

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Enfermería – Sede Leioa

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES CLÍNICAS EN ENFERMEROS/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL PAIS VASCO EN RELACIÓN A LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

JOSUNE LEGARRA NUÑEZ

Leioa, a 25 de Abril del 2018



AGRADECIMIENTOS

A Nerea Lamborena, por su consejo, paciencia, orientación y tutela.

A mi familia, a mi mejor amigo, a mis compañeros de trabajo, y a un amigo especial por estar a mi lado durante estos cuatro últimos años

RESUMEN

Introducción. Las personas transgénero, forman un grupo vulnerable con alta prevalencia de problemas emocionales como consecuencia de la discriminación percibida. En casos de reasignación de sexo presentan además un mayor perfil de riesgo para determinadas patologías. No existe ningún estudio en nuestro medio que determine la adecuación de las competencias de los profesionales de Enfermería para ofrecer una atención integral, equitativa y de calidad.

Objetivo. Evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes de los/as enfermeros/as de Atención Primaria del País Vasco en relación a las personas transgénero.

Metodología. Estudio de diseño transversal en el que se utilizará un cuestionario ad hoc con la inclusión de la escala SOCCS (Sexual Orientation Counselor Competency Scale). Se realizarán estimaciones de la prevalencia de los bajos conocimientos y habilidades y actitudes negativas en función de cada una de las variables independientes. Las variables analizadas (cualitativas) se presentarán como frecuencias y porcentajes. La significación de la asociación se evaluará con la prueba de χ^2 o la prueba exacta de Fisher. Se realizará un análisis de regresión logística para cuantificar la asociación de cada variable explicativa con los bajos conocimientos y habilidades y actitudes negativas, controlando el efecto potencialmente confusor de las covariables. Se calcularán Odds ratios con intervalos de confianza del 95%. Los análisis estadísticos se realizarán con el programa SPSS (v.21).

Palabras clave: Transgender persons, Health Care, Knowledge, Attitude, Nursing competence

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Desigualdades en salud.	3
1.2 Barreras para la asistencia sanitaria.	4
2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	7
2.1 Hipótesis	7
2.2 Objetivo.....	8
3. METODOLOGÍA.....	9
3.1 Diseño, población, fuente de datos y variables.....	9
3.2 Análisis de los datos	13
3.3 Aspectos éticos.....	13
4. DESARROLLO DEL PROYECTO.....	14
4.1 Cronograma de las actividades.....	14
4.2 Recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto.....	16
4.3 Presupuesto económico necesario	17
5. BENEFICIOS E INNOVACIONES ESPERADAS DEL PROYECTO	18
6. BIBLIOGRAFIA.....	19

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos 70 años la identidad transgénero, ha quedado recogida bajo diferentes conceptualizaciones, no exentas de controversia. El término transexualidad fue citado por primera vez por Harry Benjamín (1953), endocrinólogo alemán pionero en la asistencia a la comunidad transexual, quien propuso un tratamiento con hormonas del sexo opuesto a sus pacientes para aliviar su malestar.¹

En 1978, el diagnóstico de transexualismo se incorporaba en la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) incluida dentro de las “desviaciones y trastornos sexuales” y en 1980 en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III), junto a los trastornos de la identidad sexual en la infancia. En 1992, se publica la décima edición de la CIE, todavía en vigor, donde los trastornos de la identidad de género tienen una entidad independiente que incluye tres categorías diagnósticas diferentes: el transexualismo, el transvestismo no fetichista y el trastorno de la identidad de género en la infancia.^{1,2}

En 1994, en la cuarta edición del DSM, se reemplaza el término transexualismo por el de Trastorno de la identidad de género en adolescentes o adultos. Por último, en 2013, en la quinta y última versión del DSM se crea una nueva clase diagnóstica, la “disforia de género”, con criterios específicos en la niñez y en la adolescencia y edad adulta, omitiendo la palabra trastorno en un intento de despatologización del término.^{1,3} Para efectuar el diagnóstico es necesario que exista una incongruencia persistente entre el género experimentado o expresado y el género que se asigna al nacer y que exista un malestar (**disforia**) significativo. El deseo de desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de esta incongruencia, (en el caso de los adolescentes jóvenes, el deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos) aunque se contempla como un criterio para el diagnóstico de disforia de género, no es requisito indispensable.³

La disforia de género incluye por tanto el amplio abanico de personas transgénero, entre las que se encuentran las personas transexuales. El término “transgénero” se cita por primera vez en el DSM-V³ para referirse al amplio espectro de sujetos que de forma transitoria o permanente se identifican con un género diferente de su género natal.

Las diferentes metodologías utilizadas en la definición y medición de la identidad transgénero en la literatura científica a lo largo de los últimos años dificultan conocer con exactitud el porcentaje de personas transgénero en la población. En uno de los escasos estudios poblacionales publicados hasta la fecha, elaborado a partir de varias encuestas realizadas en Estados Unidos, se estima una prevalencia de la identidad transgénero autoreferida del 0,39%.⁵ En Europa tenemos como referencia dos estudios poblacionales, en Holanda los porcentajes de personas transgénero fueron del 1.1% en hombres y 0.8% en mujeres⁶ y en Bélgica del 0,7 y 0,6 respectivamente.⁷ En el estudio holandés, los porcentajes bajaron al 0,6% en hombres y al 0,2 en mujeres al preguntar por el deseo de algún tipo de tratamiento biomédico.

La mayor parte de los estudios, sin embargo, utilizan como fuente de información la demanda de tratamiento médico de personas con diagnóstico de disforia de género que desean adaptar sus características físicas a su identidad de género. La prevalencia estimada de esta demanda en 2011 fue del 0.0067% en Irlanda⁸ y en Holanda en 2015 del 0,028%.⁹ En España, en 2011, Esteva et al. estimaron en 1/10000 la prevalencia de la demanda de reasignación de sexo en la población española de entre 15 y 65 años.¹⁰

En Euskal Herria en el periodo 2009-2018 se han derivado a la Unidad de Identidad de Género del Hospital Universitario de Cruces 292 casos. En la actualidad se está atendiendo a 56 personas menores de 17 años y el 5% de las personas atendidas en 2017 fueron menores de 11 años. Utilizando como fuente de información los menores cuyas familias (entre 60 y 70) forman parte de la asociación Chrysallis Euskal Herria, la tasa de prevalencia de menores en situación de transexualidad es bastante mayor tanto en Euskadi como en Navarra. Superándose la tasa de 1/10.000 habitantes.

La tendencia en la demanda de niños y adolescentes en las Unidades de Identidad de Género nacionales¹¹ e internacionales¹² ha ido en aumento de forma significativa en los últimos años.

1.1 Desigualdades en salud.

La exclusión y discriminación por parte de la sociedad a las personas transgénero restringe su acceso a recursos necesarios como el empleo, la educación, los ingresos y la atención médica.^{13,14} Diversos estudios ponen de manifiesto que las personas transgénero se enfrentan a experiencias discriminatorias en el trabajo llevándoles al desempleo^{15,16} y a recurrir para obtener ingresos a otro tipo de trabajos poniéndolos en riesgo de arresto, encarcelamiento y mala salud.¹⁷⁻¹⁹ La discriminación percibida se asocia a problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad, que en muchas ocasiones requieren tratamiento.^{13,17} Experimentan dificultades de salud que implican tasas más altas de abuso de sustancias,^{15,20} mayores tasas de cáncer con peores pronósticos por la falta de detección precoz y mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual^{21,22} y suicidio.²³

Un estudio realizado en Washington publicado por el Centro Nacional para la Igualdad Transgénero en 2011¹⁸, informó de que de los 7.500 transexuales que participaron en el estudio, el 57% se enfrentaron a rechazo familiar, el 51% fueron intimidados o acosados en la escuela, entre el 61-64% fueron víctimas de agresión física o sexual, el 15.32% fueron VIH positivos y el 41% tuvieron al menos un intento de suicidio. Además, la investigación demostró que las personas transgénero también tienen una alta tasa de prevalencia de ansiedad (33.2%), depresión (41.1%), y somatización (27.5%)¹⁴ al igual que mayores tasas de tabaquismo y de consumo de drogas y alcohol para hacer frente al impacto de discriminación.^{15,20}

Las personas transexuales en tratamiento de reasignación de sexo, además de tener necesidades de salud similares a las de la población general, sumarán necesidades añadidas relacionadas con su estado hormonal y/o reasignación de sexo quirúrgica. Su perfil de riesgo para determinadas patologías, como la diabetes, la hiperlipidemia y disfunción hepática serán ligeramente más elevadas.²⁴ Estos hallazgos respaldan la necesidad de una mejor educación en la asistencia a estos pacientes.

1.2 Barreras para la asistencia sanitaria.

Durante años, tanto la investigación como la práctica en el ámbito de la medicina y la psicología han intentado distinguir entre personas transexuales "reales" e "irreales", obligando a las personas transexuales a tener que convencer a los profesionales sanitarios de su identidad para acceder al tratamiento de reasignación o a la transición.²⁵ El colectivo trans, respaldado por parte la comunidad científica y numerosas instituciones públicas nacionales e internacionales, demanda la retirada del diagnóstico de las nosologías psiquiátricas argumentando que el malestar que se percibe no es inherente a la condición trans, sino producto de la exclusión social y que su consideración dentro del DSM no hace sino contribuir a la estigmatización. Reivindican que la atención sanitaria puede realizarse sin efectuar antes un diagnóstico de trastorno mental.⁴

Por otro lado, los profesionales de la salud, basándose en "*in dubio abstine*" y "*primum non nocere*", han optado hasta hace no mucho tiempo por demorar el tratamiento hormonal a sus pacientes hasta llegar a la mayoría de edad, aunque estos adolescentes consideran que sus cambios físicos y psíquicos son insoportables.²⁵

Los resultados sobre una encuesta de satisfacción a pacientes transexuales en Alemania revelaron que los largos tiempos de espera para una primera cita eran difíciles de soportar y que la necesidad de un acceso fácil y rápido al tratamiento es vital. Además, atribuían una gran importancia a la comunicación paciente/profesional y manifestaban la gran necesidad de que fueran atendidas las preocupaciones individuales de cada persona.¹⁹

En España, son expertos de equipos multidisciplinares en las Unidades de Identidad de Género (UIG) los que se ocupan del tratamiento en esta población. La Comunidad de Andalucía, fue pionera en aprobar en 1999 la prestación sanitaria para ofrecer tratamiento de reasignación de sexo en el Sistema Público Sanitario, instaurando en el Carlos Haya de Málaga, la primera UIG. A esta le siguió la del Ramón y Cajal en Madrid (2007) y la del Clinic en Barcelona (2008). En Euskal Herrria contamos con la UIG del Hospital de Cruces en Barakaldo, que se creó en 2009 con el propósito de evaluar y tratar la disforia de género. En España solo se llevan a cabo intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo en estas cuatro Unidades.²⁶

La forma de proceder en la UIG es la siguiente: tras verificar y confirmar, mediante evaluación psicológica la persistencia de la disforia de género, y cuando el inicio de la pubertad es determinado por una evaluación endocrinológica, se puede considerar una terapia con análogos de GnRH que disminuya los niveles de hormonas sexuales, consiguiendo así, retrasar las características sexuales secundarias de la pubertad. El tratamiento se puede comenzar cuando el menor, tenga cumplidos los 12 años y presente estadio puberal igual o superior al II de Tanner. Una vez alcanzados los 16 años se incorporará gradualmente la terapia cruzada con hormonas sexuales del género sentido.^{24,25}

Cuando las personas transexuales recurren a los profesionales de la salud pueden volver a experimentar muchas de las traumatizantes experiencias vividas en su entorno social. La investigación muestra que entre el 20-42% de los pacientes transexuales tiene experiencia de hostigamiento verbal o negación de la igualdad de trato en un centro médico u hospital en EEUU.^{18,27} Como resultado, muchos pacientes evitan el tratamiento médico, incluida la atención de emergencia. La marginación que han sufrido durante años hace que experimenten barreras y miedos para acceder a la atención por ello representan una población insuficientemente atendida.²⁸

En un estudio realizado por Breland et al, (2016)²⁹, se identificaron seis barreras clave para acceder a la atención médica: dificultad para encontrar profesionales que asistan a la juventud transgénero; dificultad para acceder a tratamiento hormonal (bloqueadores puberales y hormonas de sexo cruzado); profesionales que no usan los pronombres correctos o el nombre preferido, haciendo sentir incómodo al paciente; falta de protocolo y falta de coordinación entre profesionales. Estos temores percibidos y reales causan que los pacientes transgénero eviten buscar ayuda médica cuando la necesitan.^{28,30} Otras barreras para la atención referidas por las personas transexuales son: la percepción de transfobia, la falta de formación de los profesionales sanitarios, la fragmentación de los servicios, las barreras administrativas y la falta de sensibilidad cultural.²⁸

Son escasos los estudios que se han realizado para determinar los conocimientos, actitudes y creencias de los profesionales sanitarios sobre las personas transgénero. Se centran en la comunidad LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales) y en muchos de los casos han ido dirigidos a médicos o estudiantes de medicina. Los resultados de estas investigaciones han revelado importantes carencias en conocimientos.^{30,31}

En un estudio realizado en California, los profesionales informaron falta de confianza en su capacidad para proporcionar atención e interés en aprender más sobre la atención relacionada con personas transgénero.³²

Aunque gran parte de la investigación se ha centrado en las necesidades de atención relacionadas con la reasignación de sexo, el acceso a la atención primaria es crítico y apenas se ha analizado. La Atención Primaria es la puerta de entrada al Sistema de Salud, abarca la atención de la mayoría de las necesidades médicas básicas y también incluye educación sanitaria, mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades, además de diagnóstico y tratamiento.³³ En consecuencia, el acceso a la Atención Primaria es fundamental para asegurar la equidad en la salud. Además, los profesionales de Enfermería se encuentran en una situación estratégica en la detección de un menor en situación de transexualidad y normalmente son, junto con el pediatra, el primer punto de contacto con el servicio sanitario.

2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Desde las primeras publicaciones en la década de 1950, ha habido un incremento exponencial de artículos científicos en relación a la salud de las personas transgénero, que dejan patente además el cambio en el tratamiento de los términos transgénero o transexual en la comunidad científica. La mitad de las publicaciones sobre el tema son sólo de los últimos 10 años, de modo que puede considerarse un área de interés emergente.

Hay evidencias de que las personas transgénero forman un grupo vulnerable con altos porcentajes de discriminación por parte de la sociedad, que tienen como consecuencia un aumento de la prevalencia de problemas emocionales, a los que se suman, en casos de reasignación de sexo, un mayor perfil de riesgo para determinadas patologías como la diabetes. Además, la demanda de atención en las Unidades de Identidad de Género ha aumentado significativamente en los últimos años. Estos hallazgos respaldan la necesidad de que los profesionales cuenten con la formación adecuada para brindar una asistencia de calidad

2.1 Hipótesis

Son pocos los estudios que se han realizado para evaluar los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales sanitarios en torno a esta cuestión, la mayoría en EEUU y casi siempre dirigidos a médicos o estudiantes, donde se han observado altos porcentajes en las carencias de formación y actitudes inadecuadas. No existe ninguna investigación en nuestro medio que determine la adecuación de las competencias de los profesionales de Enfermería para ofrecer una atención integral, equitativa y de calidad.

A partir de lo que se ha podido observar en la literatura científica, las hipótesis que se plantean para diseñar este proyecto son las siguientes:

1. Los enfermeros/as tienen falta de conocimientos en torno a las personas transgénero.
2. Los enfermeros/as tienen actitudes inadecuadas con las personas transgénero.
3. Los protocolos de actuación y derivación no están claros entre los profesionales ante un caso de transexualidad infantil. No se conocen los recursos.

2.2 Objetivo

Este estudio tiene como objetivo evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes de los enfermeros/as de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco en relación a las personas transgénero.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño, población, fuente de datos y variables.

1-Diseño de investigación. Se plantea un diseño de estudio transversal.

2-Población a estudio. Los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Osakidetza que se encuentren trabajando en los distintos centros de salud que integran las distintas Organizaciones de Salud Integradas (OSI) que a su vez prestan atención a la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Según los datos ofrecidos por Osakidetza, el País Vasco cuenta con trece OSI, dos en Araba, cinco en Bizkaia y seis en Gipuzkoa. Cada OSI cuenta a su vez con un Hospital de referencia, atención especializada y atención primaria; por tanto, cada OSI está compuesta por centros de salud, ambulatorios, consultorios y hospital.³⁵



FIGURA1: Recursos del Sistema Sanitario Público Vasco. Fuente:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85skprin03/es/contenidos/informacion/recursos_sistema_sanitario/es_sanidad/recursos_sistema_sanitario.html

Criterios de inclusión y exclusión. Para asegurar la participación y mejorar la representatividad, el estudio se realizará a toda la población. El único criterio de inclusión será el de la obtención del consentimiento informado. Por esta razón no será necesario efectuar el cálculo del tamaño muestral requerido. Será criterio de exclusión trabajar como enfermero en ambulatorios o consultorios aunque éstos formen parte o estén destinados a la atención primaria ya que suponemos que los conocimientos, habilidades y actitudes de estos profesionales no difieren de

los que se incluyen en la investigación, asegurando así la reducción de gastos y la viabilidad del proyecto.

En la **tabla 1** figuran el número de centros de salud en los que se ofrece atención primaria en la CAPV. Según datos suministrados por el departamento de Recursos Humanos (RRHH) de Osakidetza, se confirma que, a enero de 2018 son 1721 enfermeros/as los que trabajan en estos centros de salud.

Tabla1: Centros de Salud asociados a cada Provincia y OSI

PROVINCIA	OSI	C.SALUD	AMBULATORIO	CONSULTORIO
ARABA	ARABA	16	1	25
	RIOJA ALAVESA	1		8
	TOTAL	17		
BIZKAIA	BARAKALDO-SESTAO	10	2	1
	BARRUALDE-GALDAKAO	18		55
	BILBAO-BASURTO	26		
	EZKERRALDEA-CRUCES	11		18
	URIBE	14		18
	TOTAL	79		
GIPUZKOA	DONOSTIALDEA	25	5	1
	GOIERRI ALTO UROLA	7	13	
	BIDASOA	2	1	1
	DEBABARRENA	7		3
	ALTO DEBA	5		5
	TOLOSALDEA	5		21
	TOTAL	51		

El reclutamiento se realizará en los centros de salud previo aviso al Jefe de Unidad de Atención Primaria (JUAP) de cada centro. La estrategia para garantizar la participación será una sesión formativa sobre atención a personas transgénero que se podrá acreditar como formación. El reclutamiento en los centros se realizará los lunes, miércoles y viernes, de las 13:30h a las 15:00h para que pueda acudir tanto el turno de mañana como el de tarde. Será al comienzo de la sesión formativa cuando se administren los cuestionarios.

3-Fuente de datos. Cuestionario elaborado ad hoc, con la inclusión de la Sexual Orientation Counselor Competency Scale (SOCCS) creada por Markus P. Bidell (2005). La escala SOCCS se basa en el modelo teórico de competencia del consejero multicultural ternario, donde los médicos poseen la conciencia actitudinal, el conocimiento y las habilidades necesarias para proporcionar servicios eficaces y competentes a los clientes de minorías étnicas. La escala SOCCS cuenta con tres versiones. En el presente estudio se utilizará la tercera

versión, que evalúa el nivel de competencia clínica transgénero en los profesionales sanitarios. Consta de 29 preguntas que usan puntajes Likert de 7 puntos con tres subescalas: Habilidades (11 ítems), Actitudes (10 ítems que examinan los prejuicios y la estigmatización) y Conocimientos de los problemas psicosociales (8 ítems). Por medio de esta escala se obtiene una puntuación (1-7). A mayor puntuación, mejores conocimientos, habilidades y actitudes. Se considerará como puntuación alta la obtenida entre 6 y 7, como media entre 5 y 6 y como baja, la obtenida entre 1 y 3 puntos.

Los coeficientes de correlación de confiabilidad test-retest fueron de 0.84 para SOCCS general, 0.85 para la subescala Actitudes, 0.83 para la subescala Habilidades y 0.84 para la subescala Conocimientos.

El cuestionario será autocumplimentado por los participantes para reducir el sesgo de deseabilidad social. Constará de 40 preguntas tipo test cerradas y el tiempo estimado de aplicación para el cuestionario será de 20 minutos. Incluirá hoja de instrucciones para su cumplimentación. Para el análisis se recogerán tanto los cuestionarios cumplimentados como los no cumplimentados.

4-Variables. Las variables resultado principales serán los conocimientos, actitudes y habilidades resultantes de la aplicación de la escala SOCCS. Como variables resultado secundarias se incluyen tres nuevas variables de conocimientos sobre protocolos y asociaciones para personas transexuales y Unidades de Identidad de Género. (¿Conoce Usted la existencia de protocolos en el lugar de trabajo sobre atención a pacientes transexuales?, ¿Conoce Usted asociaciones o fundaciones a las que derivar al paciente transexual?, ¿Conoce Usted el recurso de Unidad de Identidad de Género?)

Como variables independientes se medirán variables sociodemográficas (edad, sexo, orientación sexual, religión) y variables ligadas al puesto de trabajo (tipo de contrato, lugar de trabajo, experiencia laboral, área de trabajo).

Todas las variables serán analizadas como variables cualitativas. En la **tabla 2** figura la categorización de cada una de ellas.

Tabla 2: Categorización de las variables del estudio

VARIABLES INDEPENDIENTES	Categorías de medida
Edad	20-35 35-50 50-65
Sexo	Hombre Mujer
Tipo de contrato	Eventual Fijo
Lugar de trabajo	OSI Araba OSI Bizkaia OSI Gipuzkoa
Experiencia laboral	< de 15 > de 15
Área de trabajo	Pediátrica Adulta
Orientación Sexual	Heterosexual Otros
Religión	Catolicismo Ateo Otros
VARIABLES RESULTADO	Categorías de medida
<i>¿Conoce Usted la existencia de protocolos en el lugar de trabajo sobre atención a pacientes transexuales?</i>	Si No
<i>¿Conoce Usted asociaciones o fundaciones a las que derivar al paciente transexual?</i>	Si No
<i>¿Conoce Usted el recurso de Unidad de Identidad de Género?</i>	Si No
<i>Actitud ante las personas transgénero (SOCCS)</i>	Positiva Media Negativa
<i>Conocimiento sobre la identidad transgénero (SOCCS)</i>	Alta Media Baja
<i>Habilidad clínica en paciente transgénero (SOCCS)</i>	Alta Media Baja

3.2 Análisis de los datos

Se realizarán estimaciones de la prevalencia de los bajos conocimientos y habilidades y actitudes negativas en función de cada una de las variables independientes. Las variables analizadas (cualitativas) se presentarán como frecuencias y porcentajes. La significación de la asociación se evaluará con la prueba de χ^2 o la prueba exacta de Fisher. Finalmente se realizará un análisis de regresión logística para cuantificar la asociación de cada variable explicativa con los bajos conocimientos y habilidades y actitudes negativas controlando el efecto potencialmente confusor de las covariables. Se calcularán Odds ratios con intervalos de confianza del 95%. Se considerará estadísticamente significativo un valor de p menor que 0.05. Los análisis estadísticos se realizarán con el programa SPSS (v.21).

Se analizará el posible sesgo derivado de la tasa de no respuesta comparando la muestra analítica y excluida en base a las variables disponibles del registro de personal. Se realizará asimismo un cálculo del error de muestreo en base a la población total.

3.3 Aspectos éticos

El anonimato y la confidencialidad de los profesionales enfermeros que participen en este estudio será gestionado de acuerdo a la Ley 15/1999 de Protección de Datos. Todos los participantes serán informados por escrito y oralmente sobre los objetivos del estudio, por qué son seleccionados, qué implica su participación, los beneficios de participar y quiénes son las personas de contacto para el estudio. También se les informará de que tienen derecho a no participar en la investigación. El consentimiento informado para participar en la investigación se obtendrá previa entrega del formulario. Los datos serán encriptados y protegidos con contraseña. La información será tratada con estricta confidencialidad para proteger la privacidad de los participantes. Las copias en papel de todos los consentimientos informados se conservarán en un archivo bloqueado. Se tramitarán las gestiones pertinentes dirigidas a la obtención del permiso para la realización del estudio en Osakidetza, y la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (CEIC-E).

4. DESARROLLO DEL PROYECTO

4.1 Cronograma de las actividades

Tabla 3. Cronograma de las actividades

	SEP/OCT 2018	NOV/DIC 2018	ENE/FEB 2019	MAR/ABR 2019	MAY/JUN 2019
<i>Gestión de permisos y licencias.</i>					
<i>Programación para distribución de cuestionarios.</i>					
<i>Elaboración del cuestionario y documento de Consentimiento informado.</i>					
<i>Reclutamiento y formación de los co-investigadores.</i>					
<i>Asignación de centros a co-investigadores</i>					
<i>Trabajo de campo</i>					
<i>Elaboración de la base de datos</i>					
<i>Análisis estadístico</i>					
<i>Redacción de informes de resultados</i>					
<i>Planificación de jornadas y congresos</i>					
<i>Redacción de artículo científico</i>					

El proyecto tendrá una duración de 10 meses. Durante los dos primeros meses se llevará a cabo la elaboración del cuestionario y el documento de consentimiento informado. Se elaborará también el calendario de visitas a los centros de salud para la entrega de los cuestionarios que se pactarán junto con los JUAP de los diferentes centros de salud. Además, el equipo de investigación gestionará los permisos y licencias necesarias para llevar a cabo la investigación. Durante los dos siguientes meses se realizará el reclutamiento de los enfermeros docentes, su formación y la asignación de éstos a los centros de Salud establecidos (**ver tabla 4**). El trabajo de campo se prolongará durante los

dos siguientes meses y en los dos meses posteriores se elaborará la base de datos y se realizarán los análisis estadísticos. Para finalizar, en los últimos dos meses se elaborarán los informes de resultados dirigidos a los correspondientes departamentos de Osakidetza, se ejecutará la preparación de las comunicaciones en congresos y jornadas y se redactarán los artículos para su posterior publicación en revistas científicas.

Tabla 4. Distribución de investigadores por Centros de Salud³⁵

SEMANAS DÍAS	ENFERMERÍA	CENTROS DE SALUD				
	DOCENTE DEL HOSPITAL	Semana 1 (L,X,V)	Semana 2 (L,X,V)	Semana 3 (L,X,V)	Semana 4 (L,X,V)	Semana 5 (L,X,V)
OSI DONOSTIALDEA	H. U. Donostia	Aia	Amara Centro	Eguia	Getaria	
		Alde Zaharra	Astigarraga	Errent-Beraun	Hernani	
	H. Zumarraga	Alta	Bidebieta	Errent-Iztieta	Intxaurreondo	
		Lasarte	Oiartzun	Pasai Antxo	Usurbil	Martutene
		Lezo	Ondarreta	Pasai Donibane	Zumaia	
		Loiola	Orio	Urnieta	Zestoa	
OSI GOIERRI ALTO UROLA	H. Mendaro	Azkoitia	Lazkao	Zumarraga	Alegia	Tolosa
		Azpeitia	Legazpi	Dumboa	Andoain	Villabona
OSI BIDASOA		Beasain	Ordizia	Hondarribia	Ibarra	
OSI DEBABARRENA	H. Alto Deba	Deba	Ermua	Torrekua	Bergara	
		Eibar	Mutriku	Aretxabaleta	Eskoriatza	
OSI ALTO DEBA		Elgoibal	Soraluze	Arrasate	Oñati	
OSI BARAKALDO- SESTAO	H. San Eloy	Rontegui	Lutxana	Urban	Arrigorriaga	Etxebarri
		Kueto	Markonzaga	Zaballa	Basauri	
		La Paz	San Vicente	Zuazo	Galdakao	
OSI BARRUALDE GALDAKAO	H. Galdakao	Amorebieta	Bermeo	Kareaga	Leke-Markina	Gernikaldea
		Amurrio	Busturia	Landako-Durango	Matie-Abadiño	Sukarrieta
		Igorre	Gernika	Laudio	Ondarroa	
OSI BILBAO/BASURTO	H. Basurto	Alonsotegi	Basurto	Bombero-Etxaniz	Gazteleku	La Merced
		Altamira	Begoña	Casco Viejo	Indautxu	La Peña
		Arangoiti	Sagarminaga	Deusto	Javier Saenz	
	H. Santa Marina	Miribilla	San Adrian	Sant-Solokoetxe	Zurbaran	
		Otxarkoaga	San Ignacio	Txurdinaga	Urbi-Basauri	
		Rekalde	El Karmelo	Zorroza	Mina del Morro	
OSI EZKERRALDEA CRUCES	H. Cruces	Balmaseda	Castaños	Ortuella	Trapagaran	
		Buenavista	Mamariga	Repélagu	Zalla	
		Cabieces	Muskiz	Sodupe		
OSI URIBE	H. Urduliz	Alango	Berango	Gorliz	Leioa	Sopelana
		Algorta	Derío	Las Arenas	Munguia	Urduliz
		Astrabudua	Erandio	Laukiz	Plentzia	
OSI RIOJA ALAVESA OSI ARABA	H.U. Araba	Abetxuko	Casco Viejo	Kanpezu-Camp.	Salburura	Olarizu
		Aranbizkarra I	Txagorritxu	Lakua-Arriaga	San Martin	Sansomendi
		Aranbizkarra II	Habana-Cuba	Lakuabizkarra	Zabalgana	Zaballa
				Labastida	Zaramaga	

4.2 Recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto

Recursos materiales: No serán necesarias infraestructuras ya que la distribución de cuestionarios y sesiones formativas se ofrecerán en las salas de reuniones de los centros de salud. Se dispondrá de los despachos de docencia de los hospitales para la recopilación de datos y la sala de reuniones de la UIG del Hospital de Cruces para las reuniones del equipo de investigación.

Recursos humanos: La coordinación del estudio estará dirigido por el investigador principal que contará con el respaldo del equipo asesor de Osakidetza. El equipo de proyecto estará compuesto por el investigador principal y los 11 co-investigadores enfermeros dedicados a la docencia y reclutados con carácter voluntario en los hospitales de las distintas OSI. El número de enfermeros ha sido calculado teniendo en cuenta los Centros de Salud que deben visitar y el tiempo necesario para completar la fase de reclutamiento y trabajo de campo del proyecto.

Para la formación del equipo de investigación: El investigador principal y el equipo de la UIG, junto con componentes de la asociación Crysalis Euskal Herria, como agentes colaboradores, se reunirán con los enfermeros docentes/investigadores para recibir formación sobre personas transgénero. Además se tratarán temas como: proceso de estudio, administración y recogida de cuestionarios y aspectos éticos de la recopilación de datos. Se utilizarán scripts estandarizados para asegurar un enfoque estándar en todos los centros e investigadores.

Para el análisis de los datos: Una vez que se complete la recopilación de datos, el recolector de datos enviará todos los cuestionarios al centro de gestión de datos (UIG). Una vez finalizado el estudio completo, todos los centros recibirán un informe con los resultados de la investigación.

Para la redacción de resultados: El investigador principal con el asesoramiento del grupo de investigación del Hospital de Cruces

4.3 Presupuesto económico necesario

Retribuciones: No se realizará retribución alguna a los investigadores ya que será personal de Osakidetza el que lleve a cabo la investigación. Se asignará al personal de investigación encargado de la distribución de los cuestionarios de una dotación económica para viajes y dietas. Este importe ascenderá a 600e. por investigador. Total de gastos para dietas y viajes: **7.200E**

Material fungible: Se solicitará una financiación a Osakidetza para la elaboración de los cuestionarios y el diseño de la base de datos específica que se utilizará en el estudio. Total de gastos de material fungible: **1.800E**

Será necesaria una financiación TOTAL de 9.000E

5. BENEFICIOS E INNOVACIONES ESPERADAS DEL PROYECTO

Con los resultados de este estudio, se conocerá el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que poseen los enfermeros/as de Atención Primaria del País Vasco. Esta es la única forma de identificar carencias o déficits en el manejo y asistencia a esta población. Contribuirá a la sensibilización y fomento de la aceptación de la diversidad humana y abrirá nuevas vías para seguir estudiando este fenómeno. La investigación será necesaria para organizar y justificar intervenciones de formación que ofrezcan la información que necesite el profesional enfermero. Este conocimiento adquirido permitirá adoptar las habilidades y actitudes necesarias para mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos a las personas transgénero.

Aunque este estudio este dirigido a enfermeros/as activos los resultados que se obtengan una vez realizado servirán para justificar la inclusión de materia formativa en torno a la diversidad en los estudios universitarios del grado de enfermería.

Es evidente que hacen falta más investigaciones sobre este tema, hasta no hace mucho tiempo tabú. Aún existen muchos prejuicios y discriminación. Queda un largo camino para la aceptación y normalización de la diversidad de género en nuestra sociedad

6. BIBLIOGRAFIA

1. Polo C, Olivares D. Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*2011;31(110):285-302. doi: 10.4321/S0211-57352011000200008
2. Fernández M, Guerra P, Díaz M, Grupo GIDSEEN. La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. *C Med Psicosom.*2014;110:25-35.
3. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
4. Grau JM. Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología.*2017;75(2):e059. doi: [http:// dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63](http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63)
5. Meerwijk EL, Sevelius JM. Transgender Population Size in the United States: a Meta-Regression of Population-Based Probability Samples. *Am J Public Health.* 2017;107(2):e1-e8. doi: 10.2105/AJPH.2016.303578.
6. Kuypers L, Wijnen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav.* 2014;43(2):377-85. doi: 10.1007/s10508-013-0140-y.
7. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F et al. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch Sex Behav.* 2015;44(5):1281-7. doi: 10.1007/s10508-014-0452-6.
8. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. Gender dysphoria - prevalence and co-morbidities in an irish adult population. *Front Endocrinol (Laussane).*2014;5:87. doi: 10.3389/fendo.2014.00087
9. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med.*2018;15(4):582-590. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016. Epub 2018 Feb 17.
10. Gómez E, Esteva I, Almaraz MC, Godás T, Halperin I, Soriguer F. Equipos de identidad de Género de Andalucía y Cataluña. Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000-2009. *Rev Clin Esp.*2011;211(5):233-9. doi: 10.1016/j.rce.2011.02.002.
11. Asenjo N, García C, Rodríguez JM, Becerra A, Lucio MJ y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Rpcna.*2015;2(1):33-36.
12. Aitken M, Steensma T, Blanchard R, VanderLaan D, Wood H, Fuentes A et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med.*2015;12(3):756-763. doi: 10.1111/jsm.12817.

13. White JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc. Sci. Med.* 2015; 147:222–231. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.010
14. Bockting WO, Miner MH, Swinburne RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health.* 2013;103(5):943–951. doi: 10.2105/AJPH.2013.301241
15. Scheim AI, Bauer GR, Shokoohi M. Drug use among transgender people in Ontario, Canada: Disparities and associations with social exclusion. *Addict Behav.* 2017;72:151-158. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.03.022.
16. Reback CJ, Shoptaw S, Downing MJ. Prevention case management improves socioeconomic standing and reduces symptoms of psychological and emotional distress among transgender women. *AIDS Care.* 2012;24(9):1136-44. doi:10.1080/09540121.2012.687817
17. Reisner SL, White JM, Mayer KH, Mimiaga MJ. Sexual risk behavior and psychosocial health concerns of female-to-male transgender men screening for STDs at an urban community health center. *AIDS Care.* 2014;26(7):857-64. doi: 10.1080/09540121.2013.855701.
18. Grant JM, Mottet LA, Tanis LA, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at Every Turn: a Report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington, DC. http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf
19. Eyssel J, Koehler A, Dekker A, Sehner S, Nieder TO. Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey *PLoS One.* 2017;12(8):e0183014. doi: 10.1371/journal.pone.
20. Keuroghlian AS, Reisner SL, White JM, Weiss RD. Substance use and treatment of substance use disorders in a community sample of transgender adults. *Drug Alcohol Depend.* 2015;152:139–146. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.04.008
21. Baral SD, Potrat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(3):214-22. doi: 10.1016/S1473-3099(12)70315-8
22. Reisner SL, Perkovich, Mimiaga MJ. A mixed methods study of the sexual health needs of New England transmen who have sex with non-transgender men. *AIDS Care STDS.* 2010; 24(8): 501–13. doi:10.1089/apc.2010.0059
23. Marshall BDL, Socias ME, Thomas T, Zalazar V, Sued O, Aristegui I. Prevalence and correlates of lifetime suicide attempts among transgender persons in Argentina. *J Homosex.* 2016;63(7),955-967. doi:10.1080/00918369.2015.1117898

24. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.*2017;102(11):3869-3903.doi: 10.1210/jc.2017-01658.
25. Nieder TO, Richter-Appelt H. Tertium non datur—either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology & Sexuality.* 2011;2(3):224–43. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955>
26. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, Almaraz MC, Martínez-Tudela J, Bergero T, Oliveira Gabriel et al. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gac Sanit.* 2012;26(3):203-209. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.10.021.
27. Shires DA, Jaffee, K. Factors Associated with Health Care Discrimination Experiences among a National Sample of Female-to-Male Transgender Individuals. *Healt Soc Work.* 2015;40(2);134-41
28. Aylagas M, García O, Rodríguez B. Barriers in the social and healthcare assistance for transgender persons: A systematic review of qualitative studies.*Enferm.*2017. pii: S1130-8621(17)30152-3. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.09.004
29. Breland DJ, Crouch JM, Evans Y, Gridley SJ, Eng W, Antoon EA et al. Understanding Barriers to Healthcare for Transgender Youth. *J Ado Health.* 2016; 58(2):3-4 doi:10.1016/j.jadohealth.2015.10.023
30. Unger CA. Care of the Transgender Patient: A Survey of Gynecologists' Current Knowledge and Practice. *J Womens Healt (Larchmt).*2015;24(2):114-8. doi: 10.1089/jwh.2014.4918.
31. Liang JJ, GardnerIH, Walker JA, Safer JD. Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex healt. *Endocr Pract.* 2017;23(8):897-906. doi: 10.4158/EP171758.OR.
32. Jr.Vance, S. R., Halpern-Felsher, B., & Rosenthal SM. 180. Health care providers' comfort with and barriers to care of transgender youth. *J Ado Health.*2015;56(2):S92-S93. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.10.185
33. Bruessow D1, Poteat T. Primary care providers' role in transgender healthcare. *JAAPA.*2018; 31(2):8-11. doi: 10.1097/01.JAA.0000529780.62188.c0.
34. Osakidetza - Euskadi.eus [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza = Gobierno Vasco; 2011 [actualizada 1 Sep 2016; acceso 24 abr 2018]. Recursos del Sistema Sanitario Público Vasco. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skprin03/es/contenidos/informacion/recursos_sistema_sanitario/es_sanidad/recur_sos_sistema_sanitario.html

35. Bidell MP. The Sexual Orientation Counselor Competency Scale: assessing attitudes, skills, and knowledge of counselors working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Couns Educ Superv* .2005;44:267–279.