad de Atención Médica Periódica) quienes nos motivaron y facilitaron la accesibilidad para la recolección y ejecución de nuestro estudio, además brindaron apoyo desde el principio de nuestro estudio hasta la culminación de éste, nuestro eterno agradecimiento.*

*A nuestra familia por habernos fomentado en nosotras el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.*

**Názaret y Milagros**



*“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en donde quiera que vayas”*

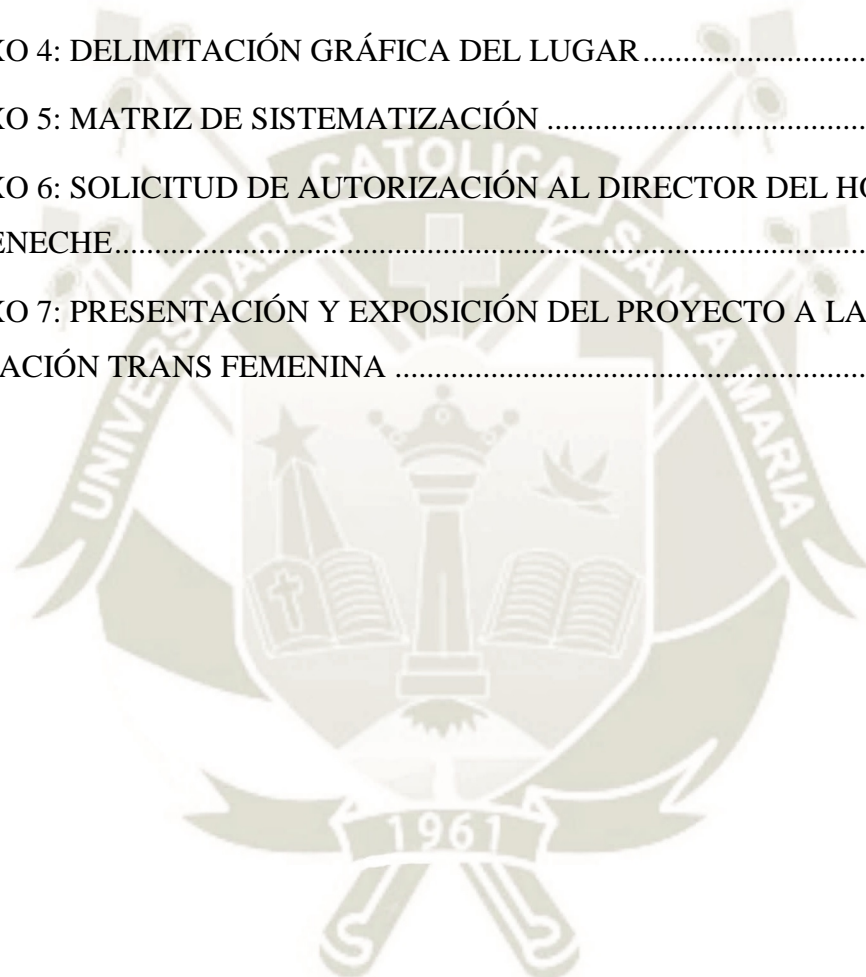
***Josué 1:9***

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>3</b>
PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. Enunciado .....	4
1.2. Descripción del problema .....	4
1.2.1. Área del conocimiento.....	4
1.2.2. Análisis u operacionalización de variables.....	4
1.2.3. Interrogantes Básicas .....	8
1.2.4. Tipo de Investigación .....	8
1.2.5. Nivel de Investigación .....	8
1.3. Justificación .....	8
2. OBJETIVOS.....	10
3. MARCO TEÓRICO.....	11
3.1. Marco Conceptual.....	11
3.1.1. Definiciones.....	11
3.1.2. Terapia Hormonal.....	16
3.1.3. Prácticas en Hormonoterapia.....	26
3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	40
3.2.1. ANTECEDENTES NACIONALES .....	40
3.2.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	41

<b>CAPÍTULO II</b> .....	43
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	43
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	44
1.1. Técnicas .....	44
1.2. Instrumento .....	45
1.3. Materiales.....	45
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	45
2.1. Ubicación espacial .....	45
2.2. Ubicación temporal.....	45
2.3. Unidad de estudio .....	45
2.3.1. Universo: .....	45
2.3.2. Muestra:.....	46
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	47
3.1. Organización, producción y registro de datos: .....	47
3.2. Validez del Instrumento.....	48
3.2.1. Procedimiento.....	48
3.2.2. Finalidad.....	48
3.2.3. Ficha técnica del instrumento de medición .....	48
3.3. Consideraciones Éticas: .....	48
3.4. Recursos.....	49
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS .....	49
4.2. Plan de procesamiento de datos .....	49
4.3. Plan de análisis de datos .....	50
<b>CAPÍTULO III</b> .....	51
RESULTADOS .....	51
DISCUSIÓN.....	79
CONCLUSIONES.....	83

RECOMENDACIONES .....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	86
<b>ANEXOS</b> .....	90
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	91
ANEXO 2: INSTRUMENTO .....	92
ANEXO 3: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	98
ANEXO 4: DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR.....	100
ANEXO 5: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN .....	101
ANEXO 6: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN AL DIRECTOR DEL HOSPITAL GOYENECHÉ.....	105
ANEXO 7: PRESENTACIÓN Y EXPOSICIÓN DEL PROYECTO A LA POBLACIÓN TRANS FEMENINA .....	107



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Edad de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	52
Tabla N° 2: Estado civil de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	53
Tabla N° 3: Grado de instrucción de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	54
Tabla N° 4: Ocupación de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	55
Tabla N° 5: Conocimiento de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	56
Tabla N° 6: Nivel de conocimiento de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	59
Tabla N° 7 PRÁCTICA: Vía de acceso de información sobre hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	60
Tabla N° 8 Edad de inicio del consumo de hormonas feminizantes en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	61
Tabla N° 9 PRÁCTICAS: Recomendación de hormonas en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	62
Tabla N° 10 PRÁCTICAS: Tiempo de consumo de hormonas en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	63

Tabla N° 11 PRÁCTICAS: Suspensión del tratamiento hormonal en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019.....	64
Tabla N° 12 PRÁCTICAS: Motivo de suspensión de hormonas en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019.....	65
Tabla N° 13 PRÁCTICAS: Tiempo máximo de consumo de tratamiento hormonal sin haberlo suspendido en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	66
Tabla N° 14 PRÁCTICAS: Hormonas utilizadas para feminización en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019.....	67
Tabla N° 15 PRÁCTICAS: Hormona con mayores resultados de feminización en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019 .....	68
Tabla N° 16 PRÁCTICAS: Frecuencia del control médico en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019 .....	69
Tabla N° 17 PRÁCTICAS: Consumo de sustancias estimulantes en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019.....	70
Tabla N° 18 PRÁCTICAS: Efectos deseados percibidos durante el consumo de hormonas sexuales en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019 .....	71
Tabla N° 19 PRÁCTICAS: Percepción de efectos neurológicos y psiquiátricos durante el consumo de hormonas en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019	73
Tabla N° 20 PRÁCTICAS: Operaciones estéticas durante el tratamiento hormonal en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019 .....	75

Tabla N° 21 PRÁCTICAS: Procedimientos no médico-quirúrgicos durante el tratamiento hormonal en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019 ..... 77



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Edad de la Población trans Femenina .....	52
Gráfico N° 2: Estado Civil de la población trans femenica.....	53
Gráfico N° 3: Grado de instrucción de la población trans femenina.....	54
Gráfico N° 4: Ocupación de la población trans femenina .....	55
Gráfico N° 5: Conocimientos de la población trans femenina .....	58
Gráfico N° 6 Nivel de conocimiento de la población trans femenina .....	59
Gráfico N° 7 ¿Cual es la vía de acceso de información por la cual usted adquirió información sobre hormonoterapia? .....	60
Gráfico N° 8 ¿A qué edad comenzó usted a consumir hormonas para feminizarse?.....	61
Gráfico N° 9 ¿Quién le recomendó a usted las hormonas? .....	62
Gráfico N° 10 ¿Cuánto tiempo viene consumiendo usted hormonas? .....	63
Gráfico N° 11 ¿Alguna vez usted ha suspendido el tratamiento hormonal? .....	64
Gráfico N° 12 ¿Cuál fue el motivo de la suspensión de hormonas? .....	65
Gráfico N° 13 ¿Cuál es el mayor tiempo que consumió usted el tratamiento hormonal sin haberlo suspendido? .....	66
Gráfico N° 14 ¿Qué hormonas utilizó o utiliza usted para feminizarse? .....	67
Gráfico N° 15 Según usted ¿Con cuál hormona obtuvo mejores o mayores resultados de feminización?.....	68
Gráfico N° 16 En todo este tiempo consumiendo hormonas, ¿Con qué frecuencia usted acude a su control médico?.....	69
Gráfico N° 17 ¿Consume usted sustancias estimulantes? .....	70
Gráfico N° 18 ¿Qué efectos deseados usted ha percibido durante el consumo de hormonas sexuales femeninas? .....	72
Gráfico N° 19¿Que efectos neurológicos y psiquiátricos ha percibido usted durante el consumo de hormonas sexuales femeninas? .....	74

Gráfico N° 20 ¿Se ha realizado usted alguna operación estética durante el tratamiento hormonal? ..... 76

Gráfico N° 21 ¿Se ha realizado usted algún procedimiento no médico- quirúrgico durante el tratamiento hormonal? ..... 78



## RESUMEN

**Objetivos:** Identificar los conocimientos en hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche y conocer las prácticas en hormonoterapia en la población trans femenina.

**Material y Método:** Estudio de campo, transversal y descriptivo; técnica comunicación e instrumento ficha de recolección de datos, constituida de dos partes: la primera sobre el nivel de conocimiento mediante 8 ítems y la segunda sobre las prácticas en hormonoterapia con 15 ítems, validado por Kuder-Richardson, para los ítems de conocimiento fue aceptable y elevado para prácticas, los cuales son buenos indicadores de confiabilidad y consistencia interna. La población estuvo constituida por 72 trans femeninas.

**Resultados:** El nivel de conocimiento en hormonoterapia fue alto con un 63,9%; en las prácticas en hormonoterapia sólo el 8,3% recibió prescripción médica, 48,6% recomendado por los pares, la edad promedio de inicio de feminización en un 95,8% es entre los 18 a 30 años, el 40,3% consume hormonas de 1 a 3 años, el 51,4% suspende el tratamiento periódicamente debido a que el 50% ha sufrido efectos adversos. El tiempo máximo de consumo de hormonas sin suspensión es de 3 a 6 meses continuos con un 50,0%, siendo los anticonceptivos orales (píldoras) e inyectables intramusculares (inyectable mensual) en un 47,2% los más utilizados y el de mayor beneficio el anticonceptivo inyectable mensual con un 70,0%; con respecto a la frecuencia con que acuden al control médico, el 70,8% nunca asistió a un control médico, el 61,1% no se realizó ninguna operación estética y el 37,5% se realizó más de un procedimiento no médico- quirúrgico como la infiltración de aceite mineral en mamas, glúteos, caderas y piernas.

**Conclusiones:** El nivel de conocimientos en hormonoterapia fue alto; con respecto a las prácticas en hormonoterapia no son las más adecuadas.

**Palabras claves:** Transexual femenina, hormonoterapia, feminización.

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify the knowledge in hormone therapy in the transsexual population attended in the Periodic Medical Care Unit of the Goyeneche Hospital and to know the hormonotherapy practices in the female trans population.

**Material and Method:** Field study, transversal and descriptive; communication technique and instrument data collection, consisting of two parts: the first on the level of knowledge through 8 items and the second on practices in hormone therapy with 15 items, validated by Kuder-Richardson, for knowledge items was acceptable and elevated for practices, which are good indicators of reliability and internal consistency. The population consisted of 72 female transsexuals.

**Results:** The level of knowledge in hormone therapy was high with 63.9%; in practices in hormone therapy, only 8.3% received a medical prescription, 48.6% recommended by peers, the average age of onset of feminization in 95.8% is between 18 to 30 years, 40.3% consumes hormones from 1 to 3 years, 51.4% suspends the treatment periodically because 50% have suffered adverse effects. The maximum time of consumption of hormones without suspension is 3 to 6 continuous months with 50.0%, being the oral contraceptives (pills) and intramuscular injectables (monthly injectable) in 47.2% the most used and the highest benefit the monthly injectable contraceptive with 70.0%; With respect to the frequency with which they attend medical check-ups, 70.8% never attended a medical check-up, 61.1% did not perform any aesthetic surgery and 37.5% performed more than one non-medical procedure. Surgical as the infiltration of mineral oil in breasts, glutes, hips and legs.

**Conclusions:** The level of knowledge in hormone therapy was high; with respect to practices in hormone therapy are not the most appropriate.

**Keywords:** Female transsexual, hormonotherapy, feminization.

## INTRODUCCIÓN

La identidad sexual se refiere a la auto percepción que tiene el individuo como hombre o mujer; sin embargo, un individuo puede o no coincidir su identidad sexual con el sexo biológico o asignado socialmente al nacer. Esta discrepancia entre el sexo asignado y la identidad sexual se conoce como transexual (1).

Según la nueva definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la transexualidad es una incongruencia marcada y persistente entre el género experimentado del individuo y el sexo asignado, que a menudo conduce a un deseo de “transición” para vivir y ser aceptado como una persona del género experimentado a través del tratamiento hormonal (2).

Por ende, el transexual tiene como necesidad lograr el cuerpo deseado, y recurren a ese proceso de transición, que implica una serie de técnicas, entre ellas el tratamiento hormonal.

A nivel mundial hay un estudio que estimó que hay aproximadamente 25 millones de personas transexuales. Esto da una idea de la necesidad mundial (y actualmente no satisfecha en gran medida) de la atención de la salud de personas transexuales (3).

En el Perú, no se conocen datos estadísticos exactos de la población transexual femenina, lo que los convierte en una población invisible de nuestra sociedad, olvidándose de las necesidades en lo que se refiere a la atención en salud, esto lleva a que dicha población recurra a prácticas nocivas para feminizarse poniendo en riesgo su salud, en el intento de modificar su cuerpo, por eso es importante las conclusiones que este proyecto pueda derivar para el manejo de esta situación, para la elaboración de estrategias dirigidas a este grupo vulnerable; sin embargo, podemos señalar que existe un aumento significativo de población transexual, reflejado en las hojas de monitorización mensual de actividades de la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP).

Por tal razón, el estudio se realizó en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche, por el aumento de atendidos transexuales femeninos a lo largo de los años, estadísticamente según la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA - HEPATITIS B (PROCETTS), en el 2018 se atendió a 330 transexuales a comparación del año 2017 que se atendió a 249 transexuales, indicándonos así el aumento de la población transexual y su necesidad de servicios de salud.

Por otro lado, cabe apuntar que este trabajo de investigación tiene el propósito de contribuir de manera importante a la solución de la problemática señalada, ampliando así los conocimientos y prácticas sobre hormonoterapia en la población transexual femenina.





## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Enunciado

¿Cómo son los conocimientos y prácticas en hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo - Junio, Arequipa ,2019?

### 1.2. Descripción del problema

#### 1.2.1. Área del conocimiento

- **Área General** : Ciencias de la Salud
- **Área Específica** : Salud Sexual y Reproductiva
- **Línea** : Sexualidad

#### 1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<b>CONOCIMIENTOS EN HORMONOTERAPIA</b>	Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No tener contraindicaciones médicas</li> <li>- Evaluación de la no conformidad con su identidad de género</li> <li>- Ser mayor de 18 años</li> <li>- Capacidad para tomar una decisión plenamente informada y de consentir el tratamiento</li> </ul>
	Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad Tromboembólica</li> <li>- Obesidad Mórbida</li> <li>- Cardiopatía Isquémica</li> <li>- Enfermedad Cerebrovascular</li> <li>- Hepatopatía Crónica</li> <li>- Hipertrigliceridemia</li> <li>- Hipertensión Arterial</li> <li>- Diabetes Mellitus</li> <li>- Antecedentes familiares de Cáncer de mama</li> <li>- Hiperprolactinemia</li> </ul>
	Tipos de hormonas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrógenos</li> <li>- Anti andrógenos</li> <li>- Progestágenos</li> </ul>
	Vías de aplicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vía Oral</li> <li>- Vía Intramuscular</li> <li>- Vía Transdérmica</li> </ul>

	<p>Efectos físicos y fisiológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redistribución de la grasa corporal</li> <li>- Disminución de la masa muscular /fuerza</li> <li>- Suavización de la piel/ disminución de la oleosidad</li> <li>- Disminución de la libido</li> <li>- Disminución de erecciones espontáneas</li> <li>- Disfunción sexual masculina</li> <li>- Crecimiento mamario</li> <li>- Disminución del volumen testicular</li> <li>- Disminución de la producción de esperma</li> <li>- Pérdida y crecimiento desacelerado del vello corporal o facial</li> </ul>
	<p>Efectos Neurológicos y Psiquiátricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios de humor</li> <li>- Migrañas</li> <li>- Depresión</li> <li>- Prolactinoma</li> <li>- Cefalea</li> </ul>
	<p>Riesgos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad tromboembólica venosa</li> <li>- Cálculos Biliares</li> <li>- Enzimas hepáticas elevadas</li> <li>- Aumento de peso</li> <li>- Hipertrigliceridemia</li> <li>- Enfermedad Cardiovascular</li> <li>- Hipertensión Arterial</li> <li>- Hiperprolactinemia o prolactinoma</li> <li>- Diabetes Tipo 2</li> <li>- Cáncer de mama</li> </ul>
	<p>Reacciones Adversas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento del peso corporal</li> <li>- Mareos</li> <li>- Náuseas y vómitos</li> <li>- Palpitaciones</li> <li>- Dispepsia</li> <li>- Cambios en la presión arterial</li> <li>- Cefalea</li> <li>- Sensibilidad Mamaria</li> </ul>
	<p>Vías de acceso de información</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescripción Médica</li> <li>- Auto investigación</li> <li>- Pares</li> </ul>
	<p>Edad de inicio de hormonización</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 – 30</li> <li>- 31 - 40</li> <li>- 41 - 50</li> <li>- 51 - 60</li> <li>- Más de 60 años</li> </ul>

<b>PRÁCTICAS EN HORMONOTERAPIA EN POBLACIÓN TRANSEXUAL</b>	¿Quién recomienda?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pares</li> <li>- Médico</li> <li>- Otro profesional de la salud</li> <li>- Auto prescripción</li> <li>- Farmacéutico</li> </ul>
	Tiempo de consumo de hormonas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 1 año</li> <li>- 1-3 años</li> <li>- 4-6 años</li> <li>- 7-9 años</li> <li>- Mayor a 10 años</li> </ul>
	Suspensión de hormonas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 sola vez</li> <li>- Periódicamente</li> <li>- Nunca</li> </ul>
	Motivo de suspensión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos adversos</li> <li>- Economía</li> <li>- Efectos logrados</li> <li>- Uso de drogas y alcohol</li> <li>- Enfermedad propia</li> <li>- Nunca las ha suspendido</li> </ul>
	Tiempo máximo de consumo de hormonas sexuales sin suspensión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 a 6 meses continuos</li> <li>- 6 a 12 meses continuos</li> <li>- 1 a 3 años continuos</li> <li>- 3 a 6 años continuos</li> <li>- Más de 6 años continuos</li> </ul>
	Tipo de esquema usado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticonceptivo Oral</li> <li>- Anticonceptivo Inyectables</li> </ul>
	Esquemas utilizados con mejores resultados de feminización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticonceptivo Oral</li> <li>- Anticonceptivo Inyectables</li> </ul>
	Atención médica periódica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una sola vez</li> <li>- Mensualmente</li> <li>- Cada 3 meses</li> <li>- Cada 6 meses</li> <li>- Una vez al año</li> <li>- Nunca</li> </ul>
	Consumo de sustancias estimulantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcohol</li> <li>- Tabaco</li> <li>- Marihuana</li> <li>- Heroína</li> <li>- Ninguna</li> <li>- Otras</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redistribución de la grasa corporal</li> <li>- Disminución de la masa muscular /fuerza</li> <li>- Suavización de la piel/ disminución de la oleosidad</li> <li>- Disminución de la libido</li> </ul>

	<p>Autopercepción de efectos físicos logrados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de erecciones espontáneas</li> <li>- Disfunción sexual masculina</li> <li>- Crecimiento mamario</li> <li>- Disminución del volumen testicular</li> <li>- Disminución de la producción de esperma</li> <li>- Pérdida y crecimiento desacelerado del vello corporal o facial</li> <li>- Ninguno</li> </ul>
	<p>Autopercepción de Efectos Neurológicos y Psiquiátricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios de humor</li> <li>- Migrañas</li> <li>- Depresión</li> <li>- Prolactinoma</li> <li>- Cefalea</li> <li>- Ninguno</li> </ul>
	<p>Operaciones Médico quirúrgicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mamoplastía</li> <li>- Vaginoplastía</li> <li>- Cirugías Faciales</li> <li>- Liposucción</li> <li>- Ninguno</li> </ul>
	<p>Procedimientos Utilizados No Médicos-Quirúrgicos para Feminizarse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infiltración de aceite mineral en mama</li> <li>- Infiltración de aceite mineral en glúteos</li> <li>- Infiltración de aceite mineral en caderas</li> <li>- Infiltración de aceite mineral en piernas</li> <li>- Ninguno</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

### 1.2.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cómo son los conocimientos en hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio, Arequipa, 2019?
- ¿Cuáles son las prácticas en hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio, Arequipa, 2019?

### 1.2.4. Tipo de Investigación

- Descriptiva
- Transversal, porque las mediciones de las variables se hacen en una sola ocasión.
- De Campo, porque se recolectó información de los diferentes consultorios de la UAMP (Unidad de Atención Médica Periódica) del Hospital Goyeneche.

### 1.2.5. Nivel de Investigación

- Descriptiva

### 1.3. Justificación

- a. Relevancia Social:** El presente trabajo evaluó el nivel de conocimiento y prácticas sobre hormonoterapia en la población transexual femenina atendida en la UAMP (Unidad de Atención Médica Periódica) del Hospital Goyeneche para favorecer a la población transexual femenina ampliando sus conocimientos y de esta manera contribuir a mejorar una mala automedicación en hormonas.
- b. Relevancia Científica:** El estudio pone de manifiesto el protocolo de la norma de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género (7ma versión) creado por La Asociación Mundial para la Salud Transgénero y la Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA (NTS N°126 – MINSA/2016/DGIESP) ; estos protocolos fueron la base de nuestro estudio , ya que no hay ninguna investigación referente al tema en nuestra ciudad de Arequipa y lo convierte en el segundo estudio a nivel nacional , lo que permitirá contribuir al conocimiento científico existente. Con los resultados obtenidos del estudio, se podrá

identificar si hay un buen nivel de conocimiento sobre hormonoterapia, a mayor conocimiento se asocia una mejor adherencia al tratamiento y como consecuencia los resultados obtenidos serán mejores y así también en las prácticas ya realizadas.

- c. **Relevancia práctica:** Ya que nos permitirá identificar el nivel de conocimiento y conocer cuáles son las prácticas que adoptan las trans femeninas y así brindar una consejería adecuada, previas capacitaciones al personal de salud.
- d. **Relevancia Contemporánea:** El estudio es contemporáneo porque hoy en día la demanda de población transexual va en aumento en un grado considerable y de la mano con el deseo por conseguir el cuerpo deseado, por ende, esto lleva a que se auto mediquen solos, sin ningún tipo de orientación ni consejería alguna, no conociendo así los riesgos que se pueden tener.
- e. **Contribución con el conocimiento:** Con los resultados obtenidos es posible contribuir a ampliar los conocimientos, conocer las prácticas sobre hormonoterapia y así lograr que este estudio sirva para disminuir la mala automedicación de hormonas y reducir la morbimortalidad en esta población.
- f. **Factibilidad:** El presente trabajo es factible, porque la población sujeta al estudio es ubicable en el servicio de PROCETTS (Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA - HEPATITIS B) en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche y se puede acceder a ellos con el tiempo necesario para la culminación del presente estudio. Para lo cual se ha verificado la accesibilidad mediante los permisos respectivos.
- g. **Interés personal:** Es de gran motivación realizar una investigación en un campo no muy tratado, lo que nos incita a averiguar en qué situación de conocimiento están los pacientes que acuden a PROCETTS (Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA - HEPATITIS B) y así brindar la consejería adecuada, ya que en la Resolución Ministerial N° 715- 2017 / MINSA incluye a la obstetra como parte del equipo multidisciplinario, logrando así una importante contribución practica al campo de esta profesión.

## 2. OBJETIVOS

- Identificar los conocimientos en hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio, Arequipa, 2019.
- Conocer las prácticas en hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio, Arequipa, 2019.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Marco Conceptual

##### 3.1.1. Definiciones

###### a) Sexualidad:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (4).

###### b) Género:

Género se refiere a los roles socialmente construidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres. Masculino y femenino son categorías de género (5).

###### c) Identidad de género:

Se refiere a la experiencia interna e individual que cada persona ha sentido con respecto al género, el cual puede o no corresponderse con el género de nacimiento. El término hace referencia tanto al sentimiento que la persona experimenta con respecto a su cuerpo (sentimiento que, si así lo decidiera esa persona, podría implicar la modificación de su apariencia o funciones a través intervenciones médicas o quirúrgicas), como a cualquier otra expresión del género: vestimenta, habla, o empleo de gestos específicos (6).

###### d) Orientación sexual:

Describe el patrón individual de atracción física, sexual y emocional duradera hacia otra persona. (7).

**e) Disforia de género:**

Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

- Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
- Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o expresa (o en los adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
- Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
- Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (8).

**f) Persona Cisgénero:**

Una persona cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer, y que, por lo tanto, a diferencia de las personas transgénero, no experimenta incongruencia de género (3).

**g) Mujer trans, mujer transgénero o trans femenina:**

Términos utilizados para referirse a las personas trans que se identifican como mujeres, es decir son personas cuyo sexo biológico al nacimiento fue el sexo masculino, pero que se identifican como mujeres (6).

**h) Transgénero o “trans”:**

Término general para las personas cuya identidad de género y / o expresión de género difiere de lo que típicamente se asocia con su sexo designado al nacer (4).

El término a veces se contrasta con “transexual”. En este caso, “transgénero” se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron (9).

**i) Transexualidad:**

La nueva definición de la OMS:

“Una incongruencia marcada y persistente entre el género experimentado del individuo y el sexo asignado, que a menudo conduce a un deseo de “transición” para vivir y ser aceptado como una persona del género experimentado a través del tratamiento hormonal, la cirugía u otras prestaciones sanitarias para alinear el cuerpo, tanto como se desee, y en la medida de lo posible, con el género experimentado. El diagnóstico no puede asignarse antes del inicio de la pubertad. El comportamiento y las preferencias de género por sí solas no son una base para asignar el diagnóstico” (2).

Criterios para Transexualidad:

- El deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, por lo general acompañado por el deseo de hacer que su cuerpo como lo más congruente posible con el sexo preferido mediante cirugía y tratamientos hormonales.
- La identidad transexual ha estado presente persistentemente durante al menos 2 años.
- El trastorno no es un síntoma de otro trastorno mental o una anomalía genética, anormalidad cromosómica (7).

**j) Transición:**

Proceso durante el cual una persona transgénero cambia sus características físicas, sociales y legales consistente con la identidad de género afirmada (7).

Según norma técnica N° 126- MINS/2016:

Período durante el cual los individuos cambian del rol de género asociado con el sexo asignado al nacer a un rol de género diferente. Para muchas personas, esto implica vivir socialmente en otro papel de género o la búsqueda del rol y de la expresión de género que les resulte más cómoda. La naturaleza y duración de la transición es variable e individualizada (6).

**k) Conocimiento:**

Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad. Lo que se adquiere como contenido intelectual relativo a un campo determinado o a la totalidad del universo (10).

El conocimiento, ha sido históricamente tratado por los filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que se descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo, al respecto el diccionario filosófico de M. Rosental refiere que el conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se encuentra indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimilan conceptos acerca de los fenómenos reales, se va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano” (11).

El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como: la "acción y efecto de conocer"; "entendimiento, inteligencia, razón natural" y "noción, saber o noticia elemental de algo ", según las diferentes acepciones (12).

**1. Tipos de conocimiento:**

**1.1. Por la especificidad de su aplicación:**

**A. Teóricos:**

En tanto que pretenden manifestar una verdad como representación o interpretación de la realidad, pueden ser:

- Científicos: Cuando son el resultado de esfuerzos sistemáticos y metódicos de investigación colectiva y social en busca de respuestas a problemas específicos como explicaciones en cuya elucidación procura ofrecernos la interpretación adecuada del universo.
- Filosóficos: Cuando intentan fundamentar el mismo conocimiento, y abarcar el Universo como un todo de sentido, ampliando las perspectivas generales de todo conocimiento mediante la crítica de los propios fundamentos.

### **B. Prácticos:**

En tanto que están orientados a realizar una acción para alcanzar un fin:

- Morales, referentes a las normas de comportamiento social.
- Éticos referentes a la reflexión y fundamentación de la moral respecto a un sentido o finalidad última.
- Políticos, referentes al fundamento y organización del poder social.
- Artísticos, como expresión de la sensibilidad estética, atendiendo a la belleza.
- Técnicos, atendiendo a la utilidad de los resultados de la acción en muy diversos campos.

### **1.2. Por su origen:**

- Conocimiento analítico o a priori, cuando su información consiste en la forma lógica de las relaciones lógicas entre los contenidos de los que trata. Es pues, un conocimiento independiente de la experiencia, pues es tautológico o meramente lógico-formal. Su fundamento es la deducción.
- Conocimiento sintético o a posteriori, porque su comprensión como concepto y lenguaje deriva y depende de la experiencia. Su fundamento es la inducción.
- Empírico, cuyo contenido consiste únicamente en la mera experiencia, por lo que apenas tiene contenido conceptual y es difícil de ser expresado en palabras. Suele aplicarse a emociones y sentimientos (13).

### **2. Niveles de conocimiento:**

Entonces podemos decir que a través de la educación y el aprendizaje, se adquiere conocimientos (conceptos y/o experiencias), se evalúa el conocimiento. La

educación es un hecho social que consiste en un proceso de adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas.

- Conocimiento alto: Surge cuando se percibe inmediatamente el acuerdo o desacuerdo de las ideas sin que se dé algún proceso de mediación. Este tipo de conocimiento es el más seguro y claro que la mente alcanza.
- Conocimiento medio: Este conocimiento se da cuando se establece el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas acudiendo a otras que actúan de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo. De este modo, este conocimiento es una seguidilla de intuiciones que permitirían demostrar el acuerdo o desacuerdo entre las ideas.
- Conocimiento bajo: Este tipo de conocimiento es el que se tiene sobre las existencias individuales, que están más allá de nuestras ideas, permite conocer las cosas sensibles (14).

### 3.1.2. Terapia Hormonal

Muchos pacientes transgéneros eligen iniciar la terapia hormonal para ayudar a que su apariencia física concuerde con su identidad de género (15).

La terapia hormonal de feminización/masculinización – que consiste en la administración de agentes endocrinos exógenos para inducir cambios de masculinización o feminización – es una intervención médica necesaria para muchas personas trans y con variabilidad de género que se presentan con molestias o malestar intenso causado por disforia de género (Newfield, Hart, Dibble, y Kohler, 2006; Pfäfflin y Junge, 1998) (9).

Los principales objetivos de la terapia hormonal son suprimir las características sexuales asociadas con el sexo natal del paciente e inducir las características del sexo deseado (15).

Algunas personas buscan máxima feminización/ masculinización, mientras que otras experimentan alivio con una presentación andrógina resultante de la minimización hormonal de las características sexuales secundarias presentes (Factor y Rothblum, 2008).

La terapia hormonal debe ser individualizada basada en las metas de la persona usuaria de servicios, la relación riesgo/beneficio de los medicamentos, la presencia

de otras condiciones médicas, y la consideración de cuestiones sociales y económicas. La terapia hormonal puede proporcionar comodidad significativa para las personas usuarias de servicios que no desean hacer una transición social de rol de género o someterse a una cirugía, o que no pueden hacerlo (III Meyer, 2009) (9).

### **3.1.2.1. Indicaciones**

- No tener contraindicaciones médicas.
- Evaluación de la no conformidad con su identidad de género.
- Ser mayor de dieciocho años.
- Capacidad para tomar una decisión plenamente informada y de consentir el tratamiento (6).

### **3.1.2.2. Contraindicaciones**

- Enfermedad tromboembólica.
- Obesidad mórbida.
- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Hepatopatía crónica.
- Hipertrigliceridemia.
- Hipertensión arterial grave.
- Diabetes mellitus.
- Antecedentes familiares (6).

### **3.1.2.3. Tipos de Hormonas**

#### **3.1.2.3.1. Estrógenos**

La terapia con estrógenos se debe usar con precaución, si se usa en absoluto, en pacientes de sexo masculino a femenino con antecedentes de enfermedad tromboembólica, prolactinoma, enfermedad hepática significativa, cáncer de mama, enfermedad de las arterias coronarias y migrañas con aura (15).

El estradiol es el estrógeno endógeno más activo y el etinilestradiol es el estrógeno sintético más potente, con 15 – 20 veces mayor actividad con el estradiol.

La formulación más utilizada de estrógeno es el estradiol. Principalmente el  $17\beta$ -estradiol, debido a que sus niveles en sangre pueden ser monitoreados y se asocia con un menor riesgo de eventos tromboembólicos que otros estrógenos. Cuenta con variadas formas de administración; oral, intramuscular o transdérmica.

En el pasado se utilizaba etinilestradiol vía oral en dosis de 50- 100 mcg en personas que transitaban MTF (transición masculino a femenino), sin embargo, las dosis requeridas para lograr reasignación de sexo, estuvieron asociadas con alto riesgo de eventos trombóticos venosos, especialmente en personas mayores de 40 años, también se asoció con un mayor riesgo de muerte cardiovascular 10 por lo que actualmente no se recomiendan y se evitan su uso.

#### **A. Estradiol:**

- **Oral:**

Los estrógenos orales deben evitarse en pacientes con hipertrigliceridemia familiar, ya que pueden causar un alza severa en los niveles de triglicéridos ( $>2000\text{mg/dl}$ ) y una pancreatitis aguda secundaria. Es por esto que, en la monitorización de la terapia hormonal, se considera la medición de los lípidos antes y durante el tratamiento (16).

- **Transdérmica:**

La vía Transdérmica es altamente recomendada, ya que los efectos terapéuticos se logran con dosis más bajas al evitar el metabolismo de primer paso hepático. Por otro lado, los niveles plasmáticos hormonales se mantienen constante y la liberación sostenida de la droga disminuye la necesidad de autoadministración frecuente, lo que mejora la adherencia de la persona (16).

Para aquellas usuarias de servicios con factores de riesgo de trombo embolismo venoso (TEV), se recomienda estrógeno transdérmica (8).

#### **3.1.2.3.2. Anti andrógenos:**

Una combinación de estrógenos y “anti-andrógenos” es el régimen más comúnmente estudiado para la feminización. Los medicamentos comúnmente empleados para reducir los efectos de la androgenización pertenecen a varias clases de drogas que tienen el efecto de reducir tanto los niveles de testosterona endógena como la actividad de la testosterona en los tejidos y, por lo tanto, la disminución de

características masculinas, como, 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 (Prior, Vigna, Watson, Diewold, y Robinow, 1986; Antes, Vigna, y Watson, 1989).

#### **A. Espironolactona:**

Fármaco antihipertensivo 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 (9).

#### **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 (De Cuyper et al., 2005) (9).

Mecanismo de Acción:

Potente supresor de la producción de testosterona a través de la inhibición de la LH hipofisaria, inhibe la secreción de gonadotropinas. Inhibe unión al receptor de andrógenos (16).

#### **C. Agonistas de GnRH (por ejemplo, goserelina, buserelina, triptorelina):**

Son neurohormonas que bloquean el receptor de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), obstruyendo así la liberación de la hormona folículo-estimulante y la hormona luteinizante. Esto conduce a un 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 la consistencia de la piel (9).

- **Finasteride:**

Inhibe actividad 5 alpha reductasa tipo 2, que metaboliza la testosterona a DHT en la próstata y otros tejidos, esta inhibición lleva a una reducción significativa de DHT sérico y en tejidos.

- Disminuye diámetro del vello anágeno (16).

### **3.1.2.3.3. Progestágenos:**

Los progestágenos juegan un papel en el desarrollo mamario a nivel celular, algunos/as médicos/as creen que estos agentes son necesarios para un desarrollo completo (Basson y Prior, 1998; Oriel, 2000). Sin embargo, una comparación clínica de los regímenes de feminización con y sin progestágenos encontró que la adición de estos compuestos no ha mejorado el crecimiento de mama ni reducido los niveles séricos de testosterona libre (Meyer III et al., 1986). Hay preocupación por los posibles efectos adversos de los progestágenos, como depresión, aumento de peso y cambios en los lípidos (III Meyer et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). Se sospecha que los progestágenos (especialmente de medroxiprogesterona) también aumentan el riesgo de cáncer de mama y el riesgo cardiovascular en mujeres (Rossouw et al., 2002). La progesterona micronizada puede ser mejor tolerada y tiene un impacto más favorable sobre el perfil lipídico que la medroxiprogesterona (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace, y Wiita, 2000) (9).

### **3.1.2.4. Vías de aplicación**

#### **A. Vía Oral**

El medicamento se introduce en el organismo a través de la boca y se absorbe en algún tramo del tracto digestivo. Es una vía fácil de utilizar y la más común.

#### **B. Vía Intramuscular**

El medicamento se introduce dentro de un músculo a través de una aguja. El músculo, al estar muy irrigado por los vasos sanguíneos, permite que el medicamento pase rápidamente a la sangre (3-5 minutos). Es una vía alternativa para aquellos medicamentos que no se absorben por vía oral o para enfermos que no pueden colaborar en la ingesta. A veces es dolorosa y siempre la ha de administrar un profesional experimentado y cualificado.

### C. Vía Transdérmica

El medicamento se introduce en el organismo por absorción transdérmica mediante la aplicación de parches. Se emplea en aquellos medicamentos en los que se quiere conseguir un efecto mantenido en el tiempo, ya que los parches consiguen liberar el medicamento de manera regular y constante con el tiempo.

Se colocarán de la siguiente manera:

- En un lugar donde haya poco pelo.
- Antes se debe limpiar y secar la zona donde se colocará el parche.
- Quitar las partes que acompañan el parche sin tocar con los dedos su interior.
- Poner el parche y pulsar la zona.
- Evitar zonas húmedas o expuestas al calor o al rozamiento.
- Hacer una rotación paulatina del lugar donde se coloca el parche

#### 3.1.2.5.Efectos físicos y fisiológicos

Los efectos de la terapia de feminización se clasifican en reversibles, parcialmente reversibles e irreversibles (16).

##### A) Condiciones Irreversibles

- Desarrollo de las mamas
- Disminución de la masa testicular

##### B) Condiciones parcialmente reversibles

- Evitar patrón corporal masculino
- Disminución de vello facial

##### C) Condiciones Reversibles

- Redistribución femenina de la grasa
- Suavidad de la piel

Los estrógenos no eliminan todos los rasgos del sexo original ni actúan por igual en todas las personas, especialmente cuando ya ha ocurrido la pubertad. No hay tratamiento médico para revertir los efectos post puberales de la testosterona sobre

el esqueleto, la talla, forma de la mandíbula, tamaño de manos y pies, así como la estrechez de la pelvis. El tratamiento puede tener resultados insuficientes en relación con la reducción de la barba o el desarrollo mamario, puede haber, una disminución de la fuerza y masa muscular.

Con respecto a los genitales y a la función sexual, los cambios pueden ser variables. Si bien el tamaño del pene alcanzado en la pubertad, no cambia, puede parecer más pequeño por la mayor cantidad de grasa bajo el abdomen y por un aumento de la flacidez de la zona. Las erecciones espontáneas desaparecen con el inicio del tratamiento, se presentan secundarias a la excitación erótica, y ya no dependen de los andrógenos. La libido disminuye en forma evidente y el orgasmo pierde potencia y satisfacción. La eyaculación tiene muy disminuido el volumen y puede llegar a desaparecer, en parte por la reducción del volumen y función de la próstata y vesículas seminales. Los testículos pueden disminuir hasta un 25% su tamaño en el primer año de terapia, hay cambios atróficos, con pérdida de las células de Leydig y Sertoli, esto lleva a una baja evidente de la espermatogénesis, hipoespermia, aspermia y a la infertilidad.

Es muy importante el manejo de los tiempos y expectativas en la readecuación corporal. Todos los cambios físicos ocurren en una secuencia temporal, los primeros se manifiestan a los tres meses de inicio de la terapia y tienen que ver con la libido y las erecciones.

**Tabla N° 1: Cronograma de los efectos esperados de las hormonas feminizantes en la readecuación corporal en MTF.**

<b>Cronograma de los efectos esperados de las hormonas feminizantes en la readecuación corporal en MTF.</b>		
<b>Efecto</b>	<b>Inicio esperado</b>	<b>Máximo efecto esperado</b>
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-5 años
Disminución de la masa muscular /fuerza	3-6 meses	1-2 años
Suavización de la piel /disminución de la oleosidad	3-6 meses	Desconocido
Disminución de la libido	1-3 meses	1-2 años
Disminución de erecciones espontaneas	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
Perdida y crecimiento desacelerado de vello corporal o facial	6-12 meses	Más de 3 años
Calvicie de patrón masculino	Sin rebrote, perdida se detiene 1-3 meses	1-2 años

**Fuente:** Norma técnica de salud para la atención integral de la población trans femenina para la prevención y control de las ITS y el VIH/ SIDA- 2016(6).

La formación de la mama comienza casi inmediatamente después del inicio de la administración de estrógenos, aproximadamente a los 3-6 meses. Los andrógenos tienen un efecto inhibitor sobre la formación de mama y, por lo tanto, los estrógenos serán más eficientes en un medio carente de la acción de los andrógenos. El desarrollo de las mamas suele ser máximo a los dos a tres años, y no se puede esperar mayor crecimiento posterior. El grado de desarrollo mamario es variable, las personas transexuales femeninas generalmente desarrollan mamas más pequeñas que las de

mujeres biológicas, condición que se empeora al tener un tórax más grande. Alrededor del 50-60% de personas transexuales MTF (transición masculino a femenino) encuentran insatisfactorio el crecimiento mamario posterior a la hormonoterapia, por lo que deciden someterse a cirugía de aumento mamarios. En cuanto a la piel, la privación de andrógenos conduce a una disminución de la actividad de las glándulas sebáceas, esto puede resultar en piel seca o uñas quebradizas.

En cuanto a la composición corporal, después de la privación de andrógenos se produce un aumento de grasa subcutánea y disminución de masa corporal magra. El peso corporal suele aumentar.

La pérdida y crecimiento desacelerado del vello corporal o facial se inicia a los 6-12 meses y tiene su efecto máximo esperado después de 3 años. El crecimiento de la barba masculina adulta es muy resistente a la inhibición de la intervención hormonal combinada, por lo que los pacientes muchas veces requieren medidas adicionales, como la depilación láser o electrolisis. El crecimiento del vello sexual en otras partes del cuerpo responde de manera más favorable.

Por falta de estimulación gonadotrópica, los testículos se atrofian y ocasionalmente entran al canal inguinal, lo que puede causar molestias. Con el paso del tiempo, también se producirá atrofia de la próstata.

Según la Sociedad Endocrina (Endocrine Society), en cuanto a las propiedades de la voz, y la prominencia laríngea, los estrógenos y anti andrógenos, no tienen ningún efecto. Las personas transexuales MTF (transición masculino a femenino) pueden optar por consultar a un centro especializado para terapia del habla, entrenamiento de la voz, con fonoaudiólogo, sería lo más recomendable. La masculinidad de la voz no está determinada tanto por el tono de la voz, sino por la resonancia del pecho y el volumen. La terapia del habla con fonoaudiólogos puede conducir a una voz más femenina. La cirugía de laringe puede cambiar el tono, la frecuencia de la voz, pero reduce su rango, sin embargo, su efectividad y satisfacción no ha sido determinada.

La transición MTF (transición masculina a femenino) es un tratamiento largo plazo, por lo que las expectativas deben manejarse con educación clara y realista sobre el tiempo de evolución de los cambios corporales y así lograr adherencia y evitar frustraciones. Con éstas medidas se previene efectos adversos significativos en la

esfera de la salud mental. 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 puede ser muy variable (16).

### **3.1.2.6.Efectos Neurológicos y Psiquiátricos**

- Cambios de humor pueden ocurrir, incluyendo el desarrollar depresión.
- Migrañas se pueden hacer peores o aparecer por la terapia.
- Depresión
- Prolactinoma
- Cefalea (1).

### **3.1.2.7.Riesgos asociados a la terapia hormonal feminizante**

#### **A) Probable riesgo aumentado**

- Enfermedad trombo embolica venosa
- Cálculos biliares
- Enzimas hepáticas elevadas
- Aumento de peso
- Hipertrigliceridemia

#### **B) Probable aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales**

- Enfermedad cardiovascular

#### **C) Posible aumento de riesgo**

- Hipertensión arterial
- Hiperprolactinemia o Prolactinoma

#### **D) Posible aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales**

- Diabetes Tipo II

#### **E) Sin aumento de riesgo o evidencia de riesgo no concluyente o no documentado**

- Cáncer de mama (9).

### 3.1.2.8. Reacciones Adversas

- Aumento del peso corporal
- Mareos
- Náuseas y vómitos
- Palpitaciones
- Dispepsia
- Cambios en la presión arterial
- Cefalea
- Sensibilidad Mamaria

### 3.1.3. Prácticas en Hormonoterapia

#### 3.1.3.1. Vías de acceso de información

La tesis “Práctica de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador, Noviembre 2008-Febrero 2009”, consideró como vías de acceso a información o fuente de recomendación sobre Hormonoterapia a Pares (amigos), Médico y a nadie, y obtuvo como resultado que un 72% de la población fueron Pares, un 10% fue el médico o Prescripción médica y el otro 10% fue nadie (1); por eso en nuestro estudio consideramos esas tres opciones para conocer cuál es la vía de acceso de información y fuente de recomendación por la cual la población transexual femenina adquiere información sobre la Hormonoterapia.

#### 3.1.3.2. Edad de inicio de hormonización

Al pasar de los años y al avance de los estudios científicos, la edad de inicio de hormonización cada vez ha sido más temprana, debido a la disforia de género que resulta de la discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo asignado en el nacimiento.

Es de señalar que Disforia de género(DG) y transexualidad(TX) no son sinónimos pues la persona transexual es aquella que se identifica, o desea vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto al asignado al nacer, mientras

que la DG supone un malestar que no siempre está presente en la transexualidad(17).

Esto quiere decir, que uno empieza a sentir como primer malestar la disforia de género; cuando acepta que su identidad de género no va acorde con su sexo asignado al nacer ahí recién afirma que es transexual o puede reafirmar su identidad de género y quedarse como una persona Cisgénero.

Se ha constatado en los últimos años un incremento en las consultas de posible DG/TX (disforia de género y transexualidad) en la infancia y adolescencia a nivel nacional e internacional, hecho respaldado por la existencia de una normativa legal que ha permitido su consideración en el ámbito sanitario público desde el año 1999. Existe por tanto una mayor aceptación social y un respaldo médico-legal que justifica que la incidencia de la transexualidad esté aumentando en pediatría.

Las ratios por sexos de la DG dependen de la edad: en menores de 12 años la ratio hombre/mujer oscila de 6/1 a 3/1 pero en adolescentes mayores de 12 años esta ratio se aproxima a 1/1.

Se tiende a hacer distinción en función de la edad, de tal manera que la persistencia es mucho más alta en adolescentes (casi el 100 % para algunos autores) que en la infancia. Este hecho, podría justificarse porque muchos de los menores que se remiten en edad temprana (2-3 años) a unidades especializadas para la evaluación de una posible DG, presentan una no conformidad de género en lugar de DG/TX (disforia de género y transexualidad) clara y son identificados erróneamente como transexuales, pudiendo o no continuar identificándose como transgénero al llegar a la adolescencia o a la edad adulta. En consonancia, existen estudios que recogen que en solo del 6 al 27% de niños prepuberales la DG/TX (disforia de género y transexualidad) persiste en la época adulta.

Por ende, entre los objetivos de las intervenciones médicas se incluyen la reducción de los sentimientos disfóricos y de la comorbilidad psiquiátrica asociada, la prevención del desarrollo de las características sexuales del sexo biológico y la promoción de la aparición de las características sexuales secundarias deseadas del género afirmado, siendo el objetivo fundamental

mejorar la calidad de vida de estos niños y adolescentes (Terapia hormonal en niños y adolescentes) (17).

El tratamiento hormonal tiene dos etapas, la primera que empieza con el bloque puberal que comienza tan pronto se inicie la pubertad, preferiblemente en un estadio Tanner II-III y la segunda etapa que es la Terapia Hormonal cruzada.

El protocolo holandés marca la edad de 16 años o más para su inicio, en el año 2009 la Sociedad Americana de Endocrinología publicó guías de práctica clínica en las que se propone una mayor flexibilidad en la edad de inicio de este tratamiento (directrices copatrocinadas por la Sociedad Europea de Endocrinología, la Sociedad Europea de Endocrinología Pediátrica, la Sociedad de Endocrinología Pediátrica Lawson-Wilkins y la WPATH). Determinados centros consideran el inicio de la THC a partir de los 14 años pues la espera hasta los 16 años genera en muchos menores altos riesgos psicosociales (17).

Según la “Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la adolescencia (SOGIA)” dice que la edad de inicio de terapia de inducción puberal en países europeos es a los 16 años, un límite arbitrario, que corresponde a la edad legal de consentimiento, por lo mismo la edad de inicio puede variar según las leyes de cada país (16).

Según la Norma Técnica N° 126 del Ministerio de Salud (MINSA), en una de sus indicaciones para recibir tratamiento hormonal es ser mayor de 18 años.

### **3.1.3.3. Recomendación de hormonas**

El tratamiento de los pacientes con transexualismo requiere de la actuación concertada, coordinada y secuencial de un equipo terapéutico multidisciplinar que incluye psiquiatra, psicólogo, endocrinólogo y cirujano plástico como mínimo, además de eventualmente asistente social y soporte jurídico. La misión del endocrinólogo consiste en evaluar somáticamente la situación del paciente para detectar patologías asociadas que puedan condicionar el tratamiento hormonal, explicar al paciente y prescribir la pauta de hormonización y sus efectos a lo largo del tiempo. El tratamiento hormonal es seguro en manos expertas, pero no está exento de potenciales problemas que deben ser minimizados con dosis adecuadas. Muchos pacientes tienden a auto hormonizarse con los riesgos que ello comporta (18).

En cuanto a la Norma Técnica N°126 del Ministerio de Salud (MINSA) refiere que la terapia hormonal de feminización será iniciada por un médico cirujano capacitado en tratamiento hormonal en población trans femenina (6).

El estudio “Características y efectos del uso de hormonas femeninas en transexuales masculinos en Lima, Perú”; refiere como resultado que solo 11,8% de los participantes acudió a un médico para evaluación previa y obtención adecuada del tratamiento hormonal. El resto lo obtuvo a través de amigas u otras fuentes no médicas, las farmacias fueron la principal fuente de abastecimiento, obteniéndose sin receta y sin ninguna información (19).

#### **3.1.3.4. Tiempo de consumo de hormonas sexuales**

Generalmente el tiempo de consumo de las hormonas se debe hasta lograr los cambios físicos deseados, que Según Norma Técnica del Ministerio de Salud (MINSA) N°126, el tiempo mínimo es de 3 meses hasta más de 3 años; claro está, que influye mucho la edad, la constitución física, hábitos como el fumar, beber, sedentarismo, practicar deporte, etc.

La tesis “Práctica de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador, Noviembre 2008- Febrero 2009”, indica que se reportó que un 32% lo han utilizado entre 1 a 3 años, seguido de un 20% entre 7 a 9 años; en caso contrario solo un 4% lo ha utilizado entre 16 a 18 años, con igual porcentaje existe un grupo que las ha usado por más de 19 años (1). Los datos demuestran que en su mayoría los transexuales femeninos han utilizado las hormonas entre 1 a 3 años.

#### **3.1.3.5. Suspensión de hormonas**

La tesis “Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador, noviembre 2008- Febrero 2009”, dio como resultado que, solo un 22% de las entrevistadas nunca suspendió el consumo de las hormonas. La gran mayoría pudo haberlas suspendido por su costo, reacciones adversas o satisfacción de efectos feminizantes (1).

Otra razón por la cual suspenden las hormonas es la cirugía, ya que logran de manera definitiva los cambios físicos deseados.

### 3.1.3.6. Motivo de suspensión de hormonas

El estudio “Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador, Noviembre 2008-Febrero 2009”, tuvo como resultados que el motivo de suspensión de las hormonas en un 43% fue por efectos adversos, seguido de un 10% por razones económicas y 8% se sintió satisfecha por los efectos logrados; en menor frecuencia se reportó 1% respectivamente porque se aburrió, se cortó el pelo y se viste de hombre en el día y las pastillas son muy amargas (1).

Por ende los motivos pueden ser económicos, reacciones adversas, satisfacción de efectos feminizantes, cirugías, entre otros.

### 3.1.3.7. Tiempo máximo de consumo de hormonas sexuales sin suspensión en transexuales

El estudio “Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador, Noviembre 2008-Febrero 2009”, con respecto al tiempo de utilización de las hormonas sexuales en las 18 usuarias que nunca las han suspendido, se reportó que un 63% tiene menos de 6 meses de utilizarlas, seguido con un 21% de las que la utilizan por más de 7 años, pero solo un 5% menciona su uso entre 6 a 12 meses. Posiblemente su continuidad del uso de la hormonas se deba a la dosificación de pequeñas cantidades, por lo tanto la presentación de menos efectos adversos, incidiendo en sus suspensión o no (1).

### 3.1.3.8. Tipo de esquema usado

- Esquema A: Anticonceptivo oral (píldoras)
- Esquema B: Anticonceptivo inyectable mensual
- Esquema C: Anticonceptivo inyectable trimestral

El estudio “Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador, Noviembre 2008-Febrero 2009”, obtuvo como resultados en lo que respecta a las hormonas sexuales más utilizadas se menciona un 51% los anticonceptivos mensuales inyectados, seguidos con un 28% de los anticonceptivos orales combinados, con menor porcentaje se mencionan con un 0.7% anticonceptivos de emergencia y un

0.3% menciono otros fármacos que no son hormonas como multivitaminas (por ejemplo el perfectil). Es de esperar que las presentaciones hormonales, que contengan la hormona estrógeno sean las más utilizada, debido a que las características feminizantes se logran por los efectos de esta hormona y no por los progestágenos (1).

Debido a ese estudio nosotros consideramos como esquemas de Hormonoterapia a los anticonceptivos orales, mensuales, trimestrales y combinaciones.

### **3.1.3.9. Esquemas utilizados con mejores resultados de feminización**

El estudio “Características y efectos del uso de hormonas femeninas en transexuales masculinos en Lima, Perú”; indica que el esquema más usado fue el anticonceptivo mensual (Dihidroprogesterona y estradiol IM) utilizado en 47,1% de la población, que en su nombre comercial se conoce como Soluna; que el 17,6 % utilizó los anticonceptivos orales y el 5,9 % utilizó los anticonceptivos trimestrales conocido como el acetato de medroxiprogesterona o Solutres.

El estudio “Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009”, obtuvo como resultados que las hormonas sexuales que los feminizaron mejor , un 51% mencionó los anticonceptivos mensuales inyectados, seguido con un 23% de los anticonceptivos orales combinados, en el otro extremo con un 1% respectivamente se mencionan combinación de cuerpo amarillo con el anticonceptivo mensual, progestinas con anticonceptivo trimestral o que ningún medicamento las ayudo a feminizarse. Nuevamente las presentaciones que contiene estrógeno feminizaron mejor que otras que contenían solo progestágenos (1).

### **3.1.3.10. Atención medica periódica**

Históricamente, algunas personas transgénero se auto medicaron con hormonas por diversas razones, incluido el temor al rechazo por parte de los proveedores de atención médica, los retrasos en el inicio de la terapia hormonal y el costo de someterse a un tratamiento. Por lo tanto, debe haber una evaluación cuidadosa de la automedicación, tanto pasada como actual (20).

El estudio “Características y efectos del uso de hormonas femeninas en transexuales masculinos en Lima, Perú”; refiere que solo 11,8% de la población

estudiada acudió a un médico para la evaluación previa y obtención adecuada del tratamiento hormonal, indicando que el resto no recurrió a un médico, no teniendo así ninguna supervisión médica, predisponiéndolos a riesgos y daños asociados al uso de estos productos sin un control hormonal estricto.

De manera óptima, un paciente transgénero que busca tratamiento médico debe tener acceso a proveedores con experiencia en atención primaria apropiada para personas transgénero, terapia hormonal transgénero y apoyo de salud mental para personas transgénero.

La importancia del control médico se debe a la supervisión o monitoreo clínico que debe tener el médico o especialista con mujeres transgénero en terapia hormonal que debe realizarse aproximadamente cada tres meses durante el primer año con cada ajuste de régimen hormonal. Después del primer año, el monitoreo debe ser una o dos veces al año. Además de la evaluación clínica de que el paciente está cómodo con el régimen (20).

La norma técnica de salud para la atención integral de la población transfemenina para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA (NTS N° 126-MINSA/2016/DGIESP) nos dice que el control y seguimiento del tratamiento está a cargo de la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) que la define como servicios de salud que brindan atención integral básica y se ubican en centros de salud del primer nivel, cuentan con personal de salud capacitado para la consejería, tamizaje y manejo de las ITS; disponen de infraestructura y equipamiento mínimo e insumos y medicamentos específicos para ITS (6).

#### **3.1.3.11. Consumo de Sustancias Estimulantes**

El estudio Patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en personas transexuales realizado en Barcelona y publicado en la revista Adicciones, evaluó los patrones de consumo de sustancias en personas transexuales de hombre a mujer (H-M) y de mujer a hombre (M-H). Un total de 251 personas transexuales (163 H-M y 88 M-H), atendidas en la Unidad de Identidad de Género de Cataluña, completaron un cuestionario auto administrado sobre el consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, opiáceo y drogas de diseño. Los resultados se compararon con datos del Servicio Nacional de Salud en población general en Cataluña (estudio EDADES 2013). La prevalencia del consumo de alcohol

(70,1%), tabaco (46,2%) y cannabis (16,3%) actual en el total de personas transexuales de ambos sexos fue similar al de hombres en población general (72,1%, 42,1%, 12,8%) y mayor que la prevalencia en mujeres (57,6%, 35,2%, 5%); no se encontraron diferencias en dicho consumo entre H-M y M-H. El consumo de cocaína en H-M (9,8%) fue casi diez veces más prevalente que en el subgrupo M-H (1,1%) y que en ambos sexos en población general (menor del 1%). Sólo unos pocos referían consumo de opiáceos y drogas de diseño. En conclusión, el patrón de consumo de sustancias en personas transexuales, excepto para la cocaína, es similar entre ambos sexos, y se asemeja al patrón de consumo masculino en población general. El consumo de cocaína es hasta diez veces mayor en el grupo de mujeres transexuales (H-M) con respecto a los otros grupos (21).

Un estudio de seguimiento a largo plazo de la mortalidad en transexuales que reciben tratamiento con hormonas del sexo cruzado publicado en Pubmed refiere que en un informe de 966 MTF y 365 mujeres transgénero de mujeres a hombres (FTM), la tasa de mortalidad fue 51 por ciento más alta en la población de mujeres transexuales, principalmente debido al uso indebido de drogas (20).

#### **3.1.3.12. Autopercepción de efectos físicos logrados**

Los cambios físicos pueden ser más o menos evidentes en ciertos individuos, en relación con otra biología subyacente. Algunos cambios físicos pueden ser evidentes rápidamente, mientras que otros se manifiestan durante meses y años. La rapidez y el grado de los cambios físicos pueden ser difíciles de predecir y pueden no estar relacionados con la dosis de hormonas. Las personas transgénero deben estar preparadas para el monitoreo regular de los cambios y la asimilación de esos cambios en la vida diaria.

Aunque el objetivo de la terapia es reducir las características sexuales secundarias masculinas inducidas por hormonas, la eliminación completa no es posible. En las mujeres transgénero, los efectos de los andrógenos en el esqueleto, como mayor altura, tamaño y forma de las manos, pies, mandíbulas y pelvis, y la voz (prominencia laríngea), no se pueden revertir.

Sin embargo, hay muchos cambios que ocurren. Los cambios iniciales (durante los primeros tres a seis meses) incluyen una posible disminución en el deseo

sexual junto con tasas reducidas de crecimiento del vello facial y corporal. También habrá un crecimiento inicial del tejido mamario, una disminución de la grasa en la piel y una redistribución temprana de la masa grasa.

Los principales resultados clínicos incluyen:

- Cabello sexual: el crecimiento de la barba masculina adulta es muy resistente a la inhibición mediante la intervención hormonal combinada y, especialmente en personas con ascendencia europea, generalmente son necesarias medidas adicionales como la depilación con láser o la electrólisis para eliminar el vello facial.
- Desarrollo de los senos: la formación de los senos comienza casi inmediatamente después del inicio de la administración de estrógenos y la disminución de los niveles de andrógenos; El desarrollo de los senos suele ser máximo a los dos años. Algunas mujeres transgénero pueden reportar sensibilidad en los pezones y molestias durante el período de crecimiento de los senos. Los andrógenos tienen un efecto inhibitorio sobre la formación de los senos y, por lo tanto, los estrógenos serán más efectivos en un medio sin acción androgénica.
- Piel: la privación de andrógenos produce una disminución de la actividad de las glándulas sebáceas y puede provocar sequedad en la piel o uñas quebradizas.
- Composición corporal: tras la privación de andrógenos, hay un aumento de la grasa subcutánea y una disminución de la masa corporal magra. El peso corporal suele aumentar.
- Testículos: la atrofia de los testículos (si no se extirpa quirúrgicamente) ocurre durante muchos años. Al carecer de estimulación gonadotrópica, los testículos se vuelven atróficos y ocasionalmente pueden entrar en el canal inguinal, lo que puede causar molestias.
- Próstata: la atrofia de la próstata también ocurre durante muchos años.
- Voz: los anti andrógenos y los estrógenos no tienen ningún efecto sobre las propiedades de la voz, por lo que las mujeres transgénero pueden optar por consultar a un centro especializado en terapia del habla para la terapia del

habla. El tono y la resonancia son el enfoque habitual de la terapia porque se piensa que la combinación de estas dos características de la voz explica la mayoría de cómo se percibe el género del hablante. La terapia del habla puede llevar a un habla más femenina. Algunos informan que la cirugía laríngea cambia el tono de la voz, pero reduce su rango.

- **Función sexual:** la terapia hormonal feminizante puede reducir el deseo sexual, la función eréctil y la eyaculación entre las mujeres transgénero. Algunas mujeres transgéneros eligen reducir las dosis de hormonas para equilibrar el grado de feminización con el nivel de la función sexual, mientras que otras informan que no es necesario realizar ajustes de dosis. Después de la cirugía genital, la función sexual (deseo sexual, excitación, dolor con el sexo y orgasmo) es variable para las mujeres transgénero y depende de la función sexual preoperatoria, el tipo de cirugía realizada y el estado hormonal (20).

#### **3.1.3.13. Autopercepción de Efectos Neurológicos y Psiquiátricos**

El estudio “Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009”, indagó que en los efectos secundarios reportados por el uso de hormonas se encontró con un 15% cambios en el estado de ánimo, 9.7% cefalea intensa, 3% depresión (1).

#### **3.1.3.14. Operaciones médico quirúrgicas**

Mientras que muchas personas trans y con variabilidad de género se encuentran confortables con su identidad, rol y expresión de género sin necesidad de cirugía, para muchas otras la cirugía es esencial y se hace médicamente necesaria para aliviar el malestar y trastornos que les causa su disforia de género (Hage y Karim, 2000). Para este último grupo, el alivio de la disforia de género no puede lograrse sin la modificación de sus características sexuales primarias y secundarias para así establecer una mayor congruencia con su identidad de género. Por otra parte, la cirugía puede ayudar a las personas usuarias de servicios a sentirse más a gusto en la presencia de parejas sexuales o en lugares tales como consultorios médicos, piscinas o gimnasios (9).

Las mujeres transgéneros (identidad de género femenino, sexo masculino asignado al nacer) pueden buscar una variedad de tratamientos médicos y quirúrgicos para la transición física a su género autoafirmado. Las transiciones exitosas generalmente requieren un alcance de servicios, generalmente mejor provisto por organizaciones con la capacidad de brindar un espectro completo de atención psicológica, médica y quirúrgica. El tratamiento médico a menudo incluye hormonas para exponer los tejidos diana sensibles a los esteroides sexuales a más estrógenos y bloquear la acción de los andrógenos. Las cirugías comúnmente realizadas incluyen la feminización facial (procedimientos craneomaxilofaciales), cirugía de tórax ("parte superior") (p. Ej., Aumento de senos) y cirugía genital ("parte inferior") (p. Ej., Orquiectomía y Vaginoplastía) (22).

#### **A. Cirugía de pecho (arriba) (aumento de mama) (Mamoplastía)**

Si bien la terapia hormonal con estrógeno feminizante produce un crecimiento de los senos dentro de dos o tres meses, que puede continuar hasta dos años, hasta el 70 por ciento de las mujeres transgénero, según se informa, buscan aumento de senos debido a un desarrollo insuficiente con hormonas solamente (23,24).

La técnica quirúrgica es similar al aumento en mujeres Cisgénero, pero deben considerarse las diferencias anatómicas en el tórax de los hombres natales. Un tórax más ancho, una mayor masa muscular y un complejo pezón-areolar más pequeño y más ancho con una distancia más corta al pliegue inframamario pueden requerir un ajuste en la ubicación planificada del pliegue inframamario, la liberación de las uniones esternales inferiores del músculo pectoral mayor, y alteraciones en el posicionamiento del implante. Por estas razones, una incisión inframamaria y un bolsillo subpectoral con implantes de forma estable se eligen comúnmente para el aumento en mujeres transgénero, mientras que una incisión periareolar generalmente se evita debido al tamaño más pequeño de la areola (22).

#### **B. Cirugía genital (inferior) (Vaginoplastía)**

El objetivo de la cirugía de vaginoplastía es lograr una vagina, vulva y clítoris estéticos y funcionales.

- **Vaginoplastía de inversión del pene** : La vaginoplastía con inversión del pene es irreversible y generalmente incluye orquiectomía (si no se realizó anteriormente), reconstrucción del pene, formación de un neo clítoris sensible de una porción del glande en su pedículo neurovascular dorsal, creación de un meato neo uretral, creación de una cavidad vaginal y forro de la neo vagina con colgajos de piel penoscrotal local y labioplastía para crear una apariencia externa estética y femenina de los genitales (22).
- **Vaginoplastía intestinal:** Las mujeres transgéneros con hipoplasia penoscrotal o aquellas que han fallado en un procedimiento primario de vaginoplastía de inversión del pene pueden ser candidatas para la vaginoplastía intestinal (25,26).

La vaginoplastía intestinal implica el uso de un segmento de intestino delgado (íleon) o colon sigmoide para crear una neovagina, con las ventajas de la autolubricación, la profundidad y el riesgo reducido de estenosis (27).

### C. Cirugías no lenguas / no básicas

Las cirugías no genitales / no estresantes incluyen una gama de cirugías feminizadoras. Si bien aquí se analizan la feminización facial y la reducción del cartílago tiroideo, otros procedimientos de feminización incluyen el contorno corporal (p. Ej., La liposucción) y los implantes corporales (p. Ej., Implantes de glúteos) (22).

- **Cirugía de feminización facial:** La cirugía de feminización facial tiene como objetivo feminizar las características masculinas de la cara a través de una amplia variedad de procedimientos craneomaxilofaciales, realizados con frecuencia por cirujanos plásticos especializados. La cirugía de feminización facial puede incluir:
  - Contorno de la frente
  - Blefaroplastia (modificación de ojos y párpados)
  - Incremento de mejillas
  - Rinoplastia (remodelación de la nariz)
  - Aumento de labios

- Reducción del ángulo mandibular
- Genioplastia (reducción del ancho del mentón)
- Otros procedimientos de rejuvenecimiento facial (22).
- **Reducción del cartílago tiroideo (condrolaringoplastia):** La prominencia laríngea, o manzana de Adán, se percibe como una característica distintivamente masculina. La condrolaringoplastía, también conocida como reducción del cartílago tiroideos o reducción de la manzana de Adam, implica la extirpación de la muesca y el borde superior de la tiroideos, lo que reduce la aparición de la prominencia laríngea y altera el contorno del cuello anterior para lograr una apariencia más femenina (22).

### 3.1.3.15. Procedimientos utilizados no médico – quirúrgicos para feminizarse

**A. Modelantes estéticos:** Término médico que hace referencia al uso de sustancias implementadas para la formación de diferentes partes del cuerpo. Entre los materiales más utilizados, están la silicona líquida, el aceite mineral incluyendo la parafina o vaselina líquida, el aceite vegetal, la grasa animal, los biopolímeros, el silicón industrial, el aceite de oliva, entre otros (Murillo, 2010: 346). En diferentes estudios realizados en Colombia han nombrado esta práctica como inyección por silicón. Esta técnica suele implementarse principalmente para dar forma a glúteos, caderas y piernas.

Vale resaltar que todas las personas que recurren a este proceso reconocen que es una práctica riesgosa, incluso conocen casos de compañeras que presentan complicaciones físicas o que han fallecido. Sin embargo, la mayoría asegura que las complicaciones que se pueden presentar dependen de la suerte, el azar y los cuidados posteriores al procedimiento.

Es claro que esta práctica es peligrosa teniendo en cuenta las condiciones en las que se realiza. De hecho, en la mayoría de los casos este procedimiento genera consecuencias a corto o largo plazo. Algunos efectos que mencionan las entrevistadas son complicaciones físicas tales como necrosis, estrías, picazón en los glúteos cuando permanecen mucho tiempo en una misma posición o cuando hace calor, dolores musculares, quistes, abscesos en los puntos donde colocaron

las agujas, infecciones, problemas en las articulaciones, deformaciones, afectación en la zona íntima e incluso la muerte (28).

La tesis “Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador, noviembre 2008- Febrero 2009”, mostró que un 65% no utilizó ninguno, un 31% utilizó infiltración de aceite mineral en mama, y finalmente un 1.5% infiltró aceite mineral en mama y caderas (1).



## 3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 3.2.1. ANTECEDENTES NACIONALES

**TÍTULO:** Características y efectos del uso de hormonas femeninas en transexuales masculinos en Lima, Perú (19).

**AUTOR(ES):** Sixto Sánchez, Jorge Casquero, Susana Chávez, George Liendo.

**FUENTE:** Anales de la Facultad de Medicina, Vol. 75, No. 4, Lima, 2014.

**RESUMEN:** Introducción: En el proceso de feminización, los transexuales masculinos usan hormonas sexuales femeninas, cuya seguridad en el sexo genéticamente masculino no ha sido definida. Objetivos: Evaluar el grado de conocimiento y prácticas de la administración de hormonas femeninas, la frecuencia de uso, reacciones adversas, fuentes de información y acceso a estos productos por parte de transexuales femeninos. Diseño: Investigación cualitativa y cuantitativa prospectiva comunitaria. Lugar: Lima. Participantes: Transexuales masculinos de 18 años o más. Intervenciones: Cuatro transexuales capacitados identificaron mediante la modalidad 'bola de nieve' a transexuales femeninos. Luego, se les realizó una entrevista semi-estructurada validada, el examen clínico respectivo y la toma de una muestra de 10 ml de sangre venosa. Medidas de resultados: El nivel de conocimiento, redes y calidad de información recibida, lugares de adquisición y efectos de las hormonas femeninas. Resultados: Solo el 11,8% de los participantes conseguía las hormonas con receta médica y poseía conocimiento sobre su efecto. Los principales efectos secundarios presentados fueron sensibilidad mamaria y aumento del peso corporal (88,2%), y disminución de la libido y erección (58,8%). La hormona más usada fue una combinación de dihidroxiprogesterona y estradiol vía intramuscular (47,1%). Conclusiones: Es necesario implementar servicios multidisciplinarios que cubran las necesidades de salud, incluyendo la de feminización que tiene esta población, y así evitar o disminuir el riesgo inherente a este proceso. Palabras clave: Transexualismo, feminización, hormonas femeninas gonadales.

**CONCLUSIONES:** Se concluye que la población de transexuales masculinos de Lima, marginada socialmente, educacionalmente y laboralmente, lo está también del sistema de salud. Las transexuales consumen hormonas sin prescripción médica, recibiendo información básicamente a partir de sus pares transexuales, lo cual las

predispone a riesgos y daños asociados al uso de estos productos. Es interesante señalar la necesidad de una atención integral e integrada en los servicios sanitarios públicos de las personas con trastornos de la identidad de género. Poder garantizar que este tipo de terapia sea financiada por la sanidad pública, además de proporcionar un tratamiento adecuado del problema termina con la agonía de las personas transexuales que han buscado desde la ilegalidad los más diversos tratamientos, poniendo en peligro no solo su salud mental sino también su propia vida. Se recomienda, además, un control psiquiátrico adecuado y continuo para prevenir el riesgo de suicidio en esta población.

### 3.2.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**TÍTULO:** Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en Transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador, Noviembre 2008 – Febrero 2009 (1).

**AUTOR(ES):** Juan José Cabrera Quezada, Luz de María Parada Barraza.

**RESUMEN:** Contexto: El transgénero es la persona que vive bajo otro género, pero que no buscan una cirugía de reasignación de sexo como el transexual o no tiene acceso a ella; y prefieren solo algunos tratamientos como la hormonización. En el país la población transgénero recurre a prácticas que ponen en riesgo su salud, con el fin de satisfacer su necesidad de identidad. Metodología: Se entrevistaron a 81 transgéneros o transgéneros travesti, en la zona Metropolitana San Salvador, durante noviembre 2008 a febrero 2009. La entrevista fue estructurada y se utilizó la estadística descriptiva para la presentación y análisis de los resultados. Resultados: La población se caracterizó por su bajo nivel educativo y su trabajo sexual. Al referirse a sus antecedentes de salud se encontró que un 10% tiene VIH, 1% sífilis, 1% tuberculosis, entre otros. De la población participante el 99% se ha hormonizado, pero solo el 75% las ha utilizado en el último año; los anticonceptivos mensuales inyectado (51%) y los orales combinados (28%) son los más usados, los cuales feminizaron mejor; reportándose crecimiento de mamas y distribución de grasa. La población transgénero se intoxica con los anticonceptivos hormonales porque ingieren grandes concentraciones para tener efecto feminizantes en corto tiempo; por ello presentaron las siguientes manifestaciones en la salud: palpitations, precordialgia, cefalea intensa, depresión, entre otros. Los cuales se relacionan con

los síntomas de alarma por el uso de anticonceptivos hormonales. Como otra forma de feminización el 33% se infiltró aceite mineral en mamas y/o también en caderas, de estas el 60% presentó las siguientes manifestaciones en la salud: edema, inflamación, dolor y ulceración. Finalmente en forma general la población que solicitó asistencia médica sea en el sistema público o privado, para su proceso de feminización, no lo recibió.

**CONCLUSIONES:** La hormonización fue el principal método de feminización y que su dosificación las expone a un riesgo de salud; además que la infiltración de aceite es una práctica artesanal de feminización; y los hallazgos encontrados permiten inferir que no existe asistencia médica hacia la población transgénero para sus procesos de feminización.





**CAPÍTULO II**  
**PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. Técnicas

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta con preguntas cerradas para la recopilación y recolección de la información.

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<b>Conocimientos en Hormonoterapia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicaciones</li> <li>-Contraindicaciones</li> <li>-Tipos de hormonas</li> <li>-Vías de aplicación</li> <li>-Efectos físicos y fisiológicos</li> <li>-Efectos Neurológicos y Psiquiátricos</li> <li>-Riesgos</li> <li>-Reacciones Adversas</li> </ul>		
<b>Prácticas en Hormonoterapia en población trans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vías de acceso de Información</li> <li>-Edad de inicio de hormonización</li> <li>-¿Quién recomienda?</li> <li>-Tiempo de consumo de hormonas sexuales</li> <li>-Suspensión de hormonas</li> <li>-Motivo de suspensión</li> <li>-Tiempo de consumo en trans que nunca han suspendido las Hormonas Sexuales</li> <li>-Tipo de esquema usado</li> <li>-Esquemas utilizados con mejores resultados de feminización</li> <li>-Atención Médica Periódica</li> <li>-Consumo de sustancias estimulantes</li> <li>-Autopercepción de efectos físicos logrados</li> <li>-Autopercepción de reacciones adversas</li> <li>-Operaciones Médico Quirúrgicas</li> <li>-Procedimientos Utilizados No Médicos- Quirúrgicos para Feminizarse</li> </ul>	Cuestionario de preguntas cerradas sobre conocimiento y prácticas en hormonoterapia	Ficha de preguntas sobre el nivel de conocimiento y prácticas en hormonoterapia (ANEXO 1)

Fuente: elaboración propia.

## 1.2. Instrumento

Se aplicó un cuestionario compuesto por preguntas de conocimientos y prácticas en hormonoterapia en población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche (Anexo 1) (Anexo 2).

## 1.3. Materiales

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio
- Calculadora
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.
- Impresora
- Fotocopiadora

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

- Precisión del lugar: Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Hospital Goyeneche que está ubicado en la Av. Goyeneche N° 100 con Av. Paucarpata del Cercado de Arequipa.
- Características del lugar: Es un establecimiento categoría II- 2, del MINSA.
- Delimitación grafica del lugar: (Ver Anexo 4)

### 2.2. Ubicación temporal

- Cronología: Mayo- Junio 2019
- Visión temporal: Es un estudio actual
- Corte temporal: Es un estudio Transversal

### 2.3. Unidad de estudio

#### 2.3.1. Universo:

La población de interés fue constituida por pacientes trans femeninas que acuden a la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Hospital Goyeneche, qué, según datos consultados con la coordinación de PROCETTS (Estrategia Sanitaria Nacional de

Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA - HEPATITIS B), en el año 2018 el N° de atenciones fue de 526, cuyo promedio es de 88 usuarias al mes, el cual será utilizado para la muestra.

### 2.3.2. Muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para una población finita o conocida.

Esta muestra es con un margen de confianza de 95.5% y un margen de error de un 5%.

$$N = \frac{88 \times 400}{88 + 400}$$

$$N = \frac{35200}{488}$$

$$N = 72$$

Obteniendo un tamaño muestral de 72.

#### 2.3.2.1. Criterios de Selección

##### Criterios de Inclusión:

- ✓ Pacientes de 18 a 60 años.
- ✓ Pacientes que recibieron tratamiento hormonal por más de 3 meses.
- ✓ Capacidad para tomar una decisión plenamente informada y de consentir la aplicación de la encuesta.
- ✓ Pacientes trans femeninas que aceptaron participar en la investigación.
- ✓ Pacientes cuya participación fue voluntaria.

##### Criterios de Exclusión:

- ✓ Pacientes trans femeninas que no asistieron los días de la aplicación del instrumento.
- ✓ Pacientes trans femeninas que durante el estudio mostraron indiferencia para el llenado del cuestionario.
- ✓ Pacientes trans femeninas que no accedan a llenar el cuestionario.
- ✓ Cuestionarios que no estén bien llenado ni marcados.

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. Organización, producción y registro de datos:

Primero, se realizó la elaboración del cuestionario de 23 preguntas, de las cuales se encuentra distribuido en:

Conocimientos en Hormonoterapia: 08 preguntas cerradas que se evaluó bajo un puntaje de 08 puntos en total, 0 para la pregunta mal respondida y 1 para la correcta.

- Conocimiento Alto: 6 -8 preguntas correctas
- Conocimiento Medio: 4-5 preguntas correctas
- Conocimiento Bajo: 1- 3 preguntas correctas

Prácticas en Hormonoterapia en población trans: 15 preguntas cerradas, a las que no se les dio calificación, ya que al ser nuestro estudio de tipo descriptivo, solo se detalló las prácticas de la población trans.

Segundo, se realizó la validación del instrumento mediante el coeficiente de Kuder-Richardson, previa prueba piloto.

Después, se solicitó la autorización para realizar la investigación al jefe de la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche (UAMP) para la debida investigación.

Seguidamente también se solicitó permiso a personal encargado de la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Hospital Goyeneche.

Se contactó con los pacientes para solicitar su participación voluntaria, luego de lo cual se entregó el cuestionario sobre conocimientos y prácticas en Hormonoterapia en población trans, el cual se realizó con previo consentimiento informado.

La aplicación del instrumento se realizó por parte de las investigadoras en forma diaria.

La duración para marcar fue aproximadamente de 15 a 20 minutos y el llenado fue individual.

Posteriormente se calificó las encuestas aplicadas.

Una vez culminado el recojo de la información se sistematizó para el posterior análisis y e interpretación de resultados.

### 3.2. Validez del Instrumento

#### 3.2.1. Procedimiento

La prueba piloto se realizó en 10 personas que reunieron los criterios de inclusión a los cuales se les aplicó el cuestionario de “Conocimientos y prácticas en hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de mayo – junio, Arequipa, 2019”

#### 3.2.2. Finalidad

La finalidad del presente fue juzgar su eficacia y comprensión, para su perfeccionamiento, además se verificó el tiempo de administración al llevarlo a cabo, también se realizó la validación de los 8 ítems de conocimiento obteniendo 0.79957927 de confiabilidad para su escala de medida y para los 15 ítems de prácticas se obtuvo un puntaje de 0.83011938, para estimar la confiabilidad de consistencia interna, ambos fueron verificados mediante el coeficiente de Kuder-Richardson, dicho instrumento resultó confiable para su aplicación (Anexo 2).

#### 3.2.3. Ficha técnica del instrumento de medición

**Nombre:** Cuestionario de conocimientos y prácticas en Hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche.

**Autoras:** García Cutire, Názaret Cesiah & Barreda Mamani, Milagros Aldy

**Área de Evaluación:** Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche

**Duración:** 20 minutos

**Aplicación:** Individual

**Descripción:** El cuestionario está dividido en 23 ítems, de los cuales lo que respecta a conocimientos es (del ítem 1-8), y lo que respecta a prácticas en hormonoterapia en población trans (ítem 9- 23).

### 3.3. Consideraciones Éticas:

De acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki: Respeto a los derechos del sujeto, prevaleciendo su interés por sobre los de la ciencia y la sociedad, el consentimiento informado y respeto por la libertad del individuo, y el reporte de Belmont en

los cuales nos basamos en el respeto de las personas, beneficencia y justicia. Este estudio se desarrollará bajo los siguientes criterios:

- Se realizó un consentimiento informado que fue presentado y firmado previo al desarrollo del cuestionario. (Ver Anexo 3)
- Para la protección de la identidad de los participantes el llenado del cuestionario en mención fue de forma anónima.
- Al presentar el cuestionario se explicó que la participación es de forma voluntaria.
- A los pacientes que aceptaron responder el cuestionario sobre Conocimientos y Prácticas en Hormonoterapia se les entregó la ficha de preguntas.
- Una vez culminado el recojo de la información se sistematizó para su posterior análisis e interpretación.

### 3.4. Recursos

#### a) Humanos

- **Investigadoras:**

- Bachiller. García Cutire Názaret Cesiah
- Bachiller. Barreda Mamani Milagros Aldy

- **Asesor:**

- Dr. Rodriguez Zinanyuca, Alfredo

#### b) Materiales:

- Material de Escritorio, Calculadora, Computadora, Impresora y Fotocopiadora

#### c) Financieros: Autofinanciado

## 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

### 4.2. Plan de procesamiento de datos

Los datos recolectados para el Anexo 1 fueron codificados de manera manual y computarizada por medio del programa Excel y el programa estadístico IBM SPSS Statistic Versión 22.

#### 4.3. Plan de análisis de datos

La interpretación y análisis de los resultados se realizó a través de la estadística descriptiva haciendo uso de los porcentajes y razones, que servirán para una mejor presentación de la información. El análisis se realizó en base a los objetivos que sustentan la investigación.





**Tabla N° 1**

**Edad de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

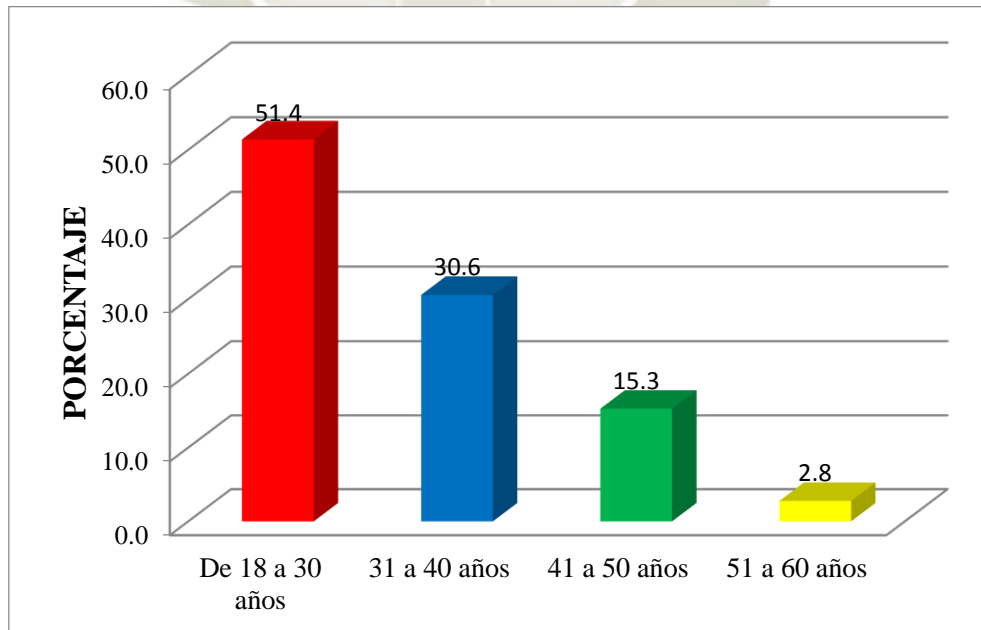
Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 30 años	37	51.4
31 a 40 años	22	30.6
41 a 50 años	11	15.3
51 a 60 años	2	2.8
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 1 se observa que la edad promedio de la población trans femenina es de 18 a 30 años con un 51.4% del total y en mínima cantidad entre las edades de 51 a 60 años con un 2.8%.

**Gráfico N° 1**

**Edad de la Población Trans Femenina**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 2**

**Estado civil de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

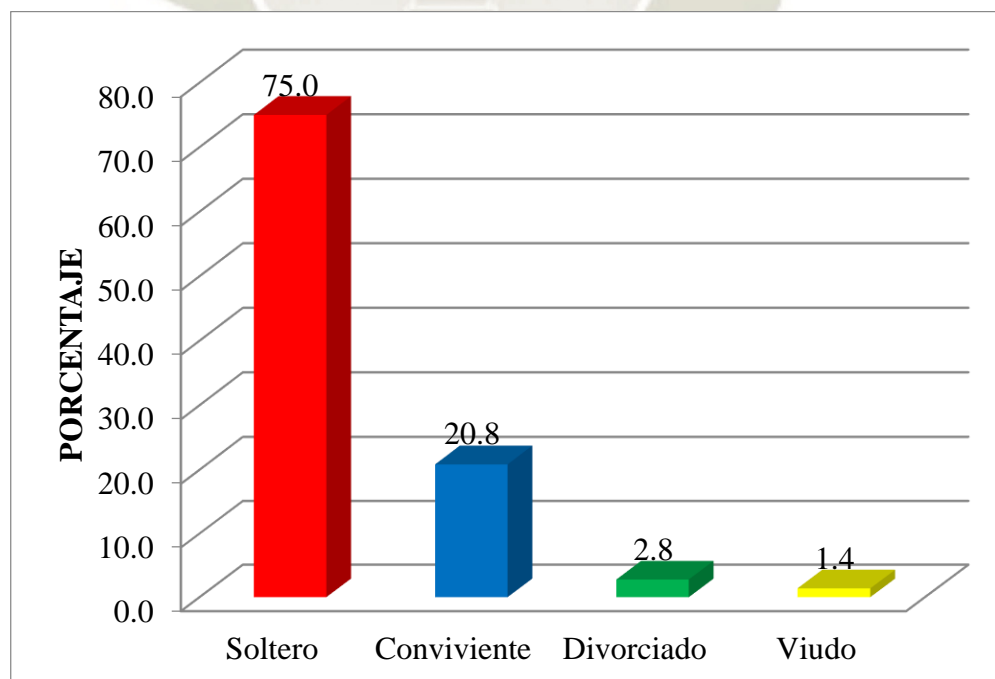
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	54	75.0
Conviviente	15	20.8
Divorciado	2	2.8
Viudo	1	1.4
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 2 se observa que el estado civil de la población trans femenina es soltero con un 75.0%, seguido de los convivientes con un 20.8% de la población total.

**Gráfico N° 2**

**Estado Civil de la población trans femenina**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 3**

**Grado de instrucción de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

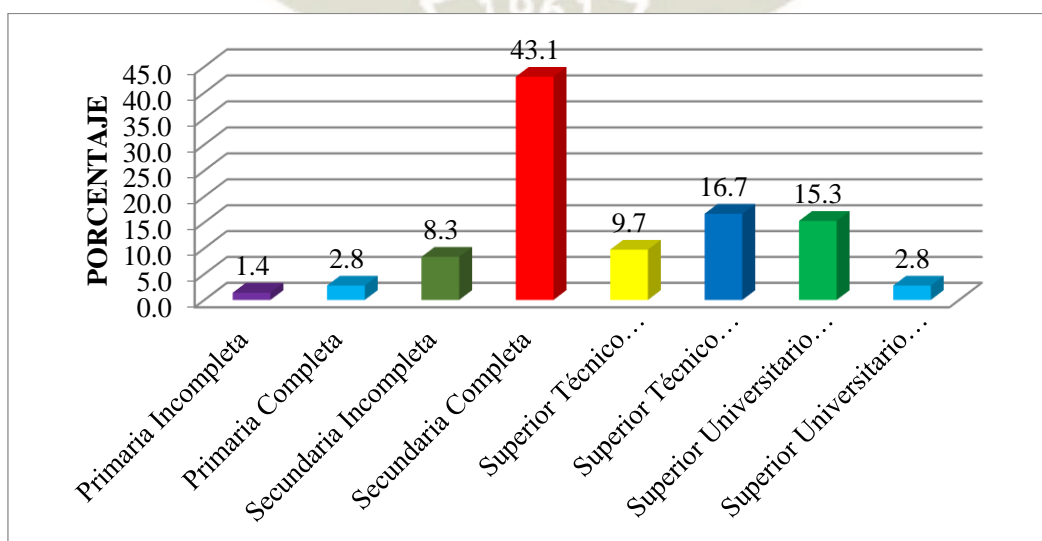
Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Incompleta	1	1.4
Primaria Completa	2	2.8
Secundaria Incompleta	6	8.3
Secundaria Completa	31	43.1
Superior Técnico Incompleto	7	9.7
Superior Técnico Completo	12	16.7
Superior Universitario Incompleto	11	15.3
Superior Universitario Completo	2	2.8
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 3 la mayoría de la población posee como mínimo Secundaria Completa con un 43.1% y en mínima cantidad sólo Primaria Incompleta con un 1.4% del total.

**Gráfico N° 3**

**Grado de instrucción de la población trans femenina**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 4**

**Ocupación de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

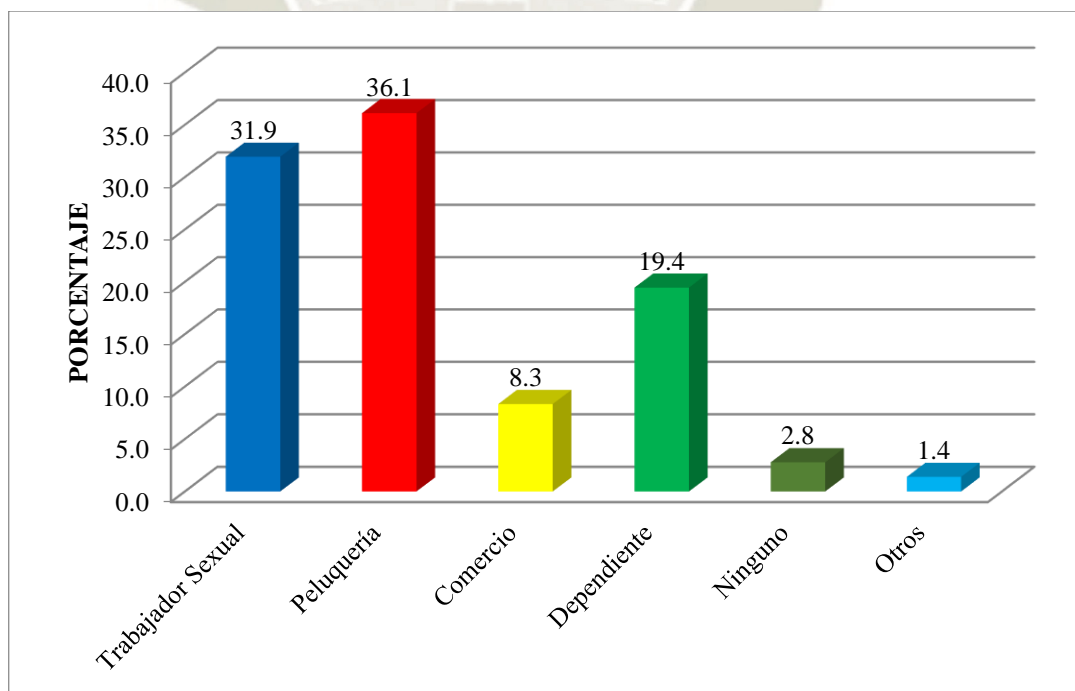
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajador Sexual	23	31.9
Peluquería	26	36.1
Comercio	6	8.3
Dependiente	14	19.4
Ninguno	2	2.8
Otros	1	1.4
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 4 la mayoría de la población se dedica a la peluquería con un 36.1% seguido de los trabajadores sexuales con un 31.9%.

**Gráfico N° 4**

**Ocupación de la población trans femenina**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 5**

**Conocimiento de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

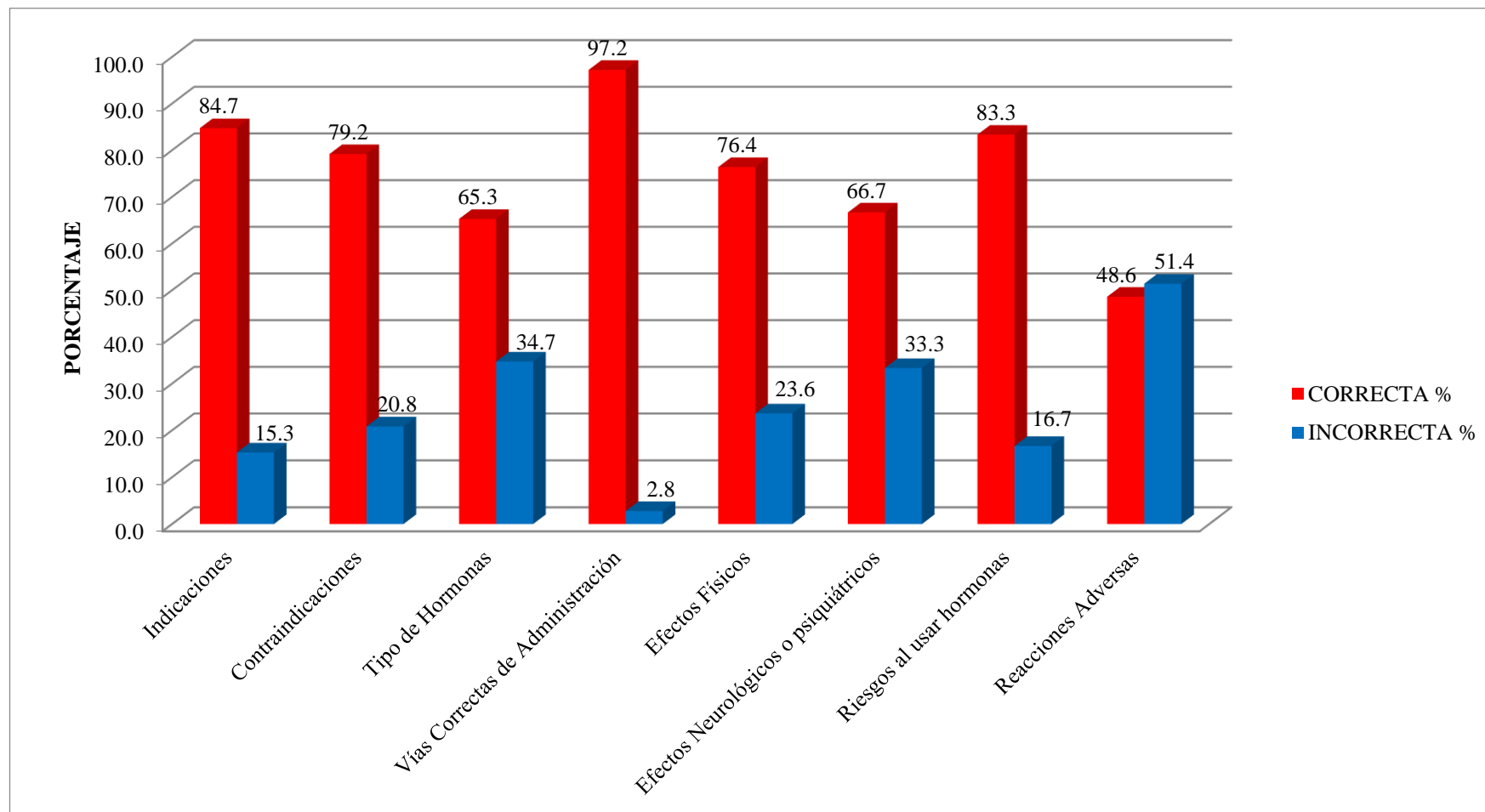
<b>Conocimiento de la población trans femenina</b>						
<b>Ítem</b>	<b>Correcta</b>		<b>Incorrecta</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1. Indicaciones	61	84.7	11	15.3	<b>72</b>	<b>100.0</b>
2. Contraindicaciones	57	79.2	15	20.8	<b>72</b>	<b>100.0</b>
3. Tipos de Hormonas	47	65.3	25	34.7	<b>72</b>	<b>100.0</b>
4. Vías correctas de administración de hormonas	70	97.2	2	2.8	<b>72</b>	<b>100.0</b>
5. Efectos Físicos	55	76.4	17	23.6	<b>72</b>	<b>100.0</b>
6. Efectos Neurológicos o Psiquiátricos	48	66.7	24	33.3	<b>72</b>	<b>100.0</b>
7. Riesgos al usar Hormonas	60	83.3	12	16.7	<b>72</b>	<b>100.0</b>
8. Reacciones Adversas	35	48.6	37	51.4	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

Tabla N° 5: Se observa el Conocimiento sobre cada pregunta que se formuló:

- ÍTEM 1 (¿Qué indicaciones son las correctas para iniciar el tratamiento hormonal?) respondieron correctamente el 84.7% indicando que se necesita ser mayor de 18 años, no tener contraindicaciones médicas, capacidad para tomar una decisión plenamente informada y de consentir el tratamiento.
- ÍTEM 2 (¿Qué contraindicaciones conoce sobre el tratamiento hormonal) respondiendo correctamente el 79.2% de pacientes encuestados sabiendo que las contraindicaciones son: Hipertensión arterial, Cáncer de mama, Enfermedad tromboembólica, Obesidad mórbida.
- ÍTEM 3 (¿Qué tipos de hormonas conoce?) se ve que el 65.3% de los pacientes respondieron correctamente indicando que las hormonas son: Estrógenos, Anti andrógenos, Progestágenos.
- ÍTEM 4 (¿Cuáles son las vías correctas de administración de las hormonas?) respondieron el 97.2% correctamente indicando que las vías correctas de administración de las hormonas son Intramuscular, Oral, Transdérmico.
- ÍTEM 5 (¿Cuáles son los efectos físicos que se logra con el tratamiento hormonal?) respondieron el 76.4% de manera correcta indicando que los efectos físicos que se presentan pueden ser Disminución de la masa muscular, Redistribución de la grasa corporal, Disminución de erecciones espontáneas.
- ÍTEM 6 (¿Cuáles son los efectos neurológicos o psiquiátricos que puede causar el tratamiento hormonal?) respondieron correctamente el 66.7% indicando como respuesta: Cambios de humor, Depresión y Migraña.
- ÍTEM 7 (¿Cuáles son los riesgos que conozca al usar hormonas?) respondieron correctamente 83.3% de la población encuestada dando como respuesta: Cálculos biliares, Aumento de peso, Cáncer de mama, Hipertensión arterial.
- ÍTEM 8 (¿Cuáles son las reacciones adversas que se pueden dar en el proceso de feminización) respuesta correcta de un 48.6% lo que nos indica que sobre este tema no conocen muy bien los efectos adversos que puede presentar el proceso de feminización como lo son: Cambios en la presión arterial, Cefalea, Sensibilidad mamaria, Aumento del peso corporal.

**Gráfico N° 5**  
**Conocimientos de la población trans femenina**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 6**

**Nivel de conocimiento de la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

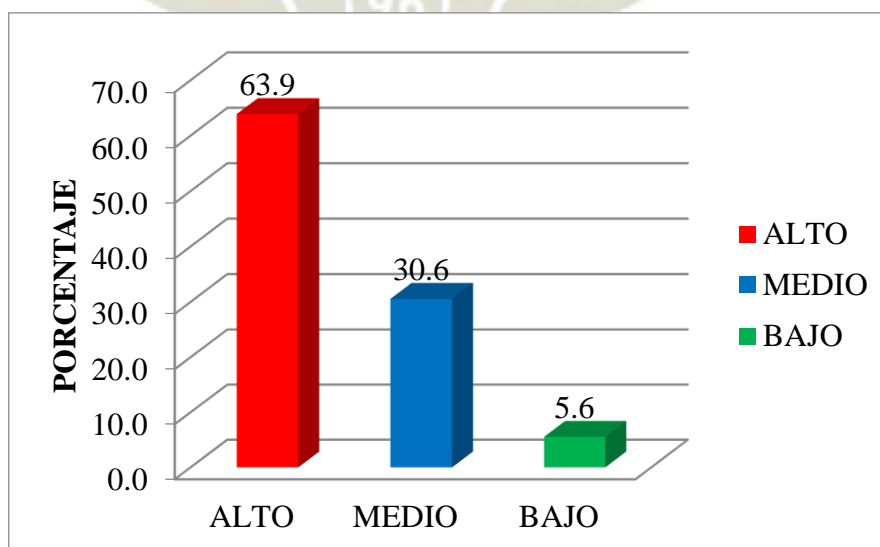
Nivel de conocimiento	N°	%
ALTO	46	63.9
MEDIO	22	30.6
BAJO	4	5.6
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 6 se observa que el Nivel de Conocimiento Alto de la población trans femenina entrevistada es del 63.9% mostrándonos que la gran mayoría de estas personas tienen conocimientos sobre Hormonoterapia seguido del nivel de conocimiento Medio con un 30.6% y finalmente un 5.6% de la población encuestada tiene un nivel bajo de conocimientos sobre hormonoterapia.

**Gráfico N° 6**

**Nivel de conocimiento de la población trans femenina**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 7**

**PRÁCTICA: Vía de acceso de información sobre hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

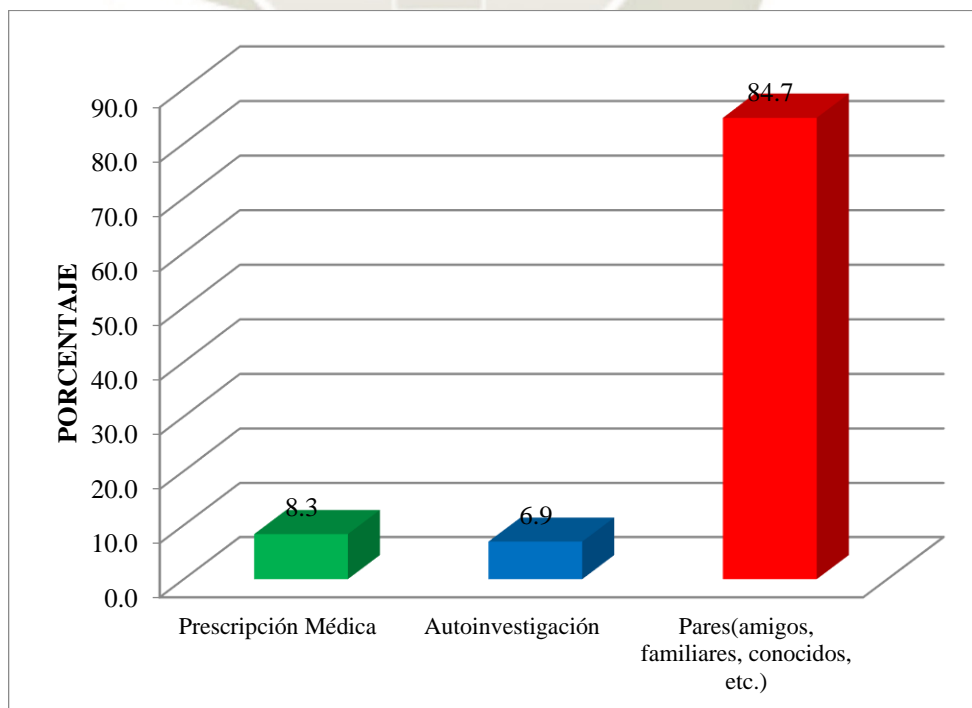
Vía de acceso de información	Frecuencia	Porcentaje
Prescripción Médica	6	8.3
Auto investigación	5	6.9
Pares (amigos, familiares, conocidos, etc.)	61	84.7
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 7 se observa que el 84.7% de la población entrevistada tuvo acceso de información por su grupo de pares pudiendo ser estos amigos, familia, conocidos, etc.; y solo un 8.3% por prescripción médica.

**Gráfico N° 7**

**¿Cuál es la vía de acceso de información por la cual usted adquirió información sobre hormonoterapia?**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 8**

**Edad de inicio del consumo de hormonas feminizantes en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

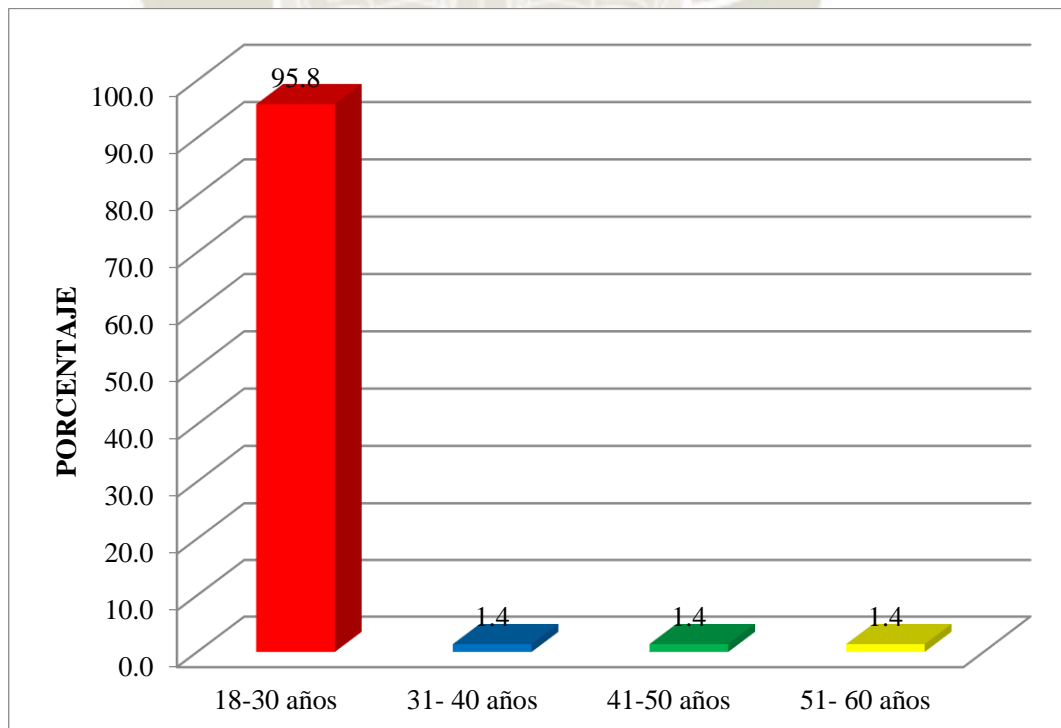
Edad de inicio	Frecuencia	Porcentaje
18-30 años	69	95.8
31- 40 años	1	1.4
41-50 años	1	1.4
51- 60 años	1	1.4
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 8 se observa que la edad promedio de consumo de hormonas para feminizarse esta entre los 18 y 30 años con un 95.8%.

**Gráfico N° 8**

**¿A qué edad comenzó usted a consumir hormonas para feminizarse?**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 9**

**PRÁCTICAS: Recomendación de hormonas en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

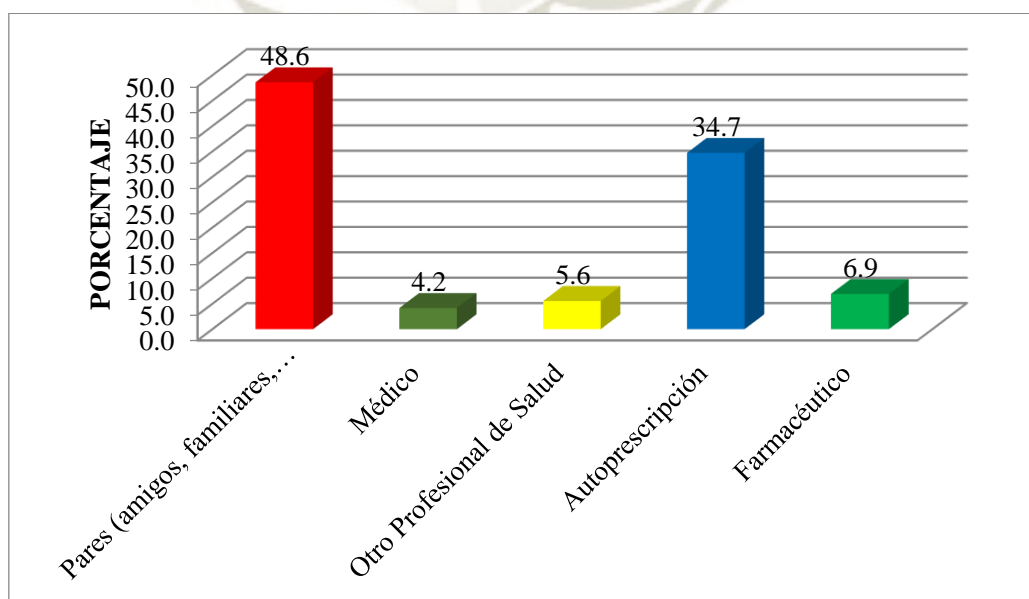
Recomendación de Hormonas	Frecuencia	Porcentaje
Pares (amigos, familiares, conocidos, etc.)	35	48.6
Médico	3	4.2
Otro Profesional de Salud	4	5.6
Auto prescripción	25	34.7
Farmacéutico	5	6.9
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 9 se observa que el grupo de pares tiene gran influencia en esta población con un 48.6%, y de manera mínima por médicos con un 4.2% seguido de otros profesionales de salud con un 5.6%.

**Gráfico N° 9**

**¿Quién le recomendó a usted las hormonas?**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 10**

**PRÁCTICAS: Tiempo de consumo de hormonas en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

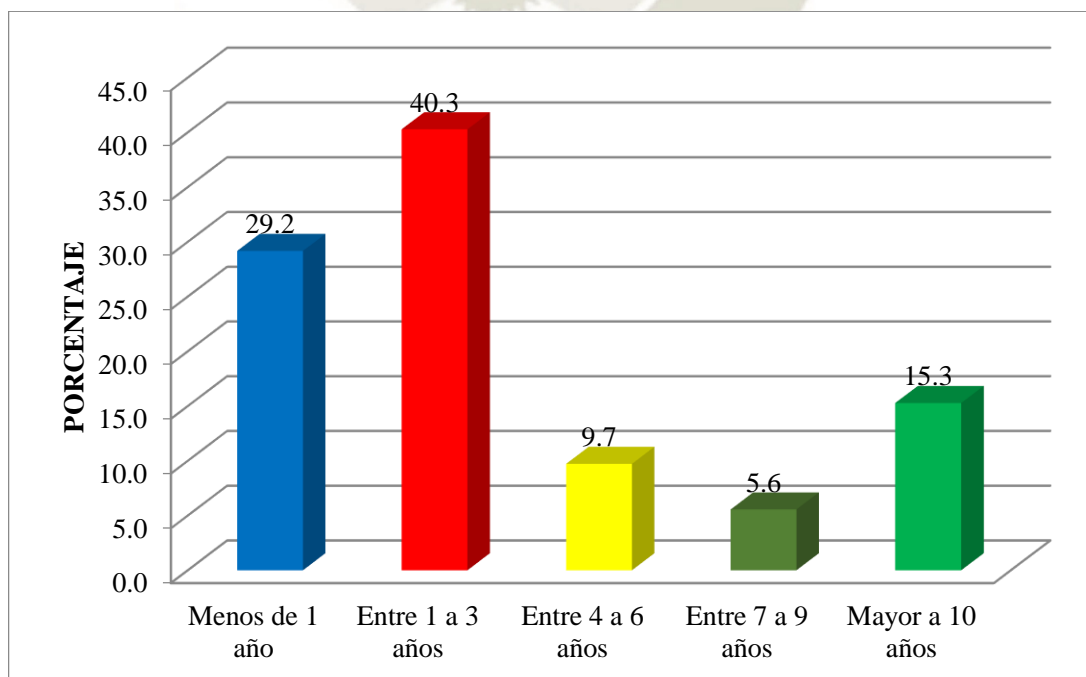
Tiempo de consumo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	21	29.2
Entre 1 a 3 años	29	40.3
Entre 4 a 6 años	7	9.7
Entre 7 a 9 años	4	5.6
Mayor a 10 años	11	15.3
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 10 se observa que el 40.3% lleva consumiendo las hormonas para feminizarse entre 1 a 3 años, y en menor proporción entre 7 a 9 años con un 5.6%.

**Gráfico N° 10**

**¿Cuánto tiempo viene consumiendo usted hormonas?**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 11**

**PRÁCTICAS: Suspensión del tratamiento hormonal en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

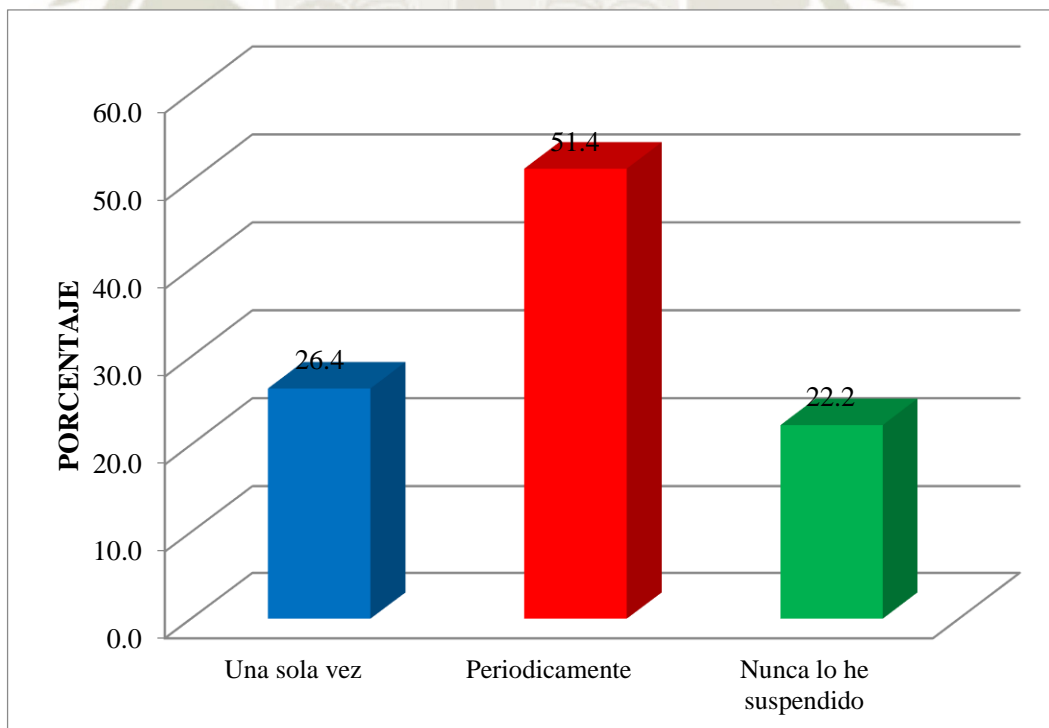
Suspensión de hormonas	Frecuencia	Porcentaje
Una sola vez	19	26.4
Periódicamente	37	51.4
Nunca lo he suspendido	16	22.2
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 11 se observa que el 51.4% de la población entrevistada alguna vez suspendió periódicamente su tratamiento hormonal. Y un 22.2% nunca ha suspendido su tratamiento.

**Gráfico N° 11**

**¿Alguna vez usted ha suspendido el tratamiento hormonal?**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 12**

**PRÁCTICAS: Motivo de suspensión de hormonas en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

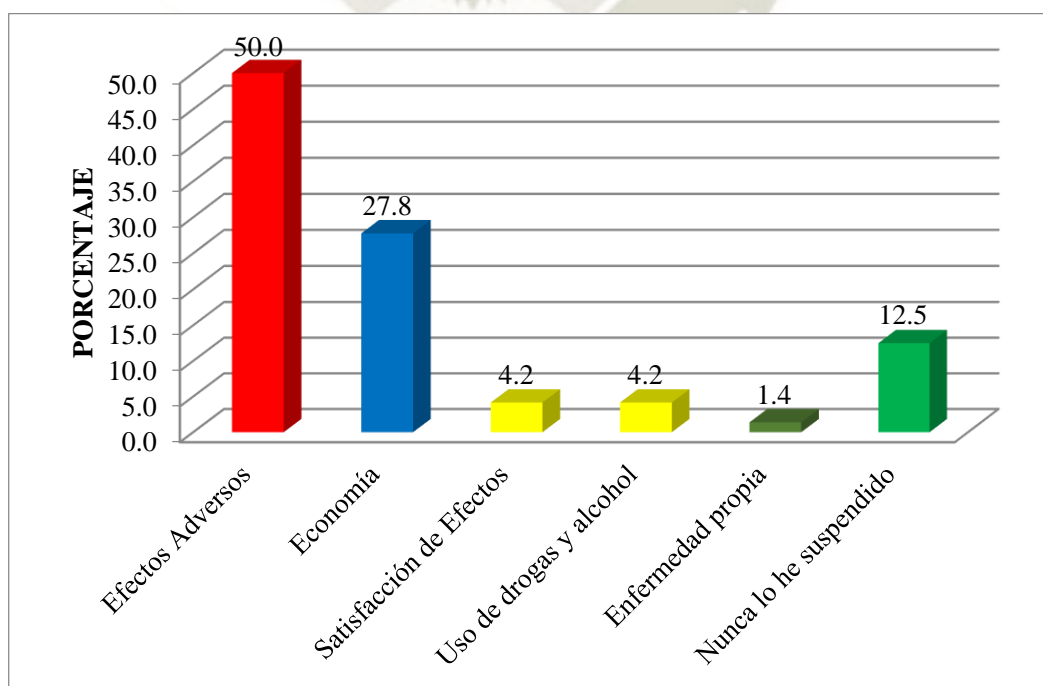
Motivo de suspensión	Frecuencia	Porcentaje
Efectos Adversos	36	50.0
Economía	20	27.8
Satisfacción de Efectos	3	4.2
Uso de drogas y alcohol	3	4.2
Enfermedad propia	1	1.4
Nunca lo he suspendido	9	12.5
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 12 se observa que el motivo más común para suspender la hormonoterapia es los efectos adversos con un 50.0%, seguido de la economía.

**Gráfico N° 12**

**¿Cuál fue el motivo de la suspensión de hormonas?**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 13**

**PRÁCTICAS: Tiempo máximo de consumo de tratamiento hormonal sin haberlo suspendido en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

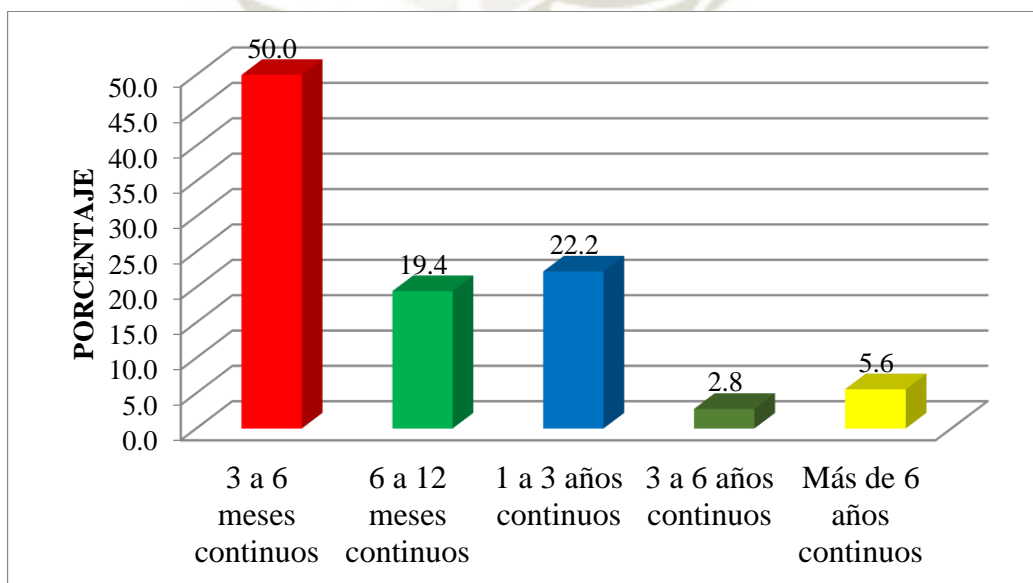
Tiempo máximo de consumo de tratamiento hormonal	Frecuencia	Porcentaje
3 a 6 meses continuos	36	50.0
6 a 12 meses continuos	14	19.4
1 a 3 años continuos	16	22.2
3 a 6 años continuos	2	2.8
Más de 6 años continuos	4	5.6
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 13 se observa que el tiempo promedio de consumo continuo de tratamiento hormonal es de 3 a 6 meses sin suspensión alguna.

**Gráfico N° 13**

**¿Cuál es el mayor tiempo que consumió usted el tratamiento hormonal sin haberlo suspendido?**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 14**

**PRÁCTICAS: Hormonas utilizadas para feminización en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

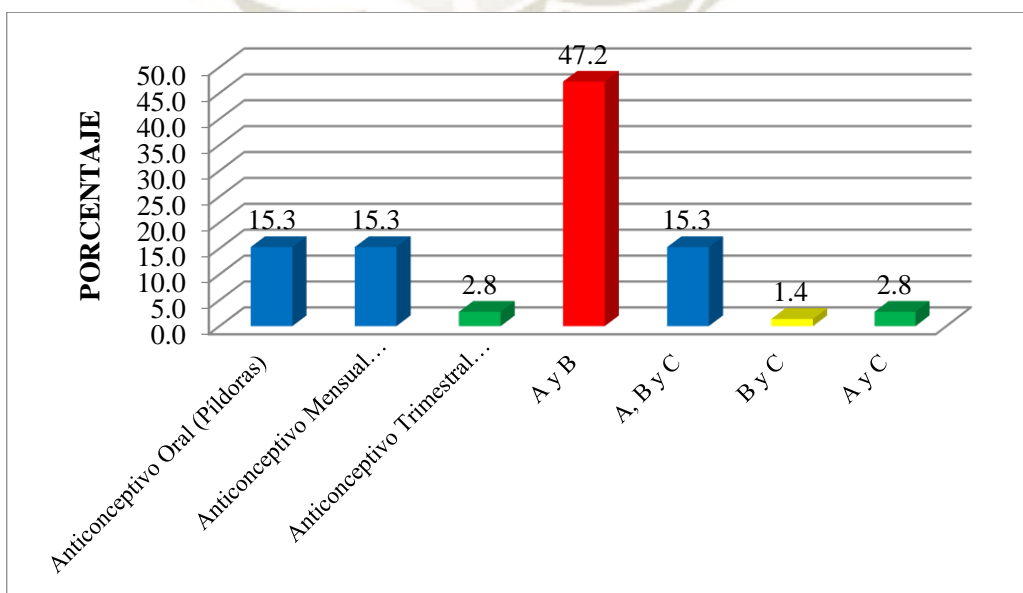
Hormonas utilizadas para feminización	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivo Oral (Píldoras)	11	15.3
Anticonceptivo Mensual (Intramuscular)	11	15.3
Anticonceptivo Trimestral (Intramuscular)	2	2.8
A y B	34	47.2
A, B y C	11	15.3
B y C	1	1.4
A y C	2	2.8
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 14 en su Mayoría usan los anticonceptivos combinados como son las píldoras y el inyectable mensual con un 47.2% de manera combinada.

**Gráfico N° 14**

**¿Qué hormonas utilizó o utiliza usted para feminizarse?**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 15**

**PRÁCTICAS: Hormona con mayores resultados de feminización en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

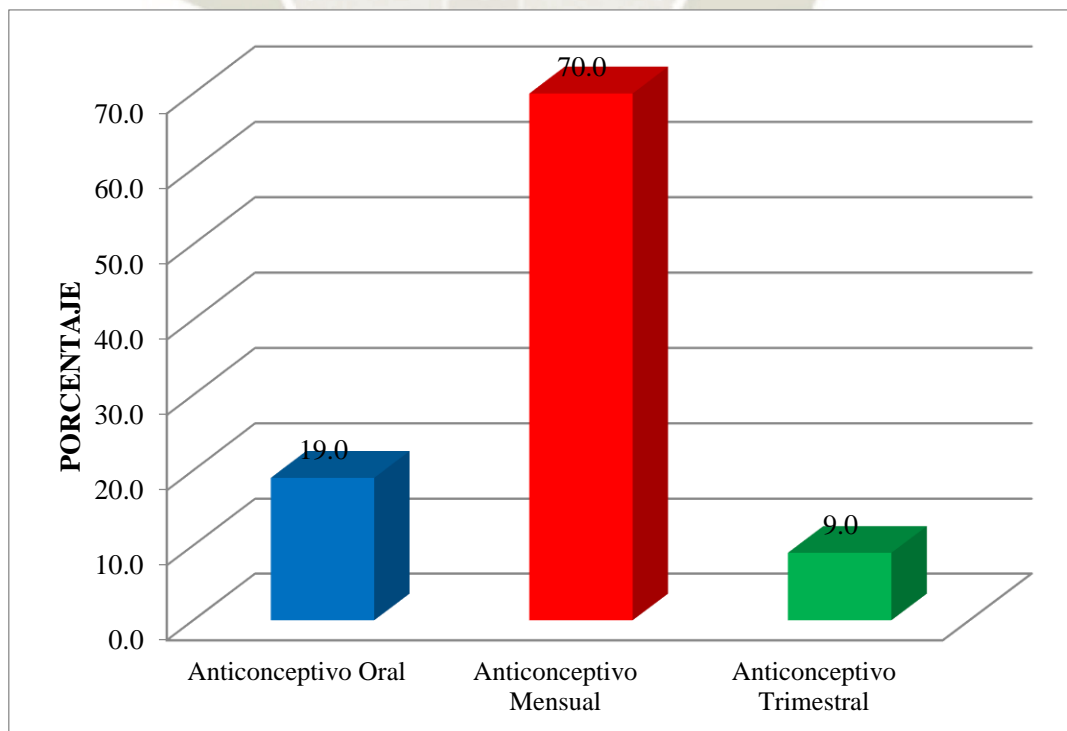
Hormona con mayores resultados de feminización	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivo Oral (Píldoras)	14	19.0
Anticonceptivo Inyectable Mensual	51	70.0
Anticonceptivo Inyectable Trimestral	7	9.0
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 15 se observa que la mayoría obtuvo mejores resultados con el Inyectable mensual con un 70.0% del total de población.

**Gráfico N° 15**

**Según usted ¿Con cuál hormona obtuvo mejores o mayores resultados de feminización?**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla N° 16**

**PRÁCTICAS: Frecuencia del control médico en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

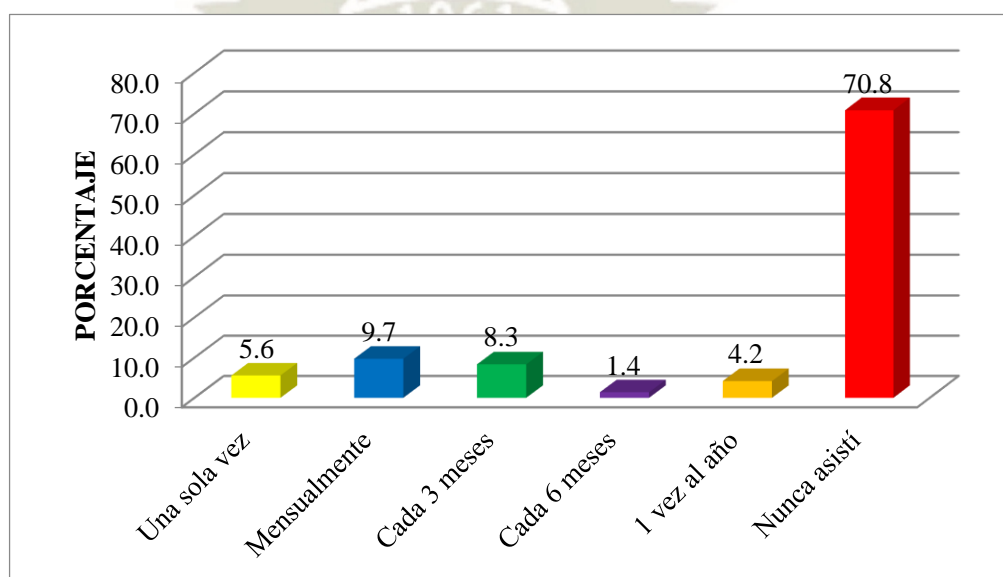
Frecuencia del control médico	Frecuencia	Porcentaje
Una sola vez	4	5.6
Mensualmente	7	9.7
Cada 3 meses	6	8.3
Cada 6 meses	1	1.4
1 vez al año	3	4.2
Nunca asistí	51	70.8
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 16 se observa que el 70.8% de la población encuestada no acudió nunca a un control médico por el consumo de hormonas que realiza, y se observa en menor cantidad población que si lo hace cada 6 meses con un 1.4%.

**Gráfico N° 16**

**En todo este tiempo consumiendo hormonas, ¿Con qué frecuencia usted acude a su control médico?**



**Fuente:** Elaboración propia.

Tabla N° 17

**PRÁCTICAS: Consumo de sustancias estimulantes en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

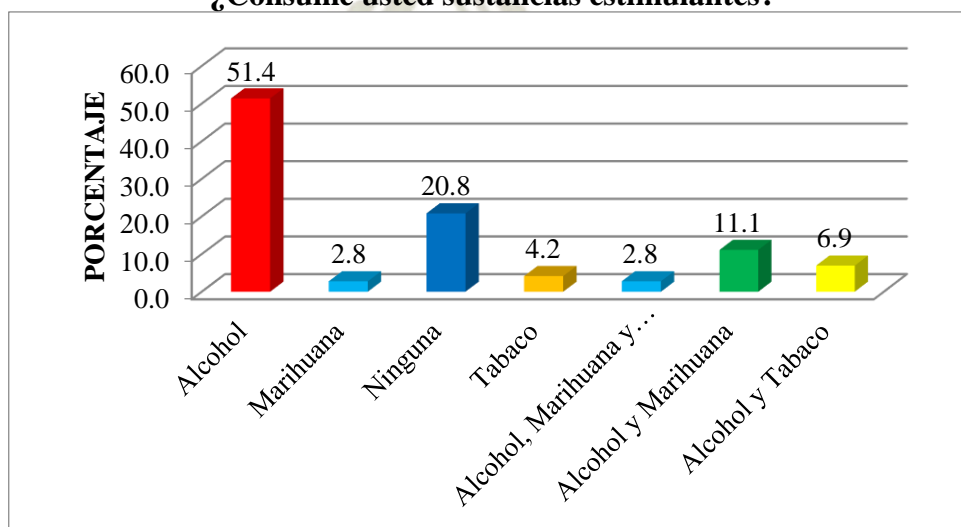
Consumo de sustancias estimulantes		Frecuencia	Porcentaje	
Alcohol		37	51.4	
Marihuana		2	2.8	
Ninguna		15	20.8	
Tabaco		3	4.2	
Más de 1 respuesta	Alcohol, Marihuana y Tabaco	2	2.8	20.8
	Alcohol y Marihuana	8	11.1	
	Alcohol y Tabaco	5	6.9	
<b>Total</b>		<b>72</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 17 se observa que la gran mayoría de los encuestados consume alcohol con un 51.4%; así como en cantidad menor sólo consumo de marihuana con un 2.8% de la población total. También observamos que aproximadamente la quinta parte de la población no consume ningún tipo de sustancia estimulante.

Gráfico N° 17

**¿Consumen usted sustancias estimulantes?**



Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N° 18**

**PRÁCTICAS: Efectos deseados percibidos durante el consumo de hormonas sexuales en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

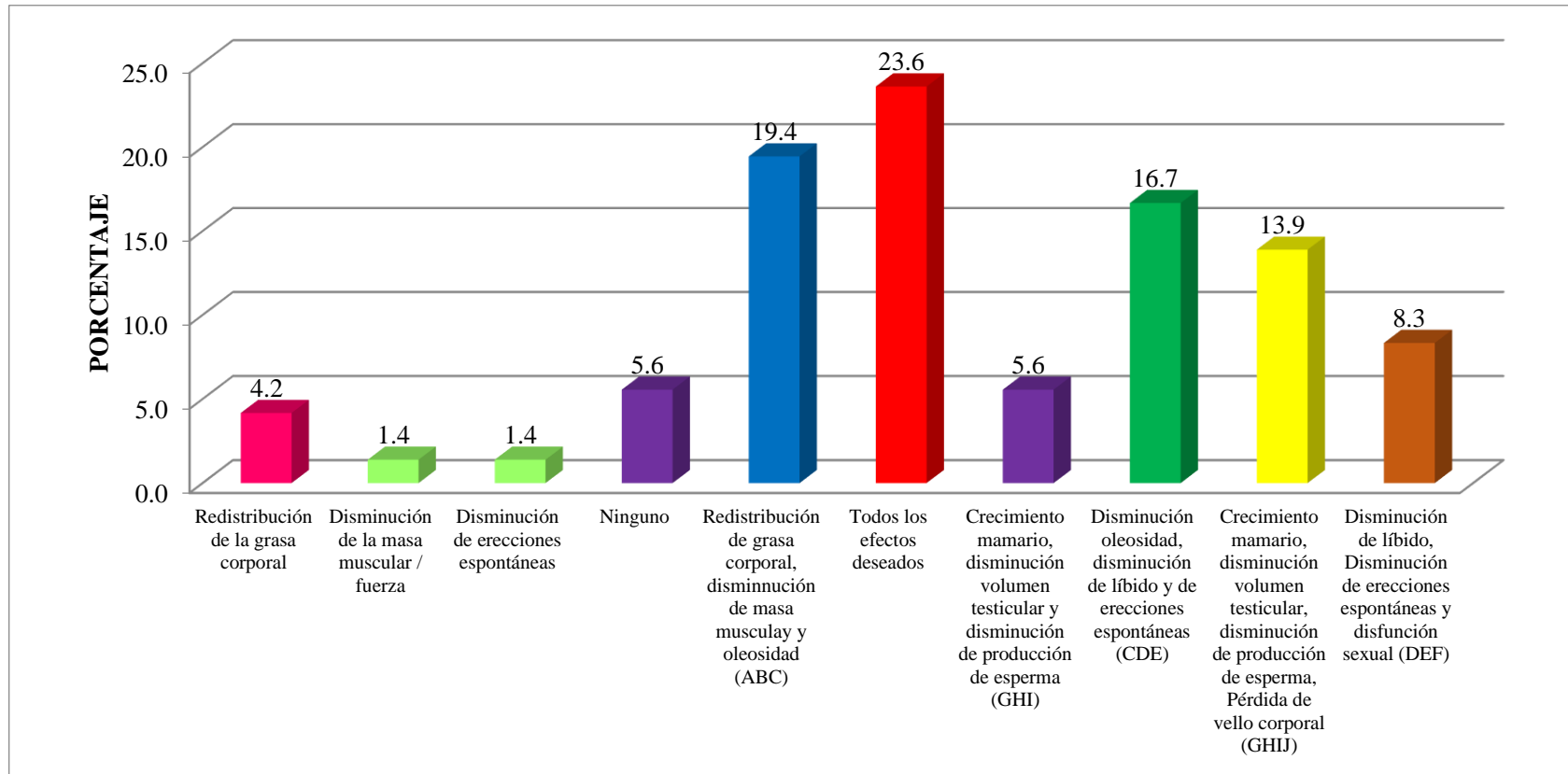
Percepción de efectos deseados		Frecuencia	Porcentaje
Redistribución de la grasa corporal		3	4.2
Disminución de la masa muscular / fuerza		1	1.4
Disminución de erecciones espontáneas		1	1.4
Ninguno		4	5.6
Más de 1 respuesta	Redistribución de grasa corporal, disminución de masa muscular y oleosidad (ABC)	14	19.4
	Todos los efectos deseados	17	23.6
	Crecimiento mamario, disminución volumen testicular y disminución de producción de esperma (GHI)	4	5.6
	Disminución oleosidad, disminución de lívido y de erecciones espontáneas (CDE)	12	16.7
	Crecimiento mamario, disminución volumen testicular, disminución de producción de esperma, Pérdida de vello corporal (GHIJ)	10	13.9
	Disminución de libido, Disminución de erecciones espontáneas y disfunción sexual (DEF)	6	8.3
<b>Total</b>		<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 18 se observa que en los efectos deseados obtuvieron más de uno de los efectos deseados con el consumo de hormonas sexuales con un 87.5% del total y no obtuvieron efecto deseado alguno en un 5.6%; siendo un 23.6% de la población encuestada los que obtuvieron todos los efectos deseados.

Gráfico N° 18

¿Qué efectos deseados usted ha percibido durante el consumo de hormonas sexuales femeninas?



Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N° 19**

**PRÁCTICAS: Percepción de efectos neurológicos y psiquiátricos durante el consumo de hormonas en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

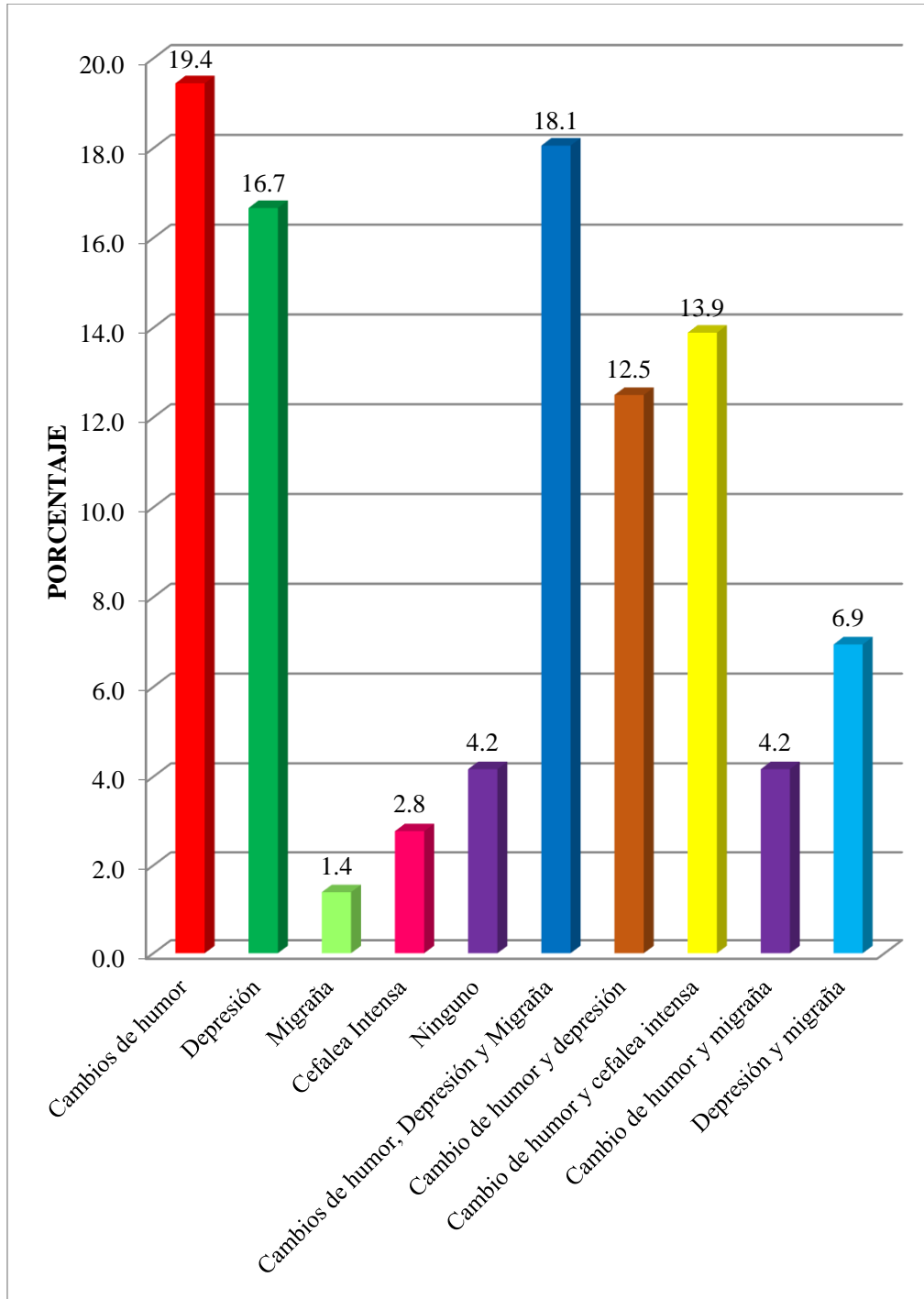
Percepción de efectos neurológicos y psiquiátricos		Frecuencia	Porcentaje
Cambios de humor		14	19.4
Depresión		12	16.7
Migraña		1	1.4
Cefalea Intensa		2	2.8
Ninguno		3	4.2
Más de 1 respuesta	Cambios de humor, Depresión y Migraña	13	18.1
	Cambio de humor y depresión	9	12.5
	Cambio de humor y cefalea intensa	10	13.9
	Cambio de humor y migraña	3	4.2
	Depresión y migraña	5	6.9
<b>Total</b>		<b>72</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 19 se observa que en efectos neurológicos y psiquiátricos obtuvieron más de dos a la vez con un 55.6% de los cuales predomina los cambios de humor con depresión y migraña 18.1% y sólo migraña un 1.4%.

Gráfico N° 19

¿Qué efectos neurológicos y psiquiátricos ha percibido usted durante el consumo de hormonas sexuales femeninas?



Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N° 20**

**PRÁCTICAS: Operaciones estéticas durante el tratamiento hormonal en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

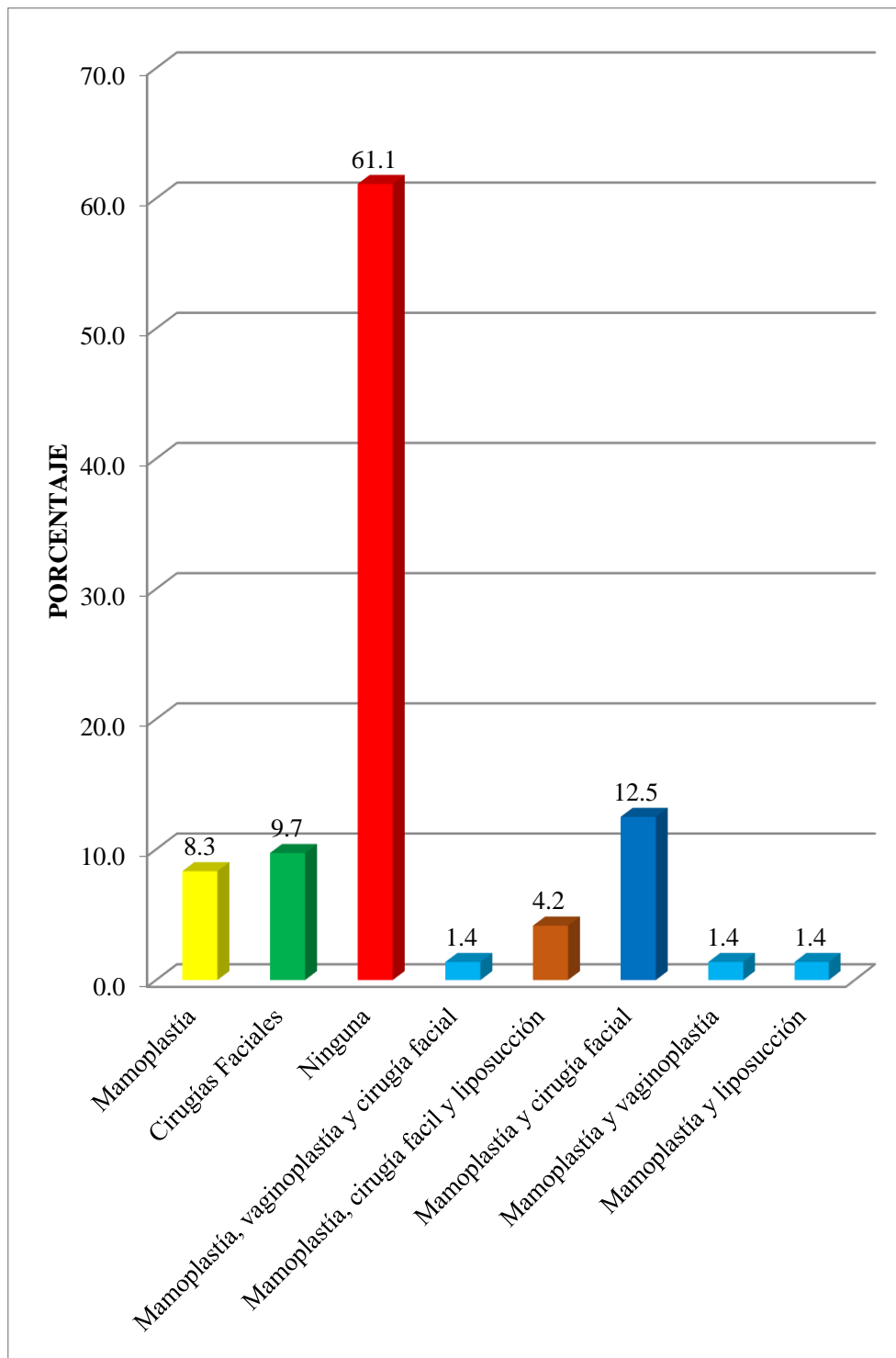
Operaciones estéticas		Frecuencia	Porcentaje	
Mamoplastía		6	8.3	
Cirugías Faciales		7	9.7	
Ninguna		44	61.1	
Más de 1 operación	Mamoplastía, vaginoplastía y cirugía facial	1	1.4	20.8
	Mamoplastía, cirugía facial y liposucción	3	4.2	
	Mamoplastía y cirugía facial	9	12.5	
	Mamoplastía y vaginoplastía	1	1.4	
	Mamoplastía y liposucción	1	1.4	
<b>Total</b>		<b>72</b>	<b>100.0</b>	

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 20 se observa que no se realizaron ningún tipo de operación estética un 61.1% de la población encuestada y en mínima cantidad se realizaron una mamoplastía con un 8.3% como operación única, pero dentro de las combinadas se observa en porcentaje más alto la mamoplastía con cirugía facial con un 12.5%.

Gráfico N° 20

¿Se ha realizado usted alguna operación estética durante el tratamiento hormonal?



Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N° 21**

**PRÁCTICAS: Procedimientos no médico-quirúrgicos durante el tratamiento hormonal en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo-Junio; Arequipa, 2019**

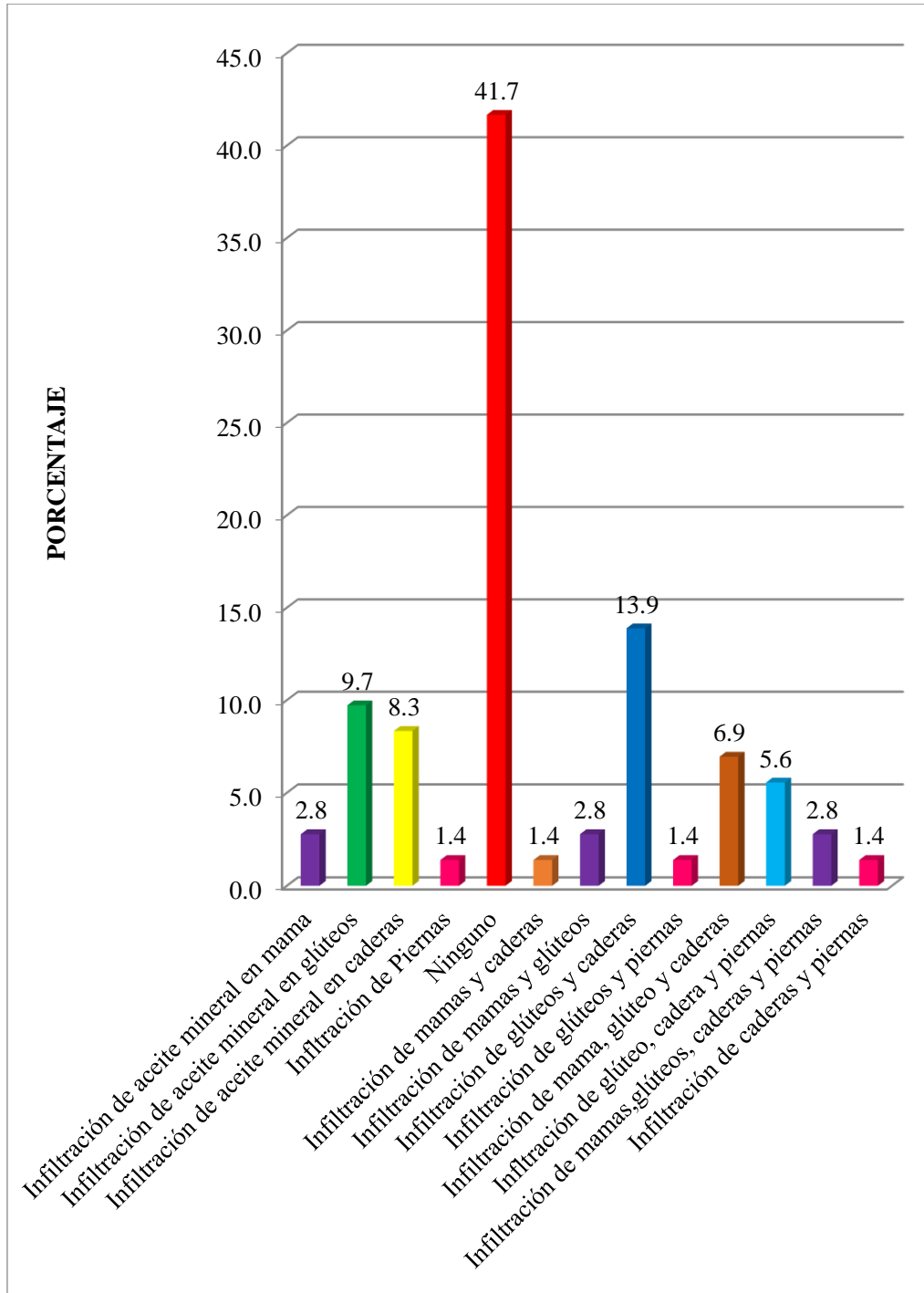
Procedimientos no médicos-quirúrgicos		Frecuencia	Porcentaje	
Infiltración de aceite mineral en mama		2	2.8	
Infiltración de aceite mineral en glúteos		7	9.7	
Infiltración de aceite mineral en caderas		6	8.3	
Infiltración de Piernas		1	1.4	
Ninguno		30	41.7	
Más de 1 infiltración	Infiltración de mamas y caderas	1	1.4	37.5
	Infiltración de mamas y glúteos	2	2.8	
	Infiltración de glúteos y caderas	10	13.9	
	Infiltración de glúteos y piernas	1	1.4	
	Infiltración de mama, glúteo y caderas	5	6.9	
	Infiltración de glúteo, cadera y piernas	4	5.6	
	Infiltración de mamas, glúteos, caderas y piernas	2	2.8	
	Infiltración de caderas y piernas	1	1.4	
<b>Total</b>		<b>72</b>	<b>100.0</b>	

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 21 que no se realizaron ningún tipo de procedimiento no médico- quirúrgico un 42.7% y en menor cantidad se realizaron infiltración de aceite mineral en mamas un 2.8%. En las infiltraciones en más de una zona predomina en glúteos con caderas con un 13.9%.

Gráfico N° 21

¿Se ha realizado usted algún procedimiento no médico- quirúrgico durante el  
tratamiento hormonal?



Fuente: Elaboración propia.

## DISCUSIÓN

Según las características sociodemográficas de la población en estudio, se logró evidenciar que el rango de edad se encuentra entre 18 a 30 años con un 51.4%, lo cual no concuerda con lo hallado por Sánchez y Col.(19) ya que la edad de estudio fluctuó entre 29 y 42 años; sin embargo si se encontró similitudes con lo hallado por Cabrera y Col.(1) donde indica que el 37,8% de su población se encuentra en las edades de 21 a 25 años y el 25% entre 26 y 30 años que son los más predominantes en su investigación; esto puede deberse a la buena calidad de atención del personal de la UAMP y se ve reflejado en la concurrencia de jóvenes trans a los consultorios de PROCETTS, Cabrera y Col(1) refiere que la etapa de la adultez es donde se consolida las capacidades físicas, fertilidad, vigor y proyecto de vida. Con respecto al estado civil predomina en un 75,0% el ser soltero, seguido de los convivientes con un 20,8% de la población total.

En cuanto al nivel de instrucción se dio a conocer que la población estudiada posee como mínimo secundaria completa con un 43,1%, lo cual concuerda con Sánchez y Col. (19) ya que el 70,6% de su población había completado estudios secundarios, al mismo tiempo también coincide con lo expuesto por Cabrera y Col.(1) que un 43% de su población culminó estudios secundarios, llegando a converger los tres estudios; según Cabrera y Col. (1) el aspecto de la educación nos da una radiografía social de la población estudiada, indicando un riesgo de salud, violencia, miseria y marginación social.

En lo que respecta a la ocupación, un 36,1% se dedica a la peluquería seguido de un 31,9% con oficio de trabajadoras sexuales lo cual no contrasta con Sánchez y Col. (19) ni con Cabrera y Col (1), ya que el 53,8% de la población de Sánchez y Col. (19) declaró ser trabajadoras sexuales y un 67% de la población de Cabrera y Col. (1) también manifestó ser exclusivamente trabajadoras sexuales; generalmente estos dos oficios son lo más escogidos por la población trans femenina y puede deberse a la falta de oportunidades que suele encontrar esta población al momento de obtener ingresos por medio de otras actividades económicas diferentes a la peluquería y al trabajo sexual, a su vez este dato puede constituir un indicador de exclusión y discriminación por parte de la sociedad.

Referente al nivel de conocimiento, la población estudiada obtuvo un 63,9% de conocimiento alto, seguido de un 30,6% de conocimiento medio, obteniendo puntajes más bajos en las reacciones adversas, Sánchez y Col. (19) indican que la población trans femenina

no se encuentra adecuadamente informada sobre la posología, eficacia, contraindicaciones y efectos adversos de los productos hormonales consumidos, lo cual la hace una población altamente vulnerable a omitir algunos efectos adversos o complicaciones médicas y se ve expresado en este estudio al tener un conocimiento alto pero las prácticas realizadas no son las adecuadas, esto contrastaría con los resultados obtenidos por Sánchez y Col.(19) respecto al nivel de conocimientos.

Según las prácticas en hormonoterapia se encontró que el 84,7% tuvo accesos de información mediante pares, familiares o conocidos coincidiendo con Sánchez y Col.(19) en un 64,9%; Cabrera y Col.(1) encontró que la principal fuente de recomendación para el uso de hormonas se debió en un 72% a pares, contrastando con nuestro estudio en un 48,6%, con respecto a este punto se puede deducir que esta población tiene cierto temor a acudir a un establecimiento de salud o profesional capacitado en este tema , como lo indica Sánchez y Col.(19), las personas que se auto hormonaban refirieron haber conseguido el tratamiento hormonal en la calle , por medio de las experiencias personales de sus iguales , sin la confirmación de un diagnóstico previo y sin la supervisión médica oportuna , se auto administraban hormonas frecuentemente por ensayo o error o dependiendo de su asequibilidad en el mercado.

La edad promedio de inicio de feminización de la población que acude a la Unidad de Atención Médica Periódica fluctúa entre los 18 a 30 años en un 95,8%, lo cual coincide con las características sociodemográficas de esta misma población vista en la tabla N°1, según Cabrera y Col. (1) el estudio realizado en San Salvador, el 37% empezó entre los 16 a 19 años y el 27% de los 12 a 15 años no encontrando similitudes con nuestro trabajo, esto posiblemente debido a la poco impacto que generan las estrategias de la Unidad de Atención Médica Periódica en la Zona Metropolitana de San Salvador; el 40,3% lleva consumiendo hormonas entre 1 a 3 años, similares resultados se encontraron en el estudio de Cabrera y Col. (1) donde el 32,0% lleva consumiendo las hormonas por tiempo similar; el 76,80% suspendió el tratamiento alguna vez según lo encontrado por Cabrera y Col. (1), lo cual no concuerda con nuestros hallazgos ya que el 51,40% indicó haber suspendido el tratamiento periódicamente, esto debido que el 50% ha sufrido efectos adversos, teniendo similitud con el estudio de Cabrera y Col. (1) en un 43%, con respecto a este punto debemos de recordar que sólo el 48,6% contestó correctamente en cuanto a este ítem en la tabla N° 5.

Según el tiempo máximo de consumo de tratamiento hormonal sin suspensión se vio en nuestro estudio que el 50,0% duró entre 3 a 6 meses continuos, Cabrera y Col. (1) indica que el 63% también lo viene utilizando menos de 6 meses, siendo los anticonceptivos orales (píldoras) e inyectables intramusculares (inyectable mensual) en un 47,2% los más utilizados por la población en estudio lo cual no concuerda con lo hallado por Cabrera y Col. (1) ya que indica que en mayor porcentaje se presentó el inyectable mensual en un 51,0% y los orales combinados en el 28,0%, similar a lo que encontró Sánchez y Col. (19) donde indica que el 47,1% utilizó Dihidroxiprogesterona y estradiol IM (inyectable mensual) seguido en menor porcentaje los anticonceptivos orales combinados en un 17,6%; siendo para los tres estudios el de mayor beneficio o con el que se obtuvo mejores resultados de feminización , el anticonceptivo inyectable intramuscular mensual en un 70,0% para nuestro estudio, para Sánchez y Col. (19) en un 47.1% y 51,0% para Cabrera y Col. (1), quien dice que el anticonceptivo inyectable mensual es una hormona combinada de estrógenos y progestágenos y nos recalca que el estrógeno es la hormona sexual por excelencia que da las características sexuales secundarias , razón por la cual es de preferencia.

Con respecto a la frecuencia con que acude al control médico el 70,8% de la población refirió que nunca asistió a un control médico, sin importar la presencia de efectos secundarios; Cabrera y Col. (1) indica que el 79% no buscó control médico, también Cabrera y Col. (1) manifiesta que el tercio de las entrevistadas necesitó asistencia médica por el uso de los anticonceptivos debido a los efectos adversos. Sánchez y Col. (19) refiere que una persona transexual afronta grandes dificultades en su entorno social, tales como discriminación y violencia, lo cual disminuye su autoestima y probablemente esté relacionado con el porcentaje llamativo en cuanto al consumo de alcohol ya que el 51,4% utiliza éste como sustancia estimulante, lo cual concuerda con Sánchez y Col.(19) en un 53,8%.

Dentro de los efectos deseados Sánchez y Col.(19) refiere que el cambio más frecuente fue el crecimiento de mamas en un 88,2% coincidiendo así con Cabrera y Col. (1) en un 28% como principal cambio físico reportado no concordando con nuestro estudio, ya que un 87,5% refirieron haber tenido más de un efecto deseado; dentro de los efectos neurológicos y psiquiátricos Cabrera y Col. (1) hace denotar que los cambios de estado de humor predominan en un 15% , acompañado de la cefalea intensa en un 9,7%, lo cual concuerda con lo hallado en nuestro estudio ya que la población refirió más de un efecto neurológico o psiquiátrico en un 55,6%, dándole más prioridad al cambio de humor, depresión y migraña,

debemos de recordar que por consiguiente estos resultados pueden estar relacionados al abuso de sustancias estimulante como el alcohol.

El 61,1% refirió no realizarse ninguna operación estética, seguido de un 20,8% que se realizó más de una operación, dentro de los cuales las más predominantes son mamoplastía y cirugía fácil en un 12,5%; en cuanto a los procedimientos no médico- quirúrgico, el 41,7% no se realizó ninguna infiltración coincidiendo con Cabrera y Col.(1) con un 65%; sin embargo el 37,5% de nuestra población se practicó más de un procedimiento no médico- quirúrgico, siendo la de mayor relevancia la infiltración en glúteos y caderas con un 13,9%; Cabrera y Col (1) refiere que en lo que respecta a la infiltración de aceite, el riesgo en la salud radica en que es una etnopráctica; las que utilizan reportaron en su mayoría efectos secundarios, pero que con tratamiento médico solucionaron las complicaciones, pero las que presentaron efectos adversos necesitaron aspirarse el aceite para mejorar su salud, el colocarse un cuerpo extraño en las áreas antes descritas puede provocar desde embolismo hasta shock por respuesta inmune, recordemos que dentro de lo hallado en nuestro estudio, la mayoría de esta población no acudía a un establecimiento de salud o a personal médico capacitado buscando información o tratamiento, lo cual la hace una población altamente vulnerable, que por su gran deseo de lograr el objetivo de la feminización no logra el costo – beneficio que conllevan estas intervenciones.

## CONCLUSIONES

- **Primera:** El nivel de conocimiento sobre hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Hospital Goyeneche en los meses de Mayo - Junio fue alto en un 63,9%.
- **Segunda:** Con respecto a las prácticas en hormonoterapia en la población trans femenina atendida en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Hospital Goyeneche se evidenció que sólo el 8,3% recibió prescripción médica, 48,6% indicó que quien le recomendó utilizar las hormonas fueron los mismos pares. La edad promedio de inicio de feminización fue entre los 18 a 30 años en un 95,8%, el 40,3% lleva consumiendo hormonas entre 1 a 3 años, el 51,4% suspende el tratamiento periódicamente esto debido que el 50% ha sufrido efectos adversos. Según el tiempo de consumo de tratamiento hormonal sin suspensión se vio que el 50,0% duró entre 3 a 6 meses continuos, siendo los anticonceptivos orales (píldoras) e inyectables intramusculares (inyectable mensual) en un 47,2% los más utilizados por la población en estudio, con respecto a la frecuencia con que acude al control médico el 70,8% nunca asistió a un control médico, el 61,1% no se realizó ninguna operación estética, sin embargo el 37,5% se practicó más de un procedimiento no médico- quirúrgico como la infiltración de aceite mineral en mamas, glúteos, caderas y piernas.

## RECOMENDACIONES

1. Al colegio de Obstetras de Arequipa se le recomienda la difusión de la Norma Técnica de salud para la atención integral de la Población Trans Femenina para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA, para la sensibilización en la temática de la diversidad sexual y la no discriminación o estigmatización de la población transgénero.
2. A la facultad de Obstetricia y Puericultura se le propone implementar dentro de la formación curricular, en el curso de Salud sexual y reproductiva, temas de identidad y expresión de género y que se incluya un adecuado enfoque sobre la diversidad sexual, para poder así aprender a tener el adecuado trato y la correcta consejería.
3. Al Ministerio de Salud se le sugiere realizar capacitaciones de sensibilización a todo el personal de salud en cuanto al trato con las personas que adoptan otra identidad de género para mejorar el acceso y la calidad de atención que reciben y de esta manera incluir a toda la población transexual al sistema de salud, abordando la salud de la mujeres transexuales de manera más integral y no solo enfocando el cuidado de la salud en la “salud sexual”, para poder así reducir los índices de morbimortalidad en esta población tan vulnerable.
4. Al personal de la Unidad de Atención Médica Periódica se le recomienda coordinar con las organizaciones transexuales en las estrategias que se vayan a implementar en un futuro, tanto en prevención y atención, ya que son estas las que mejor conocen la realidad de su población.
5. Al Ministerio de Salud se le recomienda trabajar más con el grupo etario de 18 a 30 años, ya que según nuestro estudio fue el rango de edad que más asistió a la Unidad de Atención Médica Periódica, ya que es una población joven donde se puede tener mayor accesibilidad para evitar daños mayores sobre hormonoterapia y disminuir así la transmisión de ITS- VIH/SIDA.
6. Al Ministerio de Salud se le propone realizar estudios con adolescentes, ya que es una población no estudiada debido a que se necesita un manejo y trato especial por ser menores de edad, detectando su incongruencia de género desde un principio para poder evitar el consumo de hormonas u otras prácticas de manera empírica.



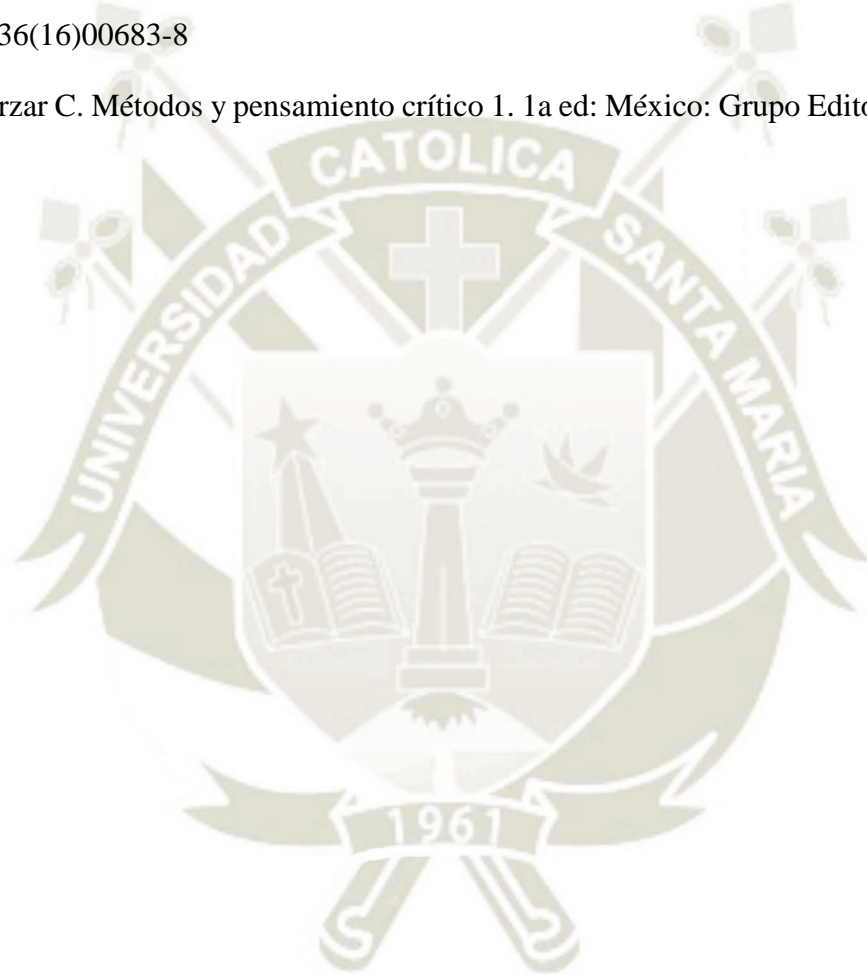
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

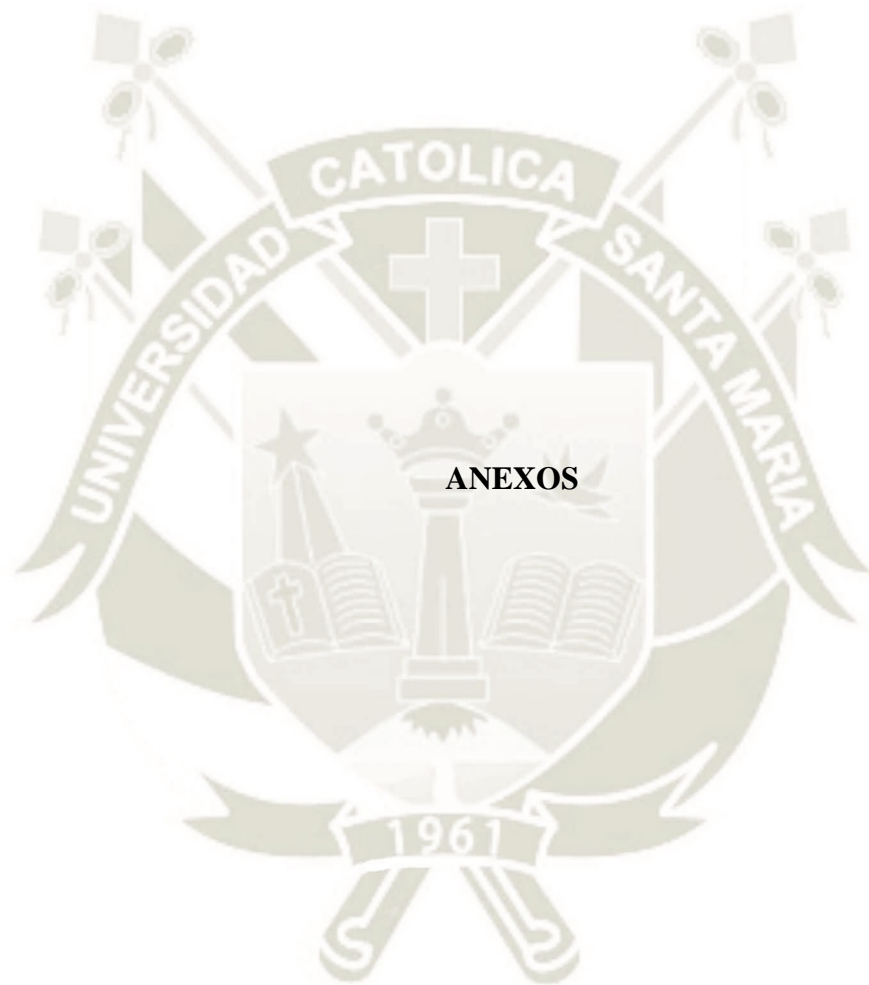
1. Aday A, Sandoval J, Ríos R, Cartes MA. Terapia Hormonal en la Transición Masculino a Femenino (MTF) ó transexual femenino o régimen de feminización. Parte II. Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Inf. Adol. 2017; Vol. XXIV (1)
2. Aday Arlette, Sandoval Jorge, Ríos Rafael, Cartes Alejandra, Salinas Hugo. Terapia hormonal en la transición femenina a masculina (ftm), androgénica, para trans masculina o para hombre transgénero. Rev. Chil. obstet ginecol. [Internet]. 2018 junio [citado 2019 marzo 05]; 83 (3): 318-328. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000300318&lng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000300318&lng=en). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000300319>.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
4. Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero. Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7ªEd. Estados Unidos: 2012
5. Bouman MB, Buncamper ME, van der Sluis WB, Meijerinck WJ. Total laparoscopic sigmoid vaginoplasty. *Fertil Steril* [Internet]. 2016 [Consultado 20 May 2019]; 106(7):e22-e23. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.049>
6. Bouman MB, van der Sluis WB, Buncamper ME, Özer M, Mullender MG, Meijerink WJ. Vaginoplastia sigmoidea laparoscópica total primaria en mujeres transgénero con hipoplasia penoscrotal: un estudio prospectivo de cohorte de resultados quirúrgicos y seguimiento de 42 pacientes. *Plast Reconstr Surg*[Internet]. 2016[Consultado 20 May 2019]; 138 (4): 614e–623e. Disponible en: DOI:10.1097/PRS.0000000000002549
7. Bouman MB, van Zeijl MC, Buncamper ME, Meijerink WJ, van Bodegraven AA, Mullender MG. Intestinal vaginoplasty revisited: a review of surgical techniques, complications, and sexual function. *J Sex Med*[Internet]. 2014 [Consultado 20 May 2019]; 11 (7): 1835–1847. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jsm.12538>
8. Cabrera Quezada J, Parada Barraza L. Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona metropolitana de San Salvador, Noviembre 2008 – Febrero 2009 [Tesis]. San Salvador: Universidad de El Salvador. Facultad de Medicina; 2009.

9. Cécile A. Unger. Care of the transgender patient: the role of the gynecologist. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. [Internet]. January 2014 [citado 2019 marzo 05]; Volume 210, Issue 1: Pages 16-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.05.035>
10. Gómez-Gil E, Simulionyte E, Balcells-Oliveró M, Valdés M, Salamero M, Guillamón A, et al. Patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en personas transexuales. *Adicciones* [Internet] 2018 diciembre. [Acceso 07 de mayo de 2019]; XX(X).Disponible en: <https://doi.org/10.20882/adicciones.945>
11. Gooren L. Hormone Treatment of the Adult Transsexual Patient. *Horm Res* [Internet].2005 [Consultado 20 May 2019]; 64(suppl 2):31-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000087751>
12. Marta Borraz. La OMS dejará de considerar la transexualidad un trastorno, pero pasará a llamarla "incongruencia de género". *El Diario.es*. Martes 31 de enero del 2017.
13. Medina Chávez M. Conocimientos y actitudes sobre epilepsia de los usuarios de la micro red de salud Socabaya. Arequipa, 2017 [Tesis de Maestría]. Arequipa, Perú. Universidad Católica de Santa María, 2017.
14. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la prevención y control de las infecciones de Transmisión Sexual y el VIH /SIDA. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2016.
15. Mora Palma C, Guerrero Fernández J, Itza Martín N, Ortiz Villalobos A, Gonzáles Casado I. Cambios físicos y analíticos en menores transexuales bajo tratamiento médico. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* [Internet] 2017 [acceso 07 de mayo de 2019]; 8(3):29-39. Disponible en: Doi. 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2017.Dec.437
16. Organización Mundial de la Salud & UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
17. Organización Mundial de la Salud. Gender, Women and Health: What do We Mean by "Sex" and "Gender". Organización Mundial de la Salud; 2014.

18. Peralta KJ, Espitia N. Uso de modelantes estéticos, como proceso de la transformación corporal de mujeres transgeneristas. Tabula Rasa [Internet]. 2013 [cited 2019-05-20]; n.19:pp.281-300. Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-24892013000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892013000200013&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1794-2489.
19. Puig Domingo M, Halperin Rabinovich I. Papel del endocrinólogo en el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad. C. Med. Psicosom [Internet] 2006 [consultado 07 de mayo de 2019]; N°78. Disponible en: [http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Medico\\_endocrinotratamiento.pdf](http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Medico_endocrinotratamiento.pdf)
20. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23° Ed. Madrid: Espasa; 2014 [acceso 06 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
21. Rojas Vásquez I. Nivel de Conocimiento sobre el Aborto en adolescentes del 5° secundaria del Colegio Nacional de Iquitos: Noviembre 2017 [Tesis]. Iquitos, Perú: Universidad Científica del Perú. Facultad de Obstetricia; 2017.
22. Rosental M, Iudin P. Diccionario filosófico. Ciudad de La Habana: Editora Política; 1973.
23. Sánchez Sixto, Casquero Jorge, Chávez Susana, Liendo George. Características y efectos del uso de hormonas femeninas en transexuales masculinos en Lima, Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2014 Oct [citado 2019 Mar 05]; 75(4): 313-318. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832014000400003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000400003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i4.10844>.
24. Uptodate. [Internet]. Uptodate Waltham, Massachusetts. 2019 [**junio 2018; may 2019**]. **Disponible en:** [https://www.uptodate.com/contents/transgender-surgery-male-to-female?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/transgender-surgery-male-to-female?source=history_widget)
25. UpToDate. Mujeres transgénero: evaluación y gestión [base de datos en internet]. UpToDate: Kathryn A Martin, MD; [actualizada el 22 de agosto de 2018; acceso 07 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management?search=suspension%20de%20hormonas%20en%20transexuales&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H15570543](https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management?search=suspension%20de%20hormonas%20en%20transexuales&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H15570543)

26. Wierckx K, Gooren L, T'Sjoen G. Clinical review: Breast development in trans women receiving cross-sex hormones. *J Sex Med* [Internet]. 2014 [Consultado 20 May 2019]; 11(5): 1240-1247. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jsm.12487>
27. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, Wylie K. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* [Internet]. 2016 June [citado 2019 mayo 05]; 388(10042): 390-400. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
28. Zarzar C. *Métodos y pensamiento crítico 1*. 1a ed: México: Grupo Editorial Patria; 2015.





**ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

**TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: “CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN HORMONOTERAPIA EN LA POBLACIÓN TRANS FEMENINA ATENDIDA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ EN EL MES DE MAYO-JUNIO, AREQUIPA, 2019”**

**INVESTIGADORAS RESPONSABLE:**

**Bachiller. García Cutire, Názaret Cesiah**

**Bachiller. Barreda Mamani, Milagros Aldy**

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito determinar cuáles son los conocimientos y usos que presentan la población trans femenina en la UAMP del Hospital Goyeneche. Al participar en este estudio, tengo total conocimiento de los objetivos de éste y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier duda con respecto a mi participación deberá ser contestada por las investigadoras.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

---

Firma del (la) participante

---

Firma del Encuestador

## ANEXO 2: INSTRUMENTO

### UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

#### FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

**“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN HORMONOTERAPIA EN LA POBLACIÓN TRANS FEMENINA ATENDIDA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA DEL HOSPITAL GOYENCHE EN LOS MESES DE MAYO – JUNIO, AREQUIPA, 2019”**

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### I. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Edad
  - 18-30 ( )
  - 31-40 ( )
  - 41-50 ( )
  - 51-60 ( )
2. Estado Civil
  - Soltera ( )
  - Casada ( )
  - Conviviente ( )
  - Divorciada ( )
  - Viuda ( )
3. Nivel de instrucción
  - Analfabeta ( )
  - Primaria Incompleta ( )
  - Primaria Completa ( )
  - Secundaria Incompleta ( )
  - Secundaria Completa ( )
  - Superior Técnico Incompleto ( )
  - Superior Técnico Completo ( )
  - Superior Universitario Incompleto ( )
  - Superior Universitario Completo ( )
4. Ocupación
  - Trabajo sexual ( )

- Peluquería ( )
- Comercio ( )
- Dependiente ( )
- Ninguno ( )
- Otros ( )

## II. CONOCIMIENTOS EN HORMONOTERAPIA

1. Marque usted, ¿Qué indicaciones son las correctas para iniciar el tratamiento hormonal?

- a) No tener contraindicaciones médicas, haber tenido relaciones sexuales, tener un tamaño promedio del miembro masculino mayor a 12.5.
- b) Ser mayor de 18 años, no tener contraindicaciones médicas, capacidad para tomar una decisión plenamente informada y de consentir el tratamiento.
- c) Haber tenido relaciones sexuales con ambos sexos, haberse realizado como mínimo 1 operación quirúrgica.
- d) Tener la aprobación y el consentimiento de la pareja, tener seguro social (EsSalud) o seguro integral de salud (SIS).

2. Marque usted, ¿Qué contraindicaciones conoce sobre el tratamiento hormonal?

- a) Hipertensión arterial, Cáncer de mama, Enfermedad tromboembólica, Obesidad mórbida
- b) Conjuntivitis, Hipertensión arterial, Acné severo, hipertriosis.
- c) Infecciones respiratorias, Pre eclampsia, Infecciones bacterianas.
- d) Catarata en el ojo izquierdo, Embarazo múltiple, Obesidad mórbida.

3. Marque usted, ¿Qué tipos de hormonas conoce?

- a) Antidepresivos, Estrógenos, antirretrovirales.
- b) Tocolíticos, Antieméticos, Antidepresivos.
- c) Gonadotrofinas, Oxitócicos, Anti andrógenos.
- d) Estrógenos, Anti andrógenos, Progestágenos.

4. Marque usted: ¿Cuáles son las vías correctas de administración de las hormonas?

- a) Intramuscular, Oral, transdérmico.
- b) Sublingual, Endovenosa, Oftálmica.
- c) Nasal, Intracardiaca, Oral
- d) Endovenosa, Intramuscular, Rectal.

5. Marque usted: ¿Cuáles son los efectos físicos que se logra con el tratamiento hormonal?
  - a) Vaginoplastía, Aumento del tamaño del miembro masculino, Crecimiento mamario.
  - b) Disminución de la masa muscular, Redistribución de la grasa corporal, Disminución de erecciones espontaneas.
  - c) Aumento de labios, Vaginoplastía, Disminución del volumen testicular.
  - d) Aumento del tamaño del miembro masculino, Eliminación de los escrotos, Suavización de la piel.
  
6. Marque usted: ¿Cuáles son los efectos neurológicos o psiquiátricos que puede causar el tratamiento hormonal?
  - a) Enfermedad Cardiovascular, Migraña, Ansiedad
  - b) Esquizofrenia, Depresión, Náuseas y vómitos
  - c) Cambios de humor, Depresión, Migraña
  - d) Esquizofrenia, Cálculos Biliares, Várices
  
7. Marque usted: ¿Cuáles son los riesgos que conozca al usar hormonas?
  - a) Aumento de erección espontánea, Infecciones respiratorias, SIDA.
  - b) Cálculos biliares, Aumento de peso, Cáncer de mama, Hipertensión arterial.
  - c) Crecimiento desacelerado del vello corporal, Hiperprolactinemia, Disminución de la grasa corporal.
  - d) Aumento de peso, SIDA, Conjuntivitis, Enfermedad cardiovascular.
  
8. Marque usted ¿Cuáles son las reacciones adversas que se pueden dar en el proceso de feminización?
  - a) Cambios en la presión arterial, Cefalea, Sensibilidad mamaria, Aumento del peso corporal.
  - b) Anemia, Perdida del peso corporal, Cefalea, Vómitos.
  - c) Mareos, Somnolencias, Diarreas, Bochornos.
  - d) Hiperhidrosis, Dificultad para respirar, Aumento del peso corporal, Vómitos.

### III. PRÁCTICAS EN HORMONOTERAPIA EN POBLACIÓN TRANS

1. ¿Cuál es la vía de acceso de información por la cual usted adquirió información sobre Hormonoterapia?
  - a) Prescripción médica
  - b) Auto investigación
  - c) Pares (amigos, familiares, conocidos, etc.)
2. ¿A qué edad comenzó usted a consumir hormonas para feminizarse?
 

- 18 – 30 <input type="checkbox"/>	- 51 – 60 <input type="checkbox"/>
- 31 – 40 <input type="checkbox"/>	- Más de 60 años <input type="checkbox"/>
- 41 – 50 <input type="checkbox"/>	
3. ¿Quién le recomendó a usted las hormonas?
 

- 18 – 30 <input type="checkbox"/>	- 51 – 60 <input type="checkbox"/>
- 31 – 40 <input type="checkbox"/>	- Más de 60 años <input type="checkbox"/>
- 41 – 50 <input type="checkbox"/>	
4. ¿Cuánto tiempo viene consumiendo usted hormonas?
 

- Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	- 7 a 9 años <input type="checkbox"/>
- 1 a 3 años <input type="checkbox"/>	- Mayor a 10 años <input type="checkbox"/>
- 4 a 6 años <input type="checkbox"/>	
5. ¿Alguna vez usted ha suspendido el tratamiento hormonal?
 

- 1 sola vez <input type="checkbox"/>	- Nunca lo he suspendido <input type="checkbox"/>
- Periódicamente <input type="checkbox"/>	
6. ¿Cuál fue el motivo de la suspensión de hormonas?
 

- Efectos Adversos <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?: _____; _____
- Economía <input type="checkbox"/>	
- Satisfacción de efectos <input type="checkbox"/>	
- Uso de drogas y alcohol <input type="checkbox"/>	
- Enfermedad propia <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?: _____; _____
- Nunca las ha suspendido <input type="checkbox"/>	
7. ¿Cuál es el mayor tiempo que consumió usted el tratamiento hormonal sin haberlo suspendido?
 

- 3 a 6 meses continuos <input type="checkbox"/>	- 3 – 6 años continuos <input type="checkbox"/>
- 6 a 12 meses continuos <input type="checkbox"/>	- Más de 6 años continuos <input type="checkbox"/>
- 1 a 3 años continuos <input type="checkbox"/>	

8. ¿Qué hormonas utilizo o utiliza usted para feminizarse? Puede marcar más de una opción:
- Anticonceptivo Oral (Píldoras)
  - Anticonceptivo Mensual (Intramuscular)
  - Anticonceptivo Trimestral (Intramuscular)
  - A y B
  - A, B, C
  - B y C
  - A y C
9. Según usted ¿Con cuál hormona obtuvo mejores o mayores resultados de feminización?
- Anticonceptivo Oral
  - Anticonceptivo Mensual
  - Anticonceptivo Trimestral
10. En todo este tiempo consumiendo hormonas, ¿Con qué frecuencia usted acude a su control médico?
- Una sola vez  - Cada 6 meses
  - Mensualmente  - 1 vez al año
  - Cada 3 meses  - Nunca asistí
11. ¿Consume usted sustancias estimulantes? , de ser así , marque la sustancia que consume, puede marcar más de una opción:
- Alcohol  - Tabaco
  - Marihuana  - Heroína
  - Ninguna  - Otros
12. ¿Qué efectos deseados usted ha percibido durante el consumo de hormonas sexuales femeninas? Puede marcar más de una opción:
- Redistribución de la grasa corporal
  - Disminución de la masa muscular /fuerza
  - Suavización de la piel / disminución de la oleosidad
  - Disminución de la libido (apetito sexual)
  - Disminución de erecciones espontáneas
  - Disfunción sexual masculina (eyaculación precoz)
  - Crecimiento mamario
  - Disminución del volumen testicular
  - Disminución de la producción de esperma (semen)

- Pérdida y crecimiento desacelerado del vello corporal o facial ( )
  - Ninguno ( )
13. ¿Qué efectos neurológicos y psiquiátricos ha percibido usted durante el consumo de hormonas sexuales femeninas? Puede marcar más de una opción:
- Cambios de humor, ¿Cuál?:\_\_\_\_\_ ( )
  - Depresión ( )
  - Migraña ( )
  - Prolactinoma (Disminución de la vista) ( )
  - Cefalea intensa ( )
  - Ninguno ( )
  - Otros ( )
- ¿Cuál?:\_\_\_\_\_
14. ¿Se ha realizado usted alguna operación estética durante el tratamiento hormonal? Puede marcar más de una opción:
- Mamoplastía ( ) - Liposucción ( )
  - Vaginoplastía ( ) - Ninguna ( )
  - Cirugías Faciales ( ) - Otros ( )
15. ¿Se ha realizado usted algún procedimiento no médico- quirúrgico durante el tratamiento hormonal? Puede marcar más de una opción:
- Infiltración de aceite mineral en mama ( )
  - Infiltración de aceite mineral en glúteos ( )
  - Infiltración de aceite mineral en caderas ( )
  - Infiltración de aceite mineral en piernas ( )
  - Ninguno ( )

### Conocimiento en Hormonoterapia

#### Respuestas:

- **Pregunta 1: “B”**
- **Pregunta 2: “A”**
- **Pregunta 3: “D”**
- **Pregunta 4: “A”**
- **Pregunta 5: “B”**
- **Pregunta 6: “C”**
- **Pregunta 7: “B”**
- **Pregunta 8: “A”**

### ANEXO 3: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La consistencia interna del instrumento fue validado mediante el Coeficiente de Kuder – Richardson:

$$r_{20} = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( \frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

K = Número de Ítems del instrumento

p= Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

q= Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

$\sigma^2$  = Varianza total del instrumento

CONOCIMIENTO										
Coeficiente de Kuder – Richardson										
Encuestado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8		
E1	1	1	1	0	1	1	1	1		7
E2	0	0	0	0	0	0	0	0		0
E3	1	1	1	0	0	0	0	0		3
E4	1	1	1	1	0	1	1	1		7
E5	0	1	0	0	0	0	0	0		1
E6	1	1	1	1	1	1	1	0		7
E7	1	0	0	0	0	1	0	0		2
E8	0	1	0	1	0	0	1	0		3
E9	1	0	0	1	1	0	0	0		3
E10	1	1	0	1	0	0	0	1		4
P=	0.70	0.70	0.40	0.50	0.30	0.40	0.40	0.30	VT	6.46
q=(1-p)	0.30	0.30	0.60	0.50	0.70	0.60	0.60	0.70		
p.q=	0.21	0.21	0.24	0.25	0.21	0.24	0.24	0.21	1.81	

**KR(20)** 0.79957927

<b>PRACTICAS EN HORMONOTERAPIA</b>																	
Coeficiente de Kuder – Richardson																	
Encuestado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15		Puntaje Total (xi)
E1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		15
E2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		15
E3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		15
E4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1		12
E5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		15
E6	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1		13
E7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		15
E8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		15
E9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1		13
E10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		15
P=	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.90	0.80	0.90	0.90	0.90	1.00	1.00	0.90	1.00	VT	1.34
q=(1-p)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.20	0.10	0.10	0.10	0.00	0.00	0.10	0.00		
p.q=	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09	0.16						0.09	0.00	0.34	

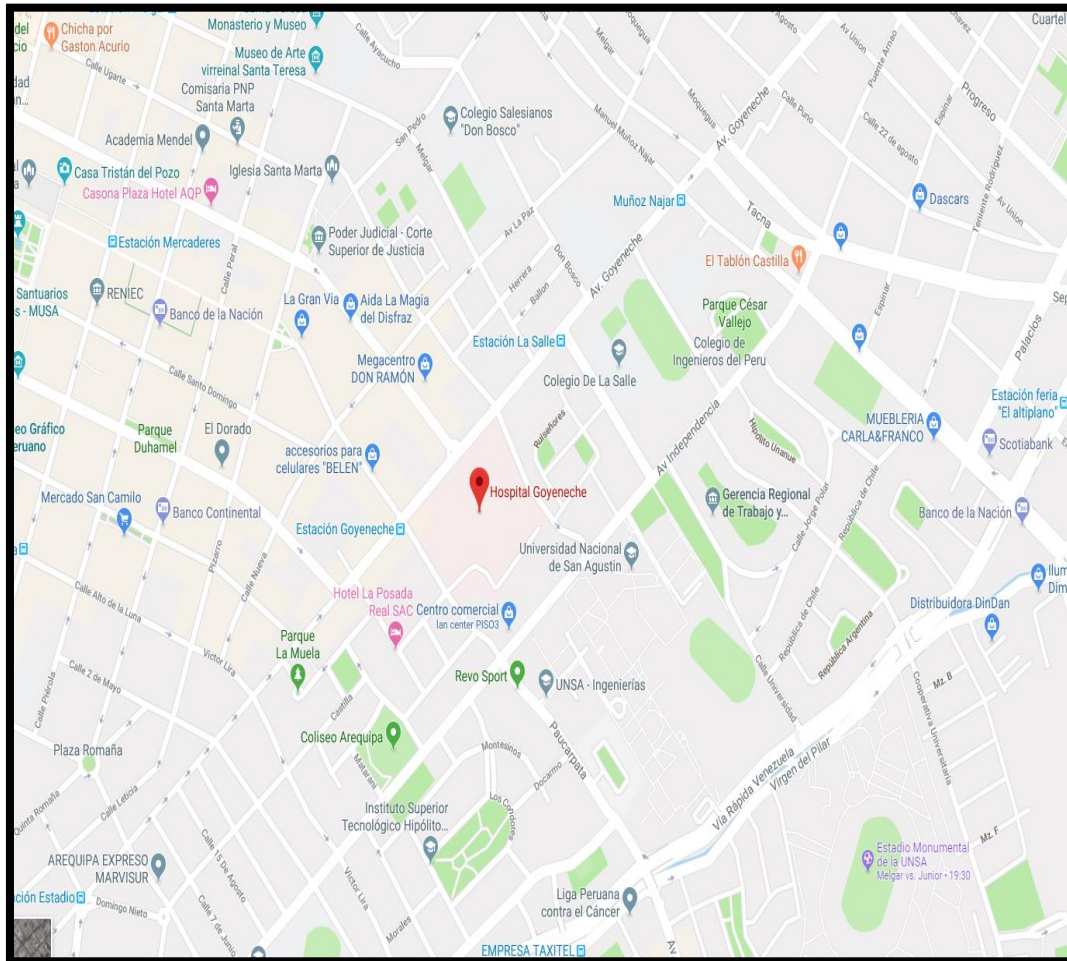
**KR(20) 0.83011938**

Se consideró la siguiente categorización del coeficiente de confiabilidad:

**0,8- 1 ELEVADO**  
**0,6-0,8 ACCEPTABLE**  
**0,4-0,6 REGULAR**  
**0,2-0,4 BAJO**  
**Menor de 0,2 MUY BAJO**

Como se puede apreciar se obtuvieron puntajes dentro de los rangos de “aceptable para los ítems de conocimiento” y “elevado para prácticas” los cuales son buenos indicadores de confiabilidad y consistencia interna.

## ANEXO 4: DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR



**HOSPITAL GOYENECHÉ**



**ANEXO 5: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN**

ID	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				CONOCIMIENTOS EN HORMONOTERAPIA								PRÁCTICAS EN HORMONOTERAPIA														
	EDAD	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
1	1	3	8	1	1	1	4	1	3	3	2	1	3	1	1	3	1	1	3	4	2	6	2	12	8	7	6
2	1	1	7	3	2	1	4	1	2	3	2	2	3	1	3	1	3	2	2	2	3	3	4	12	8	5	5
3	2	1	8	2	1	1	1	1	1	3	4	2	3	1	1	1	1	1	2	1	1	6	3	1	1	5	5
4	1	1	5	2	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	1	1	2	1	1	4	2	6	3	12	2	5	5
5	1	3	4	3	2	1	2	1	2	3	2	1	3	1	1	2	1	2	1	3	3	6	3	12	8	5	2
6	1	1	5	2	2	1	4	1	2	3	2	3	3	1	1	1	1	2	1	2	2	6	1	11	1	5	5
7	2	1	5	1	2	1	1	1	2	3	3	1	3	1	4	1	2	1	1	4	2	6	1	12	8	5	6
8	1	1	5	2	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	6	1	11	1	5	5
9	2	1	5	1	2	1	4	1	2	3	2	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	6	7	12	8	5	6
10	1	1	3	1	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	1	2	2	2	1	4	2	2	1	12	8	7	6
11	1	4	8	1	1	1	4	1	3	3	2	1	3	1	1	3	1	1	3	4	2	6	2	12	8	7	6
12	3	1	5	3	2	1	4	1	2	3	2	1	1	3	2	2	3	6	3	1	2	5	3	12	2	5	5
13	4	1	5	3	2	1	4	1	2	3	2	1	1	4	2	2	3	6	3	1	1	5	3	12	2	5	5
14	2	1	5	4	2	2	4	1	3	1	3	3	3	1	1	1	2	2	1	1	1	6	1	12	5	5	5
15	1	1	5	1	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2	3	12	8	7	6
16	2	1	6	1	1	2	3	2	2	1	2	3	1	1	1	2	2	1	1	4	2	6	3	12	1	1	2
17	1	3	4	3	2	1	2	1	2	3	2	1	3	1	1	2	1	2	1	3	3	6	3	12	8	5	2
18	1	1	3	1	2	1	4	1	2	3	2	1	1	1	2	3	2	1	1	1	1	2	3	5	3	7	6
19	2	1	4	1	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	1	2	2	1	1	4	2	6	1	12	6	5	6

20	1	1	5	1	2	1	4	1	2	3	2	1	2	1	4	2	2	1	2	2	2	3	7	1	2	5	5
21	1	1	7	4	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	1	2	3	2	3	4	2	6	1	12	8	5	5
22	1	1	5	2	2	1	4	1	2	1	2	2	3	1	1	1	2	1	1	4	2	6	3	12	2	5	5
23	3	1	2	1	2	1	2	1	2	3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	4	2	6	1	12	8	5	6
24	1	1	6	5	3	3	4	1	2	1	3	1	3	1	1	1	2	2	1	1	1	6	3	11	1	5	5
25	1	1	5	1	2	1	4	1	2	3	2	1	2	1	4	2	2	1	2	2	2	3	7	1	2	5	5
26	2	1	4	1	1	1	1	1	2	1	3	1	3	1	1	1	2	3	5	2	2	6	1	12	1	3	6
27	1	1	5	1	1	1	1	1	3	3	2	1	3	1	1	5	3	2	5	1	1	2	7	2	2	7	6
28	1	1	5	4	2	1	3	1	4	3	3	2	3	1	1	1	3	6	2	6	2	6	1	12	8	5	5
29	2	1	6	4	2	1	4	1	2	1	2	2	3	1	4	4	2	1	3	5	2	6	1	12	8	5	5
30	2	1	5	2	2	1	4	1	3	3	2	3	3	1	4	1	1	5	1	4	2	1	3	12	1	5	5
31	1	1	5	2	2	1	4	1	2	1	2	3	3	1	4	3	2	1	2	5	2	6	1	12	8	5	5
32	1	3	8	1	2	1	1	1	2	3	2	1	3	1	5	2	1	4	1	4	2	6	1	12	2	5	3
33	3	4	6	2	2	1	4	1	2	3	2	4	3	1	5	5	2	1	2	4	2	6	1	12	5	3	3
34	1	1	7	4	2	1	4	1	2	3	2	3	3	1	5	2	1	1	1	5	2	6	7	12	8	5	5
35	2	1	7	2	1	1	1	1	3	1	2	1	3	1	4	2	3	6	3	4	2	6	1	12	8	3	5
36	1	1	7	2	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	1	2	1	1	3	4	2	5	1	12	8	1	6
37	2	1	5	3	2	1	4	1	4	2	2	3	3	1	1	4	2	1	1	5	2	1	7	12	2	5	6
38	1	1	6	2	2	2	1	1	2	3	2	3	3	1	4	1	3	6	2	4	2	6	7	12	2	7	6
39	2	3	5	1	2	1	1	1	4	1	2	2	3	1	4	2	1	2	2	5	2	1	1	12	1	7	6
40	2	3	4	2	2	2	4	1	2	1	2	2	3	1	4	2	2	1	1	4	2	6	7	12	8	7	6
41	3	3	7	2	2	1	4	1	2	2	2	3	2	1	4	3	2	1	1	4	1	6	1	12	8	5	2
42	2	1	6	5	2	2	4	1	4	2	2	3	3	1	4	1	2	1	1	2	2	6	1	12	1	5	5
43	1	1	7	2	2	1	4	1	3	1	2	2	3	1	4	3	2	1	1	5	2	6	1	12	8	5	5
44	1	1	5	4	2	2	3	1	2	4	2	3	3	1	4	2	3	6	3	4	2	6	1	12	8	5	3
45	1	3	8	1	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	3	1	2	4	1	7	1	3	7	12	8	5	5
46	1	1	8	1	2	3	1	3	2	1	3	3	2	1	5	1	2	2	1	1	1	2	1	12	6	5	5
47	2	1	9	2	2	1	4	1	2	3	3	3	2	1	1	4	2	1	4	1	1	4	1	12	8	7	6

48	2	3	9	6	2	1	4	1	4	3	2	2	3	1	1	5	3	2	4	4	1	6	1	12	2	5	5
49	3	1	5	2	2	1	4	1	2	3	3	2	3	1	1	5	2	2	1	4	1	3	1	12	8	5	5
50	3	1	5	2	4	2	1	1	2	3	2	4	3	1	1	5	3	1	5	1	3	6	1	12	8	5	6
51	3	1	7	2	2	1	1	1	2	3	2	1	3	1	4	2	2	1	1	4	2	6	1	12	1	3	2
52	2	1	5	1	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	1	5	2	1	1	5	2	6	3	12	1	7	6
53	1	1	5	2	2	2	4	1	2	3	2	2	1	1	3	2	1	3	3	5	1	6	1	12	8	7	6
54	1	1	7	1	1	1	4	1	2	3	2	2	3	1	1	2	1	1	3	4	1	2	7	12	1	7	6
55	4	5	8	2	2	1	4	1	2	3	2	4	3	1	4	5	1	1	3	4	2	6	7	12	8	7	6
56	1	1	8	4	2	1	4	1	2	1	3	2	3	1	4	1	3	6	2	4	2	6	7	12	8	5	5
57	2	3	7	2	2	1	3	1	4	3	2	4	3	1	4	4	2	1	1	5	2	1	4	12	8	1	6
58	1	3	8	4	2	2	1	1	2	1	3	1	3	1	4	2	1	2	2	4	2	6	1	12	8	5	3
59	2	3	5	4	2	1	4	1	5	2	2	1	3	1	5	2	2	1	1	2	2	6	3	12	8	5	5
60	3	3	8	4	2	1	1	1	2	2	2	2	3	1	4	5	2	4	2	5	2	6	7	12	2	1	6
61	2	3	5	4	2	1	4	1	4	1	2	2	3	1	4	3	2	1	1	4	2	6	7	12	8	5	3
62	2	1	6	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	5	2	1	2	4	2	6	4	12	8	3	2
63	1	3	8	1	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	3	1	2	2	1	7	3	3	7	12	8	5	5
64	1	1	5	4	2	2	3	1	2	4	2	3	3	1	4	2	3	6	3	4	2	6	1	12	8	5	1
65	3	1	7	2	2	1	1	1	2	3	2	1	3	1	4	2	2	1	1	4	2	6	1	12	1	3	1
66	3	1	5	2	4	2	1	1	2	3	2	4	3	1	1	5	3	1	5	1	3	6	1	12	8	1	6
67	2	1	5	1	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	4	5	2	1	1	4	2	6	3	12	1	3	2
68	1	1	5	2	2	2	4	1	2	3	2	2	1	1	1	2	1	3	3	5	3	6	1	12	8	1	6
69	1	1	4	1	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	1	2	2	2	1	4	2	2	1	12	8	7	6
70	1	1	7	4	2	1	4	1	2	3	2	1	3	1	1	2	3	2	3	4	2	6	1	12	8	5	5
71	1	1	5	4	2	2	3	1	2	4	2	3	3	1	4	2	3	6	3	4	2	6	1	12	8	5	3
72	3	1	5	2	2	1	4	1	2	3	2	3	3	1	1	1	1	2	1	2	2	6	1	11	6	5	5



**ANEXO 6: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN AL DIRECTOR DEL HOSPITAL  
GOYENECHE**



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

"IN SCIENTIA ET FIDE ES IT FORTITUDO NOSTRA"  
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, mayo 27 del 2019

Señor Dr.  
MARIO BEGAZO BEGAZO  
Director del Hospital Goyeneche  
Ciudad.-

Asunto: Solicito aplicar encuestas a usuarias del Hospital Goyeneche para recolección de datos.

Tengo a bien dirigirme a Usted, para manifestarle que uno de los requisitos para la titulación de nuestras egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, es realizar un trabajo de investigación sobre nuestra carrera profesional, y para lo cual las señoritas **GARCÍA CUTIRE NÁZARET**, identificada con DNI:75076859 y **BARREDA MAMANI MILAGROS**, identificada con DNI: 77387506, están realizando el trabajo de investigación titulado "CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN HORMONOTERAPIA EN LA POBLACIÓN TRANSFEMINA ATENDIDA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ EN LOS MESES DE MAYO -JUNIO, AREQUIPA, 2019", y como entenderá el mismo deberán aplicar encuestas a usuarias del Hospital Goyeneche para recolección de datos, por lo que solicito autorización para que nuestras Bachilleres puedan aplicar las encuestas.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



Mgter. RICARDINA FLORES FLORES  
Decana de la Facultad de Obstetricia  
y Puericultura de la UCSM

RFF/DFCyP  
Rca



## ANEXO 7: PRESENTACIÓN Y EXPOSICIÓN DEL PROYECTO A LA POBLACIÓN TRANS FEMENINA

