



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO DE ENFERMERÍA

DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: UN RETO PARA LA ENFERMERÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

CURSO 2015-2016

Sandra Clemente López

Sandra Moñino Rincón

Tutor: María Teresa González-Gil

AGRADECIMIENTOS

Después de varios meses de dedicación al trabajo de síntesis que se presenta en este Trabajo Fin de Grado, es muy grato para nosotras recordar a numerosas personas que nos han apoyado, con sus consejos, entusiasmo, ideas, confianza, o con su presencia y amistad.

A la profesora M^a Teresa González Gil, expresarle nuestro agradecimiento, que ha dirigido con entusiasmo y dedicación nuestro Trabajo de Fin de Grado. También quisiéramos reconocerle por sus oportunos consejos y correcciones que han contribuido a dar forma a la presentación de nuestro trabajo; por la gran confianza y apoyo que depositó en nosotras durante todo el proceso, así como su gran ayuda a lo largo de estos meses.

Nuestra más sincera gratitud a nuestros padres, por su constante apoyo, en todos los ámbitos, durante estos meses. Desde el primer momento, han confiado en nosotras y nos han transmitido ilusión, seguridad y calma. Sin ellos no habría sido posible el trabajo que hemos desempeñado.

Finalmente, quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a aquellos amigos leales que, han contribuido fuera del ámbito académico a este trabajo, con su generosidad, honestidad y nobleza.

Nuestra más sincera gratitud a todos ellos.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1. MARCO CONCEPTUAL.....	3
2.2. CONTEXTO HISTÓRICO DE TRANSEXUALIDAD (ANTECEDENTES Y ACTUALIDAD)	4
2.3. PERTINENCIA.....	12
2.4. OBJETIVOS	13
3. METODOLOGÍA	13
4. RESULTADOS:.....	18
4.1. VALORACIÓN ENFERMERA	18
4.1.1. BARRERAS Y NECESIDADES SENTIDAS POR LOS NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS PADRES:	22
4.2. ROL DE ENFERMERÍA EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y SOPORTE DEL NIÑO Y LA FAMILIA.....	24
4.2.1. CUIDADOS ENFERMEROS.....	25
4.2.2. RECURSOS	29
5. DISCUSIÓN	30
6. CONCLUSIONES	33
7. BIBLIOGRAFÍA:	34
8. ANEXOS.....	40

1. RESUMEN

Introducción: La disforia de género en la infancia se describe como una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de 6 meses, y teniendo su inicio entre los 2 a 3 años de edad.

Objetivos: Identificar las necesidades y barreras de los niños/adolescentes con disforia de género y sus familias, así como el papel de enfermería, los cuidados enfermeros, intervenciones y recursos disponibles para lograr una transición sana.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión narrativa mediante la búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, PsycInfo, CINAHL, Dialnet, Cuiden, Cochrane y Google Scholar.

Resultados: Se identificaron un total de 114 artículos con títulos relacionados tras realizar la búsqueda en las diferentes bases de datos. Finalmente, fueron seleccionados 20 artículos para la realización de la revisión narrativa identificándose grupos de contenido a través de los cuáles se ha intentado dar respuesta a los objetivos planteados. La valoración enfermera, como pilar fundamental en la identificación precoz; las diversas barreras estructurales, financieras o actitudinales del profesional de la salud con las que se encuentran estos niños y adolescentes para poder acceder al sistema sanitario; la importancia de detectar las necesidades sentidas de ellos y las de sus padres con acompañamiento y soporte para poder dar una calidad máxima en los cuidados enfermeros teniendo en cuenta la disponibilidad de los recursos con los que se cuenta.

Conclusiones: El papel de enfermería es fundamental en el acompañamiento a lo largo de todo el proceso de transición social a realizar por los menores, destacando su papel en la educación para la salud y asesoramiento a los padres, así como la colaboración con otros profesionales.

Palabras clave: transexualismo, disforia de género, identidad de género, niño, desarrollo en la infancia, enfermería, evaluación de necesidades, familia, discriminación social.

ABSTRACT

Introduction: Gender dysphoria in childhood is described as a marked incongruence between sex one feels or expresses, and which is assigned, for a minimum duration of 6 months and having its onset between 2-3 years old.

Objectives: To identify the needs and barriers of children / adolescents with gender dysphoria and their families, as well as the role of nursing, nursing care, interventions and available resources to achieve a healthy transition.

Methodology: It has conducted a narrative review by the literature search in PubMed, PsycINFO, CINAHL, Dialnet, Cuiden, Cochrane and Google Scholar data.

Results: A total of 114 items were identified related titles after search in different databases. Finally, 20 articles were selected for carrying out the narrative review identified content groups through which we have tried to respond to the objectives. Nursing assessment, as a fundamental pillar in the early identification; the various structural, financial or attitudinal health professional with these children and adolescents are to access the health system barriers; the importance of identifying the perceived needs of them and their parents with guidance and support to give maximum quality nursing care taking into account the availability of resources with which it counts.

Conclusions: The nursing role is crucial in the accompaniment throughout the entire process of social to be performed by minors transition, highlighting their role in health education and counseling to parents, as well as collaboration with other professionals.

Keywords: transsexualism, gender dysphoria, gender identity, child, childhood development, nursing, needs assessment, family, social discrimination

2. INTRODUCCIÓN

2.1. MARCO CONCEPTUAL

La propuesta de TFG que a continuación se presenta, se enmarca dentro de las propuestas teóricas de Doris M. Boutain ¹, que plantean que hay diversas maneras de promover justicia social. Se entiende por justicia social un conjunto de políticas que tienen la misión de resolver situaciones en las que se plantea desigualdad y exclusión para con un colectivo social determinado². Se podría entender así que determinadas políticas de cuidado desarrolladas por Enfermería podrían tener un fuerte impacto transformacional. Schim et al. (2007) sitúan la justicia social como el centro del paradigma enfermero apuntando que *“la enfermería y las desigualdades en salud están fuertemente ligadas por sus naturalezas debido a que el cuidado es la esencia de la enfermería mientras que las desigualdades en salud son el resultado de la pérdida de cuidado dentro de la sociedad”*³. En esta misma línea, la Asociación Americana de Colegios Enfermeros (AACN) postula que las enfermeras han de actuar de acuerdo a un tratamiento justo independientemente del estatus económico, la raza, la etnia, la ciudadanía, la discapacidad o la orientación sexual de quien reclama sus cuidados⁴.

Otro concepto de vital importancia para la comprensión de éste trabajo es el de vulnerabilidad social, entendida como la potencialidad de sufrir daños a raíz de fenómenos o acontecimientos de orden extremo⁵. Dicho concepto es de carácter dinámico y multidimensional y permite analizar las circunstancias que incrementan el riesgo de sufrir malestar social y deterioro del nivel de vida, valorando también características individuales, como son la capacidad de reacción y de adaptación a las nuevas circunstancias que acontecen. De esta forma todo el mundo en algún momento de su vida puede pertenecer a un grupo vulnerable a raíz de acontecimientos vitales⁶.

Las personas consideradas vulnerables tienen un promedio mayor de sufrir riesgos para la salud a nivel físico, psíquico y social en función de su condición sociocultural, su acceso limitado a los recursos económicos o sus características personales.

Conocer las características de los grupos vulnerables así como las individuales de cada persona permite ofrecer a estos colectivos cuidados culturalmente competentes, siempre y cuando queden aparcados los prejuicios y estereotipos sociales. Además una identificación precoz de las personas en situación de especial vulnerabilidad puede evitar la exclusión social de estas personas y facilitar su integración social⁶.

Para lograr esto es importante consolidar un conocimiento emancipatorio, que es la habilidad humana para reconocer problemas sociales y políticos de injusticia o inequidad y ser capaces de dar respuesta a estas situaciones. Por lo tanto, no sólo se trata de notificar o darse cuenta de las injusticias sino de hacer un examen crítico de que cambios estructurales son requeridos para poder solventarlas⁷.

Una vez detectadas dichas injusticias debe ponerse en práctica la abogacía enfermera para corregirlas, que consiste en la defensa y protección de los derechos, los valores, la seguridad y el bienestar del paciente y permite actuar en su nombre, salvaguardar su autonomía y conseguir justicia social a la hora de brindar cuidados en salud. La disciplina de enfermería debe encargarse de empoderar a los pacientes y brindarles la información necesaria para que estos dispongan de autonomía a la hora de tomar sus decisiones. Además la abogacía enfermera propugna cambios en aquellas normas y políticas sanitarias que son inapropiadas facilitando la promoción de la justicia social a la hora de brindar los cuidados y mejorar la calidad de los mismos⁸.

En este trabajo se pretende destacar la necesidad de una conciencia global, un pensamiento crítico, sensibilidad cultural y educación en derechos humanos para que estas personas sean menos vulnerables, además de visibilizar el papel de enfermería a la hora de promover la justicia social que facilita una repartición justa de atención sanitaria.

2.2. CONTEXTO HISTÓRICO DE TRANSEXUALIDAD (ANTECEDENTES Y ACTUALIDAD)

Transexualismo, transgenerismo, trastorno de la identidad de género, disforia de género, son algunos de los conceptos que han servido para definir como es el desajuste psicológico derivado de la incongruencia entre el género asignado a la persona en el momento del nacimiento por su apariencia sexual y el sentimiento personal de ser hombre o mujer, a lo largo de la historia estos conceptos han ido variando y se han integrado modificaciones en su definición⁹.

La primera definición pertenece a Harry Benjamín (1953), endocrinólogo alemán pionero en trabajar con la transexualidad, que designa el transexualismo como la asociación entre normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo y en consecuencia, con el deseo de cambio de sexo^{10, 11}.

En 1978 se incorpora el concepto de trastorno de la identidad psicosexual a la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) ubicado en el mismo nivel que las parafilias y las disfunciones sexuales. Posteriormente en 1980 en el DSM-III aparece el diagnóstico de transexualismo en la nomenclatura oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana y se añade un nuevo apartado, el de los Trastornos de la Identidad sexual, donde se incluye el transexualismo y los trastornos de la identidad sexual de la infancia¹². Posteriormente en el DSM-IV, el término transexualismo fue sustituido por Trastorno de identidad de género, reflejando que no es necesaria la transformación del cuerpo para ser diagnosticable.

Actualmente el DSM-V hace uso del concepto disforia de género y lo define como: ¹³

A. *“Una marcada incongruencia entre el género que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de 6 meses, manifestada por un mínimo de 6 de las características siguientes (una de las cuales debe de ser el criterio A1)”*:

1.- Un poderoso deseo de ser del género opuesto (o de un género alternativo distinto al que se le asigna).

2.- En los chicos (sexo asignado) una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino, en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropa típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropa socialmente femeninas.

3.- Preferencia marcada o resistente por el papel socialmente identificado con el género opuesto o fantasías referentes a pertenecer al otro género.

4.- Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el género opuesto.

5.- Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.

6.- En los chicos (sexo asignado) un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos, en las chicas (sexo asignado) un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y a actividades típicamente femeninas.

7.- Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.

8.- Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al género del que se siente.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

El cambio de la etiqueta diagnóstica de “trastorno de la identidad de género” por “disforia de género” ya marca una notable diferencia en términos de despatologización. A pesar de ello, continúan las campañas “Stop Trans Pathologization” a nivel internacional que exigen la desaparición de dicho diagnóstico de estos manuales en sus próximas ediciones, la retirada de la mención del sexo en los documentos oficiales, el libre acceso a tratamientos hormonales y quirúrgicos sin ser necesaria la tutela psiquiátrica, la inserción social así como la lucha contra la transfobia¹⁴.

Los derechos de las minorías sexuales, han ido cambiando en las últimas décadas, gracias a aspectos como la democratización del Estado español y la aprobación de la Constitución de 1978, permitiendo la desaparición de vestigios de una legislación discriminatoria, aportando igualdad y atendiendo a las demandas de estos colectivos¹⁵.

En los años ochenta comienza a desvelarse el tabú sobre la transexualidad, pero fue una década convulsa para las minorías sexuales dada la aparición de la pandemia del SIDA, que provocó la estigmatización y el acoso policial a estos grupos, para paliar esta situación se creó la Asociación Española de Transexuales en 1987. Otro gran acontecimiento de los ochenta fue la legalización de las operaciones de reasignación de sexo en 1983¹⁴.

En los noventa se desarrollaron nuevos movimientos para exigir derechos legales, esta lucha trajo consigo la creación de alianzas entre organizaciones gays, lesbianas y transexuales que dio lugar a la creación del movimiento LGTB¹⁴.

En Febrero de 1999 el Parlamento de Andalucía dio respuesta a las demandas de la población transexual y aprobó la prestación sanitaria a dichas personas en el Sistema Sanitario Público Andaluz, creando así la Unidad de Trastornos de Identidad de Género, en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga. Esta unidad ha sido pionera dentro del sistema público español en dar respuesta a la atención sanitaria de estas personas¹⁵.

Otros recursos disponibles con los que cuenta la población transexual en España son la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) del Hospital Ramón y Cajal cuyo funcionamiento tuvo inicio en mayo de 2007 y la UTIG del Hospital Clinic

de Barcelona fundada a finales de 2008 dada la decisión de la Generalitat de Cataluña de financiar las cirugías de reasignación sexual, aunque ya desde mediados de los años 80 se trabajaba con personas con disforia de género. A ésta, le siguió en 2009 la UTIG del Hospital de las Cruces de Bilbao en Euskadi que tiene como finalidad la evaluación y tratamiento de la disforia de género. Sólo estas cuatro unidades mencionadas llevan a cabo la reasignación sexual pero en los últimos tiempos otras comunidades autónomas como Asturias, Canarias, Comunidad Valenciana se están sumando, incorporando estrategias sanitarias de distinta índole para el abordaje de las necesidades y demandas de estas personas¹⁶.

En España, el movimiento reivindicativo por la despatologización de la transexualidad comienza a tomar vigencia en 2007, en relación con la aprobación de la Ley 3/2007 del 15 de marzo, también llamada Ley de Identidad de Género que fue una propuesta del gobierno socialista. Ésta tiene por objeto regular los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género. Contempla también el cambio del nombre propio para que no resulte discordante con el género reclamado, pero para ello han de cumplirse los siguientes requisitos: diagnóstico de disforia de género, dos años de tratamiento hormonal, ser mayor de 18 años y tener nacionalidad española. A pesar de los beneficios que acarreo esta ley en la calidad de vida de las personas transexuales en España, todavía existen numerosas necesidades que no están cubiertas como es el acceso a los servicios de salud de la seguridad social en todo el territorio español, ya que a día de hoy existen diferencias en cuanto a la cobertura según la región de residencia; o el reconocimiento del derecho asilo político por persecución por su identidad de género. Pero, sin duda, el gran interés del colectivo transexual es lograr la creación de unidades de identidad de género en cada comunidad que brinden una atención integral¹⁵.

La inexistencia de centros de atención integral a las personas con disforia de género provoca un mal seguimiento y un mal registro de las mismas, lo que dificulta la elaboración de estudios epidemiológicos para con ésta población.

Tanto es así que actualmente no existen estudios epidemiológicos formales en España sobre prevalencia e incidencia de la disforia de género. Los datos que se disponen han sido obtenidos a través de estudios clínicos realizados en otros países

fundamentalmente del Norte de Europa (Suecia, Holanda, Reino Unido) y de los Estados Unidos¹⁷.

De esta forma, a partir de los datos de población mayor de 15 años del INE del 01/01/1998 (36.114.472 habitantes, de los cuales 17.659.977 eran hombres y 18.454.495 mujeres), se extrapolaron los datos obtenidos en un estudio holandés sobre la prevalencia de población transexual y estimó que el número total de personas transexuales en España era de 2.087 (1.480 mujeres transexuales y 607 hombres transexuales), lo que representa una prevalencia de 5.78 casos/100.000 habitantes de edad mayor de 15 años. A tener en cuenta que estos datos pueden no ser del todo correctos dadas las diferencias de demografía entre ambos países, las diferencias en la asistencia sanitaria a este colectivo etc.¹⁸.

También existe un estudio similar realizado por Herrero y Díaz Argoña en 2009, en el cual realizaban una comparativa de prevalencia en Euskadi y el resto de España, los resultados obtenidos no se alejaron mucho de los obtenidos en Holanda teniendo en cuenta el transcurso de los años. Así, obtuvieron una estimación de un total de 108 personas transexuales en Euskadi (76 mujeres y 32 hombres transexuales), mientras que en el resto de España dicha estimación asciende a 2.292 personas transexuales (1.632 mujeres y 660 hombres transexuales). Según los datos de incidencia, se producirían cada año tres nuevos casos en Euskadi y 67 en el resto de España.¹⁹

Existen otros estudios más conservadores como los SOC-7 (Standars of Care for Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, Version 7) de los últimos protocolos de la WPATH (*World Professional Association for TransgenderHealth*), que barajan cifras dispares de 1:11.900 a 1:45.000 en mujeres trans, o de 1:30.400 a 1:200.000 en hombres trans. Por desgracia todas las UTIG españolas y todas las organizaciones LGBT españolas, manejan estas cifras como verdad única sin preocuparse en cotejar más estadísticas que no sean las que la WPATH impone²⁰.

Apuntar, además, que en dichos estudios se ignora a la población infantil, ya que en las tasas recogidas se usa como denominador de la población los mayores de 15 años, además la prevalencia estimada del TIG (transexualismo) en adultos probablemente infravalore la prevalencia en niños.

Partiendo de estudios como los anteriormente mencionados sobre la prevalencia de disforia de género en adultos, la Asociación de Familias de Menores Transexuales Chrysallis apunta que la mayoría de los estudios tienden a afirmar que por cada 1000 habitantes existe uno transexual, de tal manera que a partir de las cifras proporcionadas por el INE sobre el número de niños de entre 3 y 17 años que existe en cada comunidad realiza una estimación del número de niños que presentan disforia de género hasta junio de 2014²⁰, y también realiza una segunda estimación a partir de los datos de prevalencia que ofrece la WPATH (1:10.000), datos de los cuales la asociación hace crítica por considerar que ignora un montón de casos, así obtiene la siguiente tabla:

	1:1000			1:10.0000		
	3 -12 años	13-18 años	TOTAL	3-12 años	13-18 años	TOTAL
TOTAL EN ESPAÑA	4403	3361	7765	440	336	777
Andalucía	858	613	1471	86	61	147
Aragón	117	82	199	12	8	20
Asturias	72	59	130	7	6	13
Baleares	106	73	179	11	7	18
Canarias	186	147	333	19	15	33
Cantabria	50	33	84	5	3	8
Castilla y León	187	142	328	19	14	33
Castilla La Mancha	202	147	350	20	15	35
Cataluña	750	491	1241	75	49	124
Comunidad Valenciana	477	330	807	48	33	81
Extremadura	95	77	172	10	7	17
Galicia	201	146	348	20	15	35
Madrid	637	411	1048	64	41	105
Murcia	161	127	288	16	13	29
Navarra	62	43	105	6	4	11
País Vasco	189	143	332	19	14	33
La Rioja	30	20	50	3	2	5
Ceuta	11	8	19	1	1	2
Melilla	12	8	19	1	1	2

Tabla 1: Chrysallis Asociación de Familias de Menores Transexuales; 2014. Prevalencia. Disponible en: <http://chrysallis.org.es/informacion/prevalencia/>

Probablemente el dato de prevalencia 1:1000 de población transexual quede obsoleto muy pronto conforme se les brinden más ayudas y puedan vivir sin discriminaciones ni presiones a la expresión de su identidad sentida.

Actualmente, la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor prohíbe la discriminación de los menores por causas de identidad de género y refiere que uno de los principios rectores es asegurar el libre desarrollo de la personalidad de los menores según su identidad de género ²⁰.

Nuevas líneas de investigación tratan de visualizar la realidad de los menores transexuales, brindando así un acercamiento a la sociedad para una mejor comprensión de su situación. Cabe destacar que aunque en los últimos años se esté aportando más información, la disforia de género en la infancia siempre ha estado vigente aunque la notificación de casos fuera menor.

José Luis Pedreira Massa, psiquiatra infantil, afirmaba en la I Jornada de La Transexualidad en la Infancia y la Adolescencia (2014) que los menores transgénero empiezan a manifestar los rasgos de su identidad de género a una edad muy temprana, en torno a los 4-5 años de edad, aunque no siempre es fácil para las familias detectar dichas manifestaciones o expresiones y no las reconocen hasta bastante tiempo después.

Mediante el estudio estandarizado del Child Behaviour Checklist CBCL (Achenbach, 1981) realizado a padres de niños de 4-5 años se obtuvo que el 16.3% de los niños y el 18.6% de las niñas tienen comportamientos considerados culturalmente como pertenecientes al otro género y el 1.3% de los niños y el 5% de las niñas desean ser del género opuesto, pero estos datos no contemplan si estos patrones de comportamiento son permanentes a lo largo del tiempo, por lo que es probable que este cuestionario sobrestime los casos de disforia de género^{21,22}.

Sin embargo, a la hora de acudir a consulta es mayor el porcentaje de niños frente al de niñas, lo que se puede atribuir a una menor tolerancia social por parte de los padres y la sociedad frente a las conductas de cruce de género en los chicos que en las chicas.

22

A pesar de que los estudios indican que la identidad cruzada surge en la infancia, sólo el 12-27% de los casos detectados con disforia persistirá en la edad adulta. Por ello es importante realizar un seguimiento y ser conservadores con los tratamientos médicos, debido a la escasa estabilidad de dicha condición a lo largo del tiempo. Evaluando a lo

largo del tiempo si la disforia se consolida en etapas pospuberales para tener una certeza máxima antes de comenzar con tratamientos médicos irreversibles.²³

Los jóvenes empiezan a ser etiquetados por otros como personas transgénero a la edad media de 13.5 años (los rangos van de 7-16 años). Alrededor de un año más tarde, son ellos mismos los que se etiquetan como tal y permiten que su identidad sea conocida por otros mediante vestimentas del género opuesto al nacimiento o tratamiento hormonal.²⁴

En otro estudio realizado por Grossman y D'Augelli realizado en 2006, obtuvieron que revelar la identidad transgénero o que otros lo descubrieran suponía una importante preocupación para los jóvenes con disforia de género. Con mayor probabilidad los jóvenes transgénero en primera instancia revelaban su identidad a amigos en un 83% y profesores en un 75%. Dos tercios de la muestra de estudio se lo comunicaban también a sus padres y parientes. Sin embargo, en numerosas ocasiones esto traía consigo problemas de discriminación. Aunque en otros casos siempre recibieron apoyo de su entorno.²⁴

Para una mejor comprensión del trabajo, a continuación se aclaran una serie de conceptos tales como primera infancia y preadolescencia, claves en este trabajo ya que es en la primera infancia cuando empieza a crecer el sentimiento de pertenencia a un determinado género y en la adolescencia cuando se produce la consolidación de la identidad ²⁵.

La **primera infancia** es el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad. Se trata de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, porque las experiencias de la primera infancia pueden influir en todo el ciclo de vida de un individuo ^{26,27}.

La **pubertad, adolescencia inicial o adolescencia temprana** es la primera fase de la adolescencia y de la juventud. Normalmente se inicia a los 9 o a los 12 años de edad y se lleva a cabo el proceso de cambios físicos, en el cual el cuerpo del niño o niña adquiere la capacidad de la reproducción sexual, al convertirse en adolescentes²⁸.

Y por último el término de **resiliencia** que es la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos. Los individuos y los grupos pueden hacerse vulnerables si se modifican sus condiciones de vida por cambios forzados en su entorno. La resiliencia social depende de la confianza mutua y

de la fortaleza de los vínculos en el grupo y expresa su capacidad de absorber las presiones y estabilizarse rápidamente. Las familias y las comunidades han sido objeto de estudios sobre los factores de resiliencia en condiciones de adversidad, y se han encontrado elementos materiales, culturales y políticos capaces de influir en sus consecuencias. El apoyo comunitario es un elemento efectivo para el desarrollo de la resiliencia individual y grupal²⁹.

2.3. PERTINENCIA

La elección de la temática de esta revisión narrativa se basa en datos epidemiológicos³⁰, ya que se ha observado que el transexualismo está siendo un fenómeno emergente en la sociedad actual, y es un reto dar a conocer el papel que la enfermera de atención primaria o especializada en salud mental puede desempeñar en el cuidado y acompañamiento de este grupo poblacional. Además, se centra en la infancia porque es en esta etapa, cuando desde la consulta de Enfermería de Atención Primaria a través del seguimiento del desarrollo del niño dentro del Programa del Niño Sano (Cartera de Servicios de AP, servicio 102)^{31,32} se puede identificar y dar respuesta a cualquier disconformidad que el niño o niña puedan tener con su identidad de género y su cuerpo. A modo de ejemplo señalar que, a la hora de desarrollar la valoración del comportamiento y aprendizaje del niño, la enfermera debe contemplar los siguientes aspectos: Rendimiento escolar, problemas de aprendizaje en el colegio, adaptación escolar, problemas de conducta en clase, en casa o con los amigos y dificultades para completar las tareas escolares. Estos son algunos indicativos que permiten orientar la consulta si el niño o niña está sufriendo consecuencias negativas por disforia de género y en caso de que sea necesario elaborar un plan de cuidados personalizado según la situación identificada. También desde la consulta de enfermería en AP se atiende el servicio 201: Promoción de la Salud en la Adolescencia^{31, 32}: para ello se lleva a cabo una anamnesis, la cual es interesante dirigir hacia el abordaje de ciertos puntos como puede ser la autopercepción de la salud, autoconcepto, presencia/ausencia de problemas de conducta, problemas de imagen corporal e influencia de la opinión social, ya que esto permite a los adolescentes y a sus padres un camino más fácil y una transición más sana en este largo recorrido como es el descubrimiento del yo, de estar contento con uno mismo, en definitiva, el ser feliz.

Esta revisión pretende dar a conocer cómo la profesión enfermera puede ser capaz de abordar estos casos desde una manera biopsicosocial dando una atención integral e integrada, trabajando con guías de práctica clínica, apoyándose en evidencia científica y aportando nuevos conocimientos a través de la investigación con el objetivo de empoderar a estos niños y a sus familiares para orientarles hacia la consecución de sus metas y la vivencia de una infancia y adolescencia sana.

2.4. OBJETIVOS

A raíz de la bibliografía consultada se percibe la necesidad de plantear y dar respuesta a los siguientes objetivos dada la poca información existente sobre la transexualidad en la etapa de la infancia y adolescencia y la escasa visibilidad del papel enfermero con este grupo poblacional.

- **Objetivo general:**

- Conocer los aspectos generales de la población infantil con disforia de género.

- **Objetivos específicos:**

- Identificar las necesidades y los cuidados enfermeros requeridos por los niños con disforia de género y sus familias.
- Identificar las barreras para poder acceder al sistema de salud.
- Identificar recursos de cuidado disponibles/intervenciones de cuidado que se están llevando a cabo tanto a nivel nacional como internacional.

3. METODOLOGÍA

El trabajo que se presenta se trata de una revisión narrativa, entendiendo como tal una modalidad de revisión literaria sin métodos definidos de búsqueda, haciendo crítica y síntesis de la documentación encontrada³³.

La estrategia de búsqueda planteada se basó en la consulta sistemática de bases de datos tales como Pubmed, PsycINFO y Cinahl. Para ello se hizo uso de terminología documental obtenida a partir de los correspondientes tesauros de cada base de datos como refleja la *tabla 2*.A continuación, se desempeñaron otras consultas en las bases de

datos de Cuiden y Dialnet, haciendo uso de los términos “transexualidad”, “transexualismo” y “disforia de género” con el tesoro DCS (descriptores en ciencias de la salud), pero sólo se encontraron artículos relevantes en Dialnet (*tabla 6*).

Dichos términos fueron combinados exclusivamente a través del operador booleano AND resultando improductivo el realizar ecuaciones que combinaran más de dos términos. En las *tablas 3, 4 y 5* aparecen reflejadas las ecuaciones de búsqueda utilizadas con las que se obtuvieron resultados para las bases de datos anteriormente citadas.

Mediante el buscador Google Scholar se realizaron búsquedas adicionales con los términos libres como “*disforia de género en la infancia*” para profundizar en aquellos temas de importancia a incluir en el trabajo, además se localizaron una serie de documentos y guías de práctica clínica publicados por diferentes organizaciones y asociaciones de profesionales tanto en España como a nivel internacional sobre las características de la población de estudio seleccionada y las intervenciones sanitarias que se desempeñan con estos niños.

Algunas de las asociaciones consultadas fueron a nivel nacional Crhysallis²⁰ y la fundación Daniela³⁴, y a nivel internacional la WPATH³⁵, quiénes brindan las noticias más actuales.

Respecto a los criterios de inclusión y exclusión, no fueron establecidos con rigidez dado que la implementación de dichos criterios suponía una importante reducción de los artículos localizados, aunque si se trató de seleccionar artículos que fueran actuales, con fecha de publicación entre 2005-2016, y que estuvieran escritos en lengua inglesa o española. En la medida de lo posible se buscó rescatar todos aquellos artículos que estuvieran basados en la infancia. Por ello los únicos filtros que se utilizaron para reducir las búsquedas más extensas obtenidas fueron rangos de fecha de publicación. Así pues, no se incluyeron aquellos documentos que no se encontraban directamente relacionados con el objetivo de nuestra búsqueda, como es el caso de artículos basados únicamente en terapias hormonales y operaciones de reasignación sexual.

Con todas las búsquedas realizadas el esquema a seguir fue el mismo, es decir, en primer lugar se revisaron los títulos obtenidos, a continuación se pasó a una lectura del resumen de aquellos títulos interesantes y posiblemente relacionados con el objetivo de búsqueda. A partir del resumen se seleccionaron los artículos que potencialmente estaban dotados de información relevante para el posterior desarrollo de una lectura crítica, a través de la cual se escogieron los documentos considerados como los más apropiados para formar parte de la revisión del trabajo. Esta se desarrolló atendiendo a la parrilla Caspe, que adjuntamos en el apartado de anexos como ejercicio práctico-reflexivo, en el caso de los estudios cualitativos, que se rige por tres preguntas: ¿son válidos los resultados?, ¿cuáles han sido los resultados?, ¿me resultan útiles los resultados en el cuidado de mis pacientes?. Si la definición y objetivos del estudio cualitativo se exponían claramente, se seguía adelante con la lectura. También, se centró en ver las variables de los diferentes artículos que se seleccionaron para juzgar la utilidad y calidad de la intervención. Además, de cuáles fueron las estrategias de búsqueda utilizadas y la consistencia de los resultados o su homogeneidad. Y obviamente que los resultados den respuesta a los objetivos formulados, de forma clara y sencilla. Y valorar en qué grado los resultados pueden ser extrapolables a nuestros pacientes.

Tabla 2: Terminología controlada utilizada en el desarrollo de las búsquedas.

Términos libres	Términos CUIDEN (DecS)	Tesauro Pubmed: MESH	Tesauro Cinahl	Tesauro PsycINFO
Transexualidad	Transexualismo	Transsexualism	Transsexualism	Transsexualism
Identidad de Género	Identidad de Género	Gender Identity	Gender Identity	Gender Identity
Transgénero	Personas transgénero	Transgender Persons	Transgender Persons	Transgender
Disforia de género	Disforia de Género	GenderDisphory	Sexual and GenderDisorders	No se ha localizado el descriptor
Rol de género	No se ha encontrado descriptor	No se ha encontrado descriptor	Sex Role	Sex Roles

Niño	Niño	Child	Child	No se ha localizado el descriptor
Desarrollo en la infancia	Desarrollo en la infancia	Child Development	Child Development	Infant Development
Cuidado en la infancia	Cuidado del Niño	Child Care	Child Care	Child Care
Evaluación de necesidades	Evaluación de Necesidades	Needs Assessment	Needs assessment	Needs Assessment
Enfermería	Enfermería	Nursing	Nurses	Nursing
Padres	Padres	Parents	Parents	Parents
Familia	Familia	Family	Family	Family
Relaciones familiares	Relaciones Familiares	Family relations	Family relations	Family relations
Discriminación social	Discriminación social	Social Discrimination	Discrimination	Social Discrimination
Estigma social	Estigma social	Social stigma	Social Behavior Disorders	Stigma

Tabla 3: Búsquedas realizadas a través de Cinahl.

	Ecuaciones	Nº Referencias Totales	Nº Ref. por Título	Nº Ref. por resumen	Nº Ref. texto completo	Artículos relacionados
Base de datos: CINAHL	(MM “Transsexualism”) AND (MM “Gender Identity”). <i>Filtro: all child</i>	29	7	4	1	-
	(MM “Gender identity”) AND (MM “Transgender Persons”).	18	8	5	2	-
	(MM “Gender Identity”) AND (MM “Child Development”)	21	4	3	2	-
	TOTAL ARTÍCULOS	72	22	15	5	Ninguno
<i>Artículos totales utilizados en la elaboración del trabajo: 5</i>						

Tabla 4: Búsquedas realizadas a través de PsycInFO

	Ecuaciones	Nº Referencias Totales	Nº Ref. por Título	Nº Ref por Resumen	Nº Ref texto completo	Artículos relacionados
Base datos: PSYCINFO	(MM "Transgender") AND (MM "Nursing")	7	2	1	1	-
	(MM "Transgender") AND (MM "Parents")	22	11	7	1	-
	(MM "Gender identity") AND (MM "Child Care")	3	1	1	1	-
	(MM "Transgender") AND (MM "Family")	30	4	3	1	-
	TOTAL ARTÍCULOS	112	43	25	4	Ninguno
<i>Artículos totales utilizados en la elaboración del trabajo: 4</i>						

Tabla 5: Búsquedas realizadas mediante Pubmed

	Ecuaciones	Nº Referencias Totales	Nº Ref. por título	Nº Ref por resumen	Nº Ref texto completo	Artículos relacionados
Base de datos: PUBMED	"Transsexualism"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]	45	23	19	1	
	"Transsexualism"[Mesh] AND "Family Relations"[Mesh] AND ("2011/03/09"[PDat] : "2016/03/06"[PDat])	12	3	3	0	+2
	TOTAL ARTÍCULOS	126	34	27	1	+2
<i>Artículos totales utilizados en la elaboración del trabajo: 3</i>						

Tabla 6: Búsquedas realizadas con DIALNET

	Ecuaciones	Nº Ref. Totales	Nº Ref. por Título	Nº Ref. por Resumen	Nº Ref. texto completo
Base de datos: DIALNET	“Transexualismo” Filtros: Temática Ciencias de la salud, año 2010-2016, Texto completo	33	9	7	0
	“Disforia de género” Filtros: Temática Ciencias de la salud, año 2010-2016, Texto completo	21	6	3	1
	TOTAL ARTÍCULOS	54	15	10	1
	<i>Artículos totales utilizados en la elaboración del trabajo: 1</i>				

De ésta forma de 114 artículos detectados en las bases de datos con títulos relacionados con la materia a tratar, se escogieron 13 documentos a formar parte de la revisión narrativa. Además a estos se añadieron 7 más procedentes de las búsquedas en Google Scholar, haciendo un total de 20 artículos, de los cuáles el 55% son de origen estadounidense, un 25% proceden de España, 10% de Australia y el 10% restante de otras procedencias (*Anexo 1*).

Además, de los 20 artículos seleccionados para la revisión un 60% se trataban de revisiones bibliográficas, un 10% estudios cualitativos, un 20% guías de práctica clínica, un 5% estudios descriptivos y el 5% restante pertenecía a otras tipologías (*Anexo 1*).

4. RESULTADOS:

A partir de la evidencia aportada por los 20 documentos seleccionados cuyas características principales se pueden observar en el anexo 1, se han identificado los siguientes temas o grupos de contenido a través de los cuáles se intentará dar respuesta a los objetivos planteados.

4.1. VALORACIÓN ENFERMERA

De cara al acompañamiento de los niños con disforia de género y sus familias, se contempla como fundamental la identificación precoz de este malestar para su abordaje

temprano. En esta línea, Fernández M, et al destacan la detección del diagnóstico de Disforia de Género como una función prioritaria del profesional de salud mental, por lo que es importante que éstos manejen con soltura las clasificaciones diagnósticas que actualmente se encuentran en vigor.³⁶

Los TIGI son entidades muy complejas asociadas con intenso malestar e insatisfacción (Becerra, 2003), de tal forma que la detección precoz y el tratamiento integral se convierten en dos pilares fundamentales que fomentan la calidad de vida, mejoran la comorbilidad psiquiátrica y la disforia de género.³⁶

El primer paso para una detección y abordaje precoz es llevar a cabo una valoración exhaustiva del niño con sospecha de disforia de género desde atención primaria, en dicha valoración el personal de enfermería debe realizar una entrevista en la que recoja la información aportada por el niño y la familia, también es importante registrar la información reportada por las escuelas. Además, el profesional enfermero debe realizar un ejercicio de observación de las conductas y comportamientos, para ello puede llevar a cabo una sesión de juegos con fines terapéuticos.

Los aspectos en los que la enfermería debe centrar su valoración atendiendo a las recomendaciones de la WPATH, son los siguientes:³⁷

En primer lugar es necesaria la **evaluación del desarrollo de la identidad de género del menor**, si está siendo adecuada, incluyendo el análisis de conductas y comportamientos del mismo así como la repercusión emocional de estos últimos sobre el niño.

Los niños que presentan disforia de género pueden rechazar los estereotipos de género como pueden ser las modalidades de juego, deportes o los juguetes que socialmente se asignan a su sexo de nacimiento, mostrar rechazo a su cuerpo sexuado y presentar deseos de tener el cuerpo del sexo opuesto. Además, pueden decidir querer travestirse, aunque en edades bajas depende de si la familia lo permite o no, o pueden pedir repetidamente usar ropa del género opuesto (por ejemplo, vestidos de princesa o pantalones de combate) o negarse a llevar abiertamente vestimentas socialmente entendidas como femeninas o masculinas.³⁸

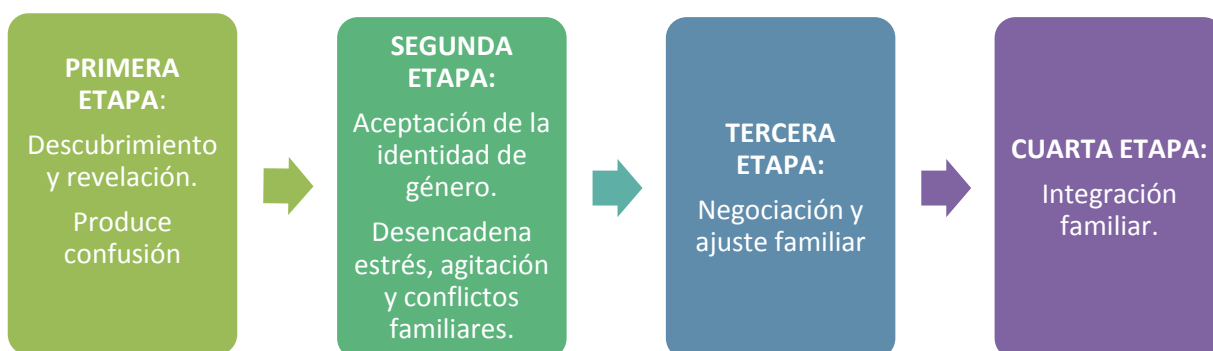
En el estudio de Grossman et al., en 2006, 25 de los 31 participantes entre 15 y 20 años (81%) afirmaron que ellos solían usar ropa del otro sexo y 29 (94%) de los jóvenes con sexo biológico masculino se describieron a sí mismos como mujeres.²⁴

Por otra parte es prioritaria **la observación y análisis de los sistemas de apoyo** con los que cuenta el niño, y sus relaciones sociales, es decir, **evaluación de las fortalezas y debilidades del funcionamiento familiar**. Reid Vanderburgh (2009) describe en uno de sus estudios que para trabajar con una persona con disforia de género y su familia fuera de una conceptualización patológica, el primer paso es evaluar la conducta del niño y la estructura familiar y su funcionalidad, así como aquellos factores que puedan influir en la actualización de la nueva identidad.³⁹

Por su parte, Lev (2004) propone un modelo de cuatro etapas, de cómo las familias hacen frente a la aparición de un familiar con disforia de género, en base a su propia experiencia de trabajo como terapeuta con estas personas y sus familias, lo que ella llama el modelo de *surgimiento familiar* (ver figura 1).⁴⁰

Este modelo, sin embargo, no está exento de críticas como la que realiza Zamboni señalando que todos estos modelos son de carácter descriptivo y no han sido probados empíricamente.⁴¹

Figura 1: Etapas del modelo de surgimiento familiar propuesto por Lev. Fuente: Lev, A. Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families. Binghamton, NY: The Haworth Clinical Practice Press; 2004.



A demás es fundamental **la detección de las necesidades del menor y las barreras** a las que deben hacer frente para lograr su máximo bienestar prestando especial atención a problemas de discriminación o estigmatización (relacionados con el patrón rol relaciones) u otros problemas relacionados de salud mental (asociados a la valoración del patrón autoestima-auto-concepto y afrontamiento). En relación a esto último, decir que, la discriminación suele tener su inicio en la edad media de 13 años. Por su parte, Grossman identifica que un 87% de los 31 jóvenes que conformaban su muestra de estudio, experimentaron agresiones verbales incluyendo insultos, burlas o

amenazas con daño físico. El abuso físico tiene inicio a la edad media de los 14 años, un 35% refirió haber sufrido agresiones físicas incluyendo recibir golpes, patadas o heridas mediante cuchillos, pistolas, palos u otras armas. Un 16% de la muestra experimentó en el pasado abusos sexuales o violaciones.²⁴

El acoso verbal fue infligido a los jóvenes alrededor de un 77% por parte de sus padres o padrastros, 48% por parte de hermanos/as. Sufrir abuso por parte de aquellas personas que deberían mostrarles apoyo y quererles es un grave problema que estos jóvenes sufren y que hace que muchos abandonen sus casas, se aislen, se vean limitadas sus oportunidades educativas, no alcancen a tener un empleo y necesiten dedicarse al trabajo sexual u otras actividades para conseguir dinero.²⁴

Grossman y d'Augelli en 2007 realizaron un nuevo estudio con 55 jóvenes con disforia de género, cerca de un 45% había contemplado seriamente la ideación de suicida y un 26% había llevado a cabo acciones para ello pero ninguno de los 55 jóvenes que conformaban la muestra consumó el suicidio. Lo que les había impulsado a llevar a cabo estas actuaciones fueron las experiencias de abusos verbales y físicos por parte de sus padres, la baja autoestima, así como la presión recibida por sus familiares y la población.²⁴

Finalmente, en términos de valoración, resulta imprescindible valorar cuál es la información que manejan los niños y sus familias con respecto a la disforia de género al margen de, posteriormente, re-valorar respuestas del niño y la familia a la información que se les vaya ofreciendo sobre el fenómeno y sobre las posibilidades de abordaje.

Concluir diciendo que la valoración es fundamental para garantizar que la disforia de género está siendo diagnosticada precoz y correctamente no tratándose de un problema secundario a otro diagnóstico o a otras circunstancias de la vida del menor.

Las familias que acudan a los equipos de atención primaria serán remitidas al personal especializado correspondiente (Unidad de Salud Mental Comunitaria) que a su vez podrá remitir, en los casos necesarios, a la Unidad de Trastorno de Identidad de Género (UTIG). Tras diagnosticar al menor y una vez valorada la situación particular del menor y su entorno, se remitirá un informe al centro educativo con recomendaciones a seguir para la adecuada integración del o la menor transexual en el género que siente como propio.⁴²

4.1.1. BARRERAS Y NECESIDADES SENTIDAS POR LOS NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS PADRES:

Las barreras para el cuidado con las que se encuentran los niños y adolescentes con disforia de género y sus familias, según los autores Roberts TK y Fantz CR (2014)⁴³son las siguientes:

En primer lugar se identifica la renuncia o negativa a revelar la identidad de género sentida, pudiendo esto entorpecer el acceso a la atención asistencial y limitando la orientación de nuevas investigaciones sobre intervenciones de cuidado eficaces.

Por otra parte, las barreras estructurales tales como baños públicos restringidos por género pueden hacer que las personas con disforia de género se vean incómodas, pudiéndose valorar la posibilidad de disponer de un baño privado unisex.

En cuanto al sistema informático de recogida de datos en el mundo sanitario, existe la codificación binaria de hombre/mujer. En respuesta, el WPATH convocó en 2011 a un grupo de expertos clínicos y especialistas en tecnología de la información médica para hacer recomendaciones de cara al desarrollo y mejora del uso de sistemas informáticos con respecto a los pacientes con disforia de género.

Las barreras financieras o económicas también suponen una importante limitación en la medida en que los seguros no cubren las intervenciones quirúrgicas de estos pacientes.

Con respecto a la actitud de los profesionales de la salud en términos de contratransferencia y la falta de conocimiento respecto a cómo gestionar la atención de las personas con disforia de género, decir que la WPATH y la Asociación Endocrina Americana, han identificado la necesidad de directrices formales para la atención de personas transexuales, dada la falta de información y recursos en esta área. En los últimos cinco años, ambas organizaciones han publicado normas de atención basadas en las recomendaciones de los grupos de expertos. No obstante, los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud reciben poco o ningún entrenamiento formal para brindar de manera adecuada cuidadosa este colectivo.

En cuanto a las experiencias vividas por los niños y sus familias, la autora Riley EA (2011,2012)^{44,47}reflejalasnecesidadessentidas por parte de los niños y sus familias.

Las necesidades por parte de los padres que los profesionales de salud perciben se resumen en los siguientes párrafos:

El apoyo emocional, es visto como una necesidad fundamental por los padres, además tanto los padres como los niños demandan ser escuchados en un ambiente de tranquilidad y que se les brinden comprensión y orientación. Además, de una educación e información correctas.

Los padres también necesitan de unos profesionales que sean acogedores, cuidadosos y comprensivos y, en particular, que estén dispuestos a aliviar el dolor del niño y la angustia por los efectos de la pubertad.

Es fundamental también un diagnóstico, tratamiento y resultados beneficiosos para sus hijos porque los padres necesitan "un proceso de diagnóstico" e instrucciones claras.

El apoyo y comprensión de otros padres y familias con niños con disforia de género permite a los padres conocer que hay otras familias que están en su misma situación.

Así como el apoyo, la comprensión y aceptación por parte de las escuelas porque es importante que se dé educación sobre sexualidad y los roles de género, identidad de género y ayudar a los niños a desarrollar el conocimiento sobre sus propios cuerpos.

Por último, la práctica basada en la evidencia es una necesidad que los padres depositan en los profesionales y en los protocolos de tratamiento recomendados.

Riley et al (2011)⁴⁵ en sus artículos refiere que la falta de conocimiento y sensibilización sobre las personas transgénero de los padres de estos menores junto con sus propias preocupaciones les produce un vacío que les deja con pocos recursos y apoyo. A esto se añade una carga extra, ya que los padres tienen que hacer frente a las opiniones y actitudes de los que les rodean, además de gestionar sus propias preocupaciones y toma de decisiones con respecto a su hijo.

Y en cuanto a las necesidades por parte de los niños son ser aceptados y apoyados; ser escuchados, respetados y amados; contar con el apoyo y reconocimiento profesional; que se le permita expresar su género; sentirse seguros y protegidos; vivir una vida normal; contar con el apoyo de la escuela y tener acceso a los tratamientos hormonales para retrasar la pubertad si se diera el caso en un futuro.

4.2. ROL DE ENFERMERÍA EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y SOPORTE DEL NIÑO Y LA FAMILIA

La evidencia científica, aportada por Forcier et al. (2013) ⁴⁶, sugiere que las enfermeras pediátricas pueden ser profesionales de la salud “clave” para los padres que cuestionan y buscan orientación al principio. La asociación WPATH (2011) ³⁷ afirma que las enfermeras escolares, profesionales de los servicios sociales, y enfermeros especialistas en la salud mental también deben estar familiarizados con las características de la no conformidad de género para la identificación e intervención temprana y proporcionar servicios de apoyo.

El papel de las enfermeras pediátricas evoluciona continuamente y es desafiado por los pacientes con necesidades únicas y especiales. Los componentes clave de la atención de los pacientes con disforia de género son evaluar, enseñar, tratar y apoyar. Es importante evaluar el estado de la familia del paciente y valorar el grado de aceptación, así como alentar y apoyar a los padres y pacientes trabajando a través de sus pensamientos y sentimientos con respecto al género y la sexualidad. Las enfermeras no tienen que ser expertas en problemas de identidad de género, pero tienen que estar familiarizadas con los servicios de apoyo y recursos de referencia que están a disposición de las familias.

Las enfermeras pueden ayudar a los padres y médicos a entender que la orientación sexual y el desarrollo de identidad de género son aspectos normativos dentro del desarrollo del niño.

Ryan et al (2011)⁴⁵ refiere que las enfermeras están en una posición única para proporcionar: una valoración adecuada, educación para la salud y apoyo a jóvenes LGBT y a sus familias. Además, las enfermeras deben identificar las necesidades de educación y orientación que presentan los padres y cuidadores a la hora de ayudar a sus hijos LGBT. Si bien es importante ofrecer este apoyo, es indispensable respetar las preferencias de los jóvenes y las decisiones sobre dónde, cómo y cuándo optar por revelar su identidad LGBT a los padres, cuidadores y otros miembros de la familia.

Además, cuando se trabaja con las familias de estos niños, los enfermeros deben tener en cuenta la confidencialidad, tal y como lo entienden Nicholson C y McGuinness T. (2014) ⁴⁷. El secreto sobre la identidad es a menudo un precursor de la vergüenza y aunque la presentación de familias entre sí, que se encuentran en la misma situación, puede parecer una violación de la confidencialidad, también puede ser una forma de

intervención adecuada y con un gran alcance clínico, ya que permite a las familias discutir temas abiertamente con otros que entienden lo que les está pasando.

El modelo de intervención basado en las fortalezas que utilizan muchos trabajadores sociales, es decir, orientado a empoderar al cliente, ayuda a las familias a identificar con mayor facilidad sus competencias, habilidades y recursos para enfrentar y resolver sus necesidades, y además motiva y capacita a los padres, cuidadores, y otros miembros de la familia a que adopten conductas de apoyo.⁴⁸

Vanderburgh (2009)³⁹ dice que es responsabilidad de la enfermera informarse de aspectos de la comunidad transexual, mantenerse al día de la evidencia científica existente y formarse. Internet, además, es un recurso muy valioso, tanto para la enfermera como para el cliente, ya que hay muchas listas de servidores y sitios web disponibles. Es importante que la enfermera tenga un cierto dominio de la terminología para poder resolver las dudas que los padres presenten y brindarles una batería de conceptos típicos para que estén familiarizados con ellos.

Además, enfermería debe conocer el abordaje con tratamientos hormonales que se utiliza en los adolescentes que deciden iniciar un tratamiento hormonal y ha de estar capacitada para brindar la educación relacionada con el uso de medicamentos, sus efectos, riesgos y beneficios. Las enseñanzas de las técnicas de inyección requieren una gran cantidad de tiempo y paciencia (Forcier et al).⁴⁶

Y por último, si hay otros recursos disponibles, es una buena idea para los terapeutas mantenerse al corriente de tales recursos con el fin de ponerlos a disposición de familias. Tener una tabla de recursos en la consulta, o una lista de los recursos disponibles en un sitio web, puede ser una valiosa herramienta para ayudar a las familias.

4.2.1. CUIDADOS ENFERMEROS

Muchas personas transgénero evitan acudir a consulta por el miedo y la vivencia de experiencias de trato discriminatorio. La comprensión de la nueva identidad del paciente es vital para mejorar el acceso a la atención, la construcción de confianza entre el paciente y la enfermera, y una transición más saludable en el paciente. Por ello, Hein LC describe⁴⁹ algunas claves para proporcionar cuidados culturalmente competentes a la hora de recibir a un paciente con disforia de género en consulta. Algunas de estas recomendaciones se resumen en:

Crear un entorno acogedor para los pacientes transexuales; entender que pueden haber experimentado muchos obstáculos antes de llegar a contactar con el sistema sanitario y que incluso el acceso a la sanidad puede ser una cuestión problemática. Para la creación de dicho clima es aconsejable preguntar a los pacientes con que nombre les gustaría ser llamados y con el que se sienten más cómodos, cumpliendo con las políticas de no discriminación. Continuando en esta línea de creación de un espacio terapéutico acogedor, no deben hacerse preguntas innecesarias e invasivas, que violen la intimidad del paciente; todas las preguntas deben tener un fin terapéutico. Así como es importante también, que los proveedores de atención médica estén sensibilizados e informados sobre los protocolos de salud y normas de atención actuales en personas con disforia de género.

El protocolo de la CAM lleva a cabo la atención de estos menores a través del modelo de Terapia Afirmativa Gay (Gay Affirmative Therapy) ⁵⁰, mediante el cual se analiza el impacto negativo del estigma en la salud psicológica y permite ayudar a los menores y a sus familias a comprender que, ni ellos, ni su identidad, inconformidad o expresión de género son un problema.

Se trata de llevar a cabo un acompañamiento psicológico con el menor y su entorno cercano a través de profesionales formados en diversidad de género. Cada caso debe ser valorado individualmente, por lo que no existe una atención única y específica. Sus objetivos son ⁵⁰:

Clarificar y reforzar el autoconcepto sano y positivo, así como prevenir el rechazo, proteger y mejorar su integración psicosocial en su entorno inmediato, para ello se lleva a cabo un acompañamiento psicológico a nivel individual que permite aliviar la ansiedad y el temor a sufrir rechazo dentro de su familia y del entorno escolar. En cuanto a las familias, ofrecer asesoramiento y acompañamiento psicológico en el proceso de aceptación de la diversidad sexual y de género de sus hijos e hijas. Se les enseña a hablar con el niño sobre el género de una manera apropiada para su desarrollo, a comunicar e informar a todos los miembros de la familia y amigos cercanos, como a fomentar la integración en todos los ámbitos sociales. En el caso del género diverso, la intervención más importante es ayudar a la familia a gestionar y vivir con la incertidumbre de hacia dónde se desarrollará una conducta no conforme durante todo el proceso evolutivo.

Los adolescentes, durante su etapa de desarrollo, viven en riesgo de rechazo por el prejuicio al que se exponen. Los datos muestran que pueden surgir dificultades de conducta y emocionales asociadas a dicho malestar, reacciones psicológicas diversas que pueden incluir, entre otras, depresión y alteraciones de conducta. Las investigaciones indican que estos menores pueden experimentar acoso, riesgo de aislamiento social etc.

Las intervenciones psicológicas que se tendrían que llevar a cabo tienen que ser individualizadas con el fin de abordar las necesidades de los adolescentes dentro de su contexto familiar y social.

La terapia individual con las infancias tempranas no está intrínsecamente indicada, pues el mayor bloque de trabajo terapéutico se hace con las familias. Sin embargo, la terapia de juego individual puede ayudarles a desarrollar su identidad y conducta de género de una manera segura y saludable⁵⁰.

Para muchos menores transexuales, son muy recomendables las intervenciones totalmente reversibles⁵⁰, como una transición social de género que incluye cambiar la ropa, cambio de nombre, nuevos pronombres, o cambios en los cortes de pelo.

En la literatura como la 7ª edición de las normas de atención de la WPATH³⁷ o los autores Leibowitz y Telingator (2012)⁵¹ sugieren algunas recomendaciones que el personal sanitario debe llevar a cabo para lograr una transición sana en los niños con disforia de género, como pueden ser:

Mejorar las fortalezas de resiliencia y adaptación del niño, educando y buscando la participación del entorno para comprender el grado de cambio puberal. Para ello debe proporcionarse psicoeducación acerca de las diversas trayectorias de la no conformidad del género en la infancia. Además, es fundamental ampliar el sistema de apoyo social a través de la participación de la escuela, así como hacer uso de las guías elaboradas por profesionales de la salud y acudir a consulta de expertos.

En el caso de los adolescentes también es importante lo siguiente:^{50,51}

Realizar el soporte adecuado y un seguimiento adaptado a las necesidades individuales es básico para que los jóvenes logren afrontar la intensa angustia que supone la espera del inicio del proceso médico de transición. Los jóvenes transexuales necesitan recibir una información adecuada sobre el tratamiento médico que requiere su proceso de transición, las diferentes etapas y profesionales a los que van a tener que

visitar, así como el peligro que supone para su salud comenzar un proceso de autohormonación sin un seguimiento médico o someterse a intervenciones estéticas no realizadas por profesionales de la medicina. Es importante informar sobre los itinerarios sociosanitarios a seguir en su proceso de transición, los requisitos que conlleva y el tiempo estimado que tardará en recorrerlos, además de que es esencial informar sobre el marco legal. Es fundamental que los jóvenes conozcan las leyes que actualmente existen y que regulan la realidad de las personas transexuales.

Dentro de la promoción de la salud de estos jóvenes, se contempla la salud sexual. Por este motivo, se les proporciona espacios o conocimientos que les permitan discernir si sus conductas sexuales actuales son de riesgo o no para las enfermedades de transmisión sexual.

Estudios internacionales y la experiencia propia del Programa de la CAM⁵⁰ concluyen en la importancia de atender las necesidades específicas de los jóvenes y adolescentes LGTB. Por ello la formación de grupos mixtos de menores pertenecientes al colectivo LGTB es altamente recomendable, ya que esto favorece la creación de un espacio grupal de autoapoyo y de trabajo para adolescencias LGTB que facilite el proceso de aceptación de la propia orientación sexual/identidad de género, desde el acompañamiento psicosocial en el proceso y sus fases. Los objetivos específicos de estos grupos son⁵⁰:

Dotar de habilidades y herramientas para afrontar positivamente las dudas y confusión respecto a su orientación sexual/identidad de género. Por ello, es necesario favorecer una socialización integradora con iguales LGTB, que permita construir modelos positivos de identificación.

Tomar conciencia de los problemas y dificultades que ocasionan la homo/bi/transfobiasocial e internalizada en las personas a nivel emocional, conductual y cognitivo, ofreciendo herramientas para su afrontamiento, creando una red propia de socialización y apoyo intragrupal.

También se dará información sobre educación para la salud que prevenga posibles conductas de riesgo ante el consumo de drogas y las relaciones sexuales y educar en estilos positivos de vinculación afectiva de cara a enfrentar sus primeras experiencias de pareja.

Además, diversos autores como Vanderburgh R (2009)³⁹o Malpas J(2011)⁵²refieren que la creación de grupos de padres y madres de niños transexuales facilita conocer a otras familias que ya han pasado por esta circunstancia y observar su proceder. El consejo entre ellos, el apoyo psicoemocional y la información que se adquiere, contribuye a crear un ambiente familiar que facilita el desarrollo de una autoestima positiva del menor y, por tanto, es una fórmula preventiva ante los riesgos psicosociales que pudieran afectarle.

Pirelli E ⁵³da a conocer una intervención creada por ella que pretende lograr la creación de un ambiente de transición positivo, para ello realiza seminarios en los que habla sobre las características de los niños transexuales y su transición y trata de normalizar dichos aspectos, para ello empieza por las redes sociales más cercanas al niño como es el caso de su familia, a partir de esta información los participantes toman su propia decisión de apoyar o no al niño en su expresión de género y al menor se le otorga la libertad de explorar su expresión de género incluyendo si quiere cambiar los roles de género o volver a su identidad de género de nacimiento si es necesario. El siguiente paso que sigue la autora es realizar un nuevo seminario con los profesionales de la salud y los profesores de la escuela del niño para crear conciencia también en estos, y por último se expone de nuevo el tema a los amigos del menor.

4.2.2. RECURSOS

En España existen servicios y recursos que abordan la problemática y malestar de los menores con diversidad de género y sus familias, con el objeto de garantizar su bienestar, luchar contra el estigma social existente en este ámbito y ofrecer herramientas que garanticen una vida plena y normalizada de estos niños y niñas. Entre los recursos disponibles que se han detectado en la literatura consultada para la elaboración del trabajo pueden destacarse los siguientes:

Tabla 7: Recursos disponibles a nivel nacional.

RECURSOS	
ASOCIACIONES	<p>Fundación Daniela: su objetivo principal es luchar contra la discriminación para ello ofrece formación a los profesionales y sensibiliza a la sociedad.³⁴</p> <p>Chrysallis: aporta información a las familias y facilita el contacto entre ellas, brinda ayuda psicológica y lucha por los derechos y la integración de estos menores en la sociedad.²⁰</p>
UTIG	<p>Se encuentran repartidas por las Comunidades Autónomas de España: UTIG del Hospital Ramón y Cajal en Madrid, el Hospital Clinic de Barcelona, el Hospital de las Cruces de Bilbao y otras en Asturias, Canarias y la Comunidad Valenciana.</p>
PROGRAMAS, PROTOCOLOS Y GUÍAS	<p>Programa LGTB de la Comunidad de Madrid, de la Consejería de Asuntos Sociales ⁵⁰</p>
CUENTOS	<p>La gran equivocación o El nacimiento de la luciérnaga, creados por la Asociación Chrysallis.</p> <p>Reversible, disponible en: http://issuu.com/00ki/docs/reversible</p> <p>Soy Jazz escrito por Jessica Herthel y Jazz Jennings.</p>
PELÍCULAS	<p>Tomboy de CelineSciamma (2011), El vestido nuevo de Sergi Pérez Gómez (2007).</p>
INTERNET	<p>Supone una amplia fuente de información para las familias y los jóvenes donde pueden encontrar foros de apoyo entre iguales u otras sedes web en las que resolver sus preguntas.</p>

5. DISCUSIÓN

A lo largo de esta revisión narrativa se ha pretendido revisar y actualizar las cuestiones relacionadas con el manejo del paciente menor de edad con disforia de género, así como indagar en el papel de la enfermería en el cuidado de estos pacientes.

A través de la revisión de la bibliografía se ha podido definir qué es exactamente la disforia de género en la infancia y sus criterios diagnósticos, cómo detectarla y las intervenciones y recursos disponibles.

La información disponible en relación al tema no es muy extensa y cabe destacar que no existe mucha evidencia científica al respecto, pues no se logró localizar ningún artículo que probara que las intervenciones que actualmente se realizan son eficaces y que la mayor parte de la información se trata de literatura anglosajona procedente de países como EEUU, que cuentan con más estudios sobre el tema. También se pudo apreciar que una gran mayoría de artículos hablan del papel de los psiquiatras y terapeutas quedando olvidada la disciplina de enfermería, la cual puede llegar a aportar mucho en este ámbito.

Algunas recomendaciones que se podrían aportar para la práctica clínica son que el profesional de salud, en este caso la enfermera, se forme en cuestiones de identidad de género para que el día de mañana, por ejemplo, si un niño o adolescente con disforia de género acudieran a la consulta de atención primaria, tuviera unos conocimientos mínimos y supiera cuáles son los recursos con los que cuenta, para ello sería de gran interés que todos los profesionales que realizan la revisión del niño sano en la consulta de atención primaria recibieran formación y se pusieran en contacto con la fundación Daniella, quien cumple una importante labor de docencia. También es importante que el profesional de la salud trabaje con los posibles prejuicios e ideas que pudiera tener sobre la transexualidad para que no interfiera en su práctica clínica y estos niños puedan ser atendidos con la mayor competencia posible.

Como se mencionaba anteriormente, la enfermera tiene que ser capaz de detectar cuáles son los recursos con los que cuenta y ofrecérselos no sólo al niño sino también a su familia, para ello puede ser beneficioso, por ejemplo, estar en continuo contacto con asociaciones, ya que las conforman familias que están pasando por lo mismo por lo que éste puede ser un recurso muy valioso a tener en cuenta e incluso acompañar a los padres a visitar estas asociaciones por si tuvieran reticencias y sería una manera de trabajar en conjunto. O también, simplemente, en la consulta de atención primaria recomendar leer cuentos infantiles a los más pequeños o recomendar ver películas a los mayores para que tanto éstos como sus padres entiendan un poco más el proceso por el que están pasando. Ir a los colegios o a los institutos es recomendable, dar charlas a los

compañeros de clase de estos niños es útil para intentar disminuir el alto porcentaje de discriminación y de violencia que sufren estos, tratando de despatologizar y hacer ver a la comunidad educativa que tener un niño con disforia de género no supone un problema, sino que al contrario, la escuela podría ser líder impulsora en integrar a estos niños en igualdad de valores y sin el menor rastro de discriminación a la hora de impartirles una educación.

Las revisiones del niño sano suponen un foco de detección de disforia de género en la infancia para la enfermera, así pues sería aconsejable abordar y valorar distintos aspectos en función de la edad del menor: en la revisión de los dos años es importante prestar atención al discurso del niño y observar que género gramatical usa para referirse a si mismo, ya que a partir de los dos años de edad los niños ya son capaces de identificar su género. También sería recomendable indagar a través de la entrevista las preferencias del niño respecto a ropa, actividades y juguetes, o mostrarle juguetes en la consulta y ver cuales le llaman más la atención. En la de los 4 años se debería valorar todo lo anterior y además a esta edad los niños tienen que ser capaces de dibujar figuras del cuerpo, por lo que se le puede pedir que se dibuje a sí mismo, así a la par que se evalúa el desarrollo psicomotor se puede observar con que género se identifica a través del dibujo. A partir de los 5 años los niños ya van al baño solos, por lo que en la revisión de los 6 años sería interesante averiguar en que baño se sienten más cómodos y observar con que ropa prefieren vestirse, ya que a partir de los 6 años se visten solos y eligen la ropa. Entre los 6 a 18 años se puede hacer uso del Child Behaviour Checklist (CBCL) para saber más sobre los comportamientos y conductas del menor. También en esta y las próximas revisiones debería valorarse el rendimiento escolar, posibles problemas de discriminación y estigmatización en el entorno del menor. En las revisiones posteriores correspondientes con la adolescencia se debe dar al niño la opción de llevar a cabo la consulta solas, y se debería abordar como se siente el adolescente con su imagen corporal y el nivel de autoestima del mismo, para ello puede utilizarse la Escala de Autoestima de Rosenberg que evalúa la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

A partir de dicha valoración es recomendable elaborar un plan de cuidados a partir de los problemas y necesidades detectadas que deben tratarse, aunque actualmente existe muy poca información descrita en la literatura al respecto en éste trabajo se hacen

algunas propuestas de etiquetas diagnósticas al igual que resultados e intervenciones que podrían estar presentes en los menores con disforia de género (*Anexo 3*).

Proporcionar folletos o trípticos en la consulta de atención primaria también es un fácil, sencillo y útil recurso en el que pueden presentarse puntos básicos de nociones sobre el tema de disforia de género así como direcciones y teléfonos de las asociaciones más relevantes con el objetivo de informar y educar a los padres y niños y concienciar a la comunidad.

Al margen de todo lo anteriormente comentado, se hace necesaria más investigación sobre el tema para lograr conocer cuáles son las características sociodemográficas y profundizar en el conocimiento y abordaje de las necesidades terapéuticas de estos niños dentro del sistema sanitario español.

Como se menciona anteriormente, es vital trabajar los prejuicios propios que tenga el profesional de la salud y saber más sobre este tema. De hecho sería conveniente que en el propio plan de estudios universitario de grado de enfermería se impartiera una asignatura, al menos, que tratara cuestiones como la identidad de género.

Y por último, con la elaboración de este trabajo se plantean algunas posibles futuras líneas de investigación, como pueden ser: realizar en el ámbito español, estudios observacionales descriptivos o cualitativos para demostrar la eficacia de posibles nuevas intervenciones que se puedan trabajar con este colectivo o proponer estudios que validen los planes y actividades enfermeras a realizar con esta población ya que hay muy poca información descrita en la literatura.

6. CONCLUSIONES

Las barreras con las que se encontraban niños y adolescentes para poder acceder al sistema sanitario detectadas han sido financieras, estructurales y sanitarias, y éstas podrían disminuir si hubiera nuevas políticas de desarrollo.

Las necesidades expresadas por los padres son el apoyo emocional, la existencia de profesionales expertos en la materia y un diagnóstico, tratamiento y resultados certeros. En cambio, se observó que las de los niños y adolescentes, aparte de solicitar mayor información, deseaban ser aceptados y apoyados; escuchados, respetados y amados; así como contar con el apoyo y reconocimiento profesional; que se les permita

expresar su género; sentirse seguros y protegidos; vivir una vida normal; contar con el apoyo de la escuela y tener acceso a tratamientos hormonales para retrasar la pubertad, en el caso de los adolescentes. Por lo que se puede observar, son más necesidades emocionales que informativas. En ambos casos, enfermería juega un papel fundamental para dar a conocer que la orientación sexual y el desarrollo de identidad de género son aspectos normativos dentro del desarrollo del niño.

De cara a la intervención, un enfoque basado en las fortalezas ayudaría a las familias a identificar con mayor facilidad sus competencias, habilidades y recursos, todo lo que puede ayudar a motivar y capacitar a los padres, cuidadores, y otros miembros de la familia para que adopten conductas de apoyo.

Otro de los objetivos planteados fue cuáles eran los cuidados enfermeros que se proporcionaban a esta población, aunque actualmente en la literatura no se recoge demasiada información, el trabajo que aquí se presenta pretende mostrar la importancia de las enfermeras ya que están en una posición única para proporcionar una valoración adecuada, educación para la salud y apoyo a jóvenes y a sus familias.

Y por último, es necesario que enfermería conozca los recursos de apoyo para proporcionar una ayuda inestimable a estos pequeños y sus familias, en especial las asociaciones formadas por padres de niños con disforia de género.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Boutain D. Social justice as a framework for professional nursing. *J. Nurs. Educ.*; 2005, 44(9), 404-408.
2. Definición ABC. *Tu diccionario hecho fácil*. <http://www.definicionabc.com/social/justicia-social.php>. Ultimo acceso: 19 diciembre 2015).
3. Schim SM., Benkert R, Bell SE, Walker DS, Danford CA. Social justice: added metaparadigm concept for urban health nursing. *Public Health Nurs.* 2007; 24 (1): 73-80.
4. Buettner- Schmidt K, Lobo ML. Social justice: a concept analysis. *J. Adv.Nurs.* 2012; 68 (4): 948-958.

5. Ruíz N. La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. *Investigaciones Geográficas, Boletín*. 2012; (77): 63-74.
6. Chesnay M. *Vulnerable Populations: Vulnerable People. Caring for vulnerable*. 2ª ed. Massachusetts. Jones and Bartlett Publishers; 2008.
7. Chim PL, Kramer MK. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. 7ª ed. Missouri, Mosby, 2008.
8. Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J. Adv.Nurs*. 2007; 57 (1): 101-110.
9. Gastó C. Transexualidad. Aspectos Históricos y Conceptuales. *C. Med Psicosom* [Internet] 2006 [acceso 23 Dic 2015]; (78). Disponible en: http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Medico_aspectoshistoricos.pdf
10. Gómez E, Esteva I, Bergero T. La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: Concepto y características físicas. *C. MedPsicosom* [Internet] 2006 [acceso 24 Dic 2015]; (78). Disponible en: http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Medico_transexualidadadulto.pdf
11. Benjamin H.: *Transvestism and transsexualism*. *International Journal of Sexology*. 1953; 153: 391- 396.
12. Fernández M, García E. Surgimiento, evolución y dificultades del diagnóstico de transexualismo. *RevAsocEspNeuropsiq* [Internet] 2012 [acceso 24 Dic 2015]; 32 (113). Disponible en: <http://www.siiis.net/documentos/ficha/213209.pdf>
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
14. Platero R. Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización. *Política y Sociedad* [Internet] 2009 [acceso 26 Dic 2015]; 46 (1). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/viewFile/POSO0909130107A/21860>
15. Polo C, Daniel O. Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *RevAsocEspNeuropsiq* [Internet] 2011 [acceso 27 Dic 2015]; 31 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000200008&script=sci_arttext

16. Europa Press. Sólo cuatro Comunidades Autónomas realizan la cirugía genitoplástica o de “reasignación sexual”. Diario de avisos. 10 Enero 2012. Sanidad.
17. Bergero T, Cano G, Giraldo F, Esteva I, Ortega MV, Gómez M, et al. La transexualidad: asistencia multidisciplinaren el Sistema Público de Salud. RevAsocEspNeuropsiq [Internet] 2004 [acceso 23 Dic 2015]; (89). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000100002&script=sci_arttext
18. COGAM [Internet]. Madrid. Colectivo de lesbianas, gays y transexuales de Madrid; 2004 [acceso 18 de Dic]. Propuesta para la cobertura sanitaria pública del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo de personas transexuales en el INSALUD (Comunidad de Madrid). Disponible en: http://www.cogam.es/_cogam/archivos/16144_Archivos_es_Propuesta_Cobertura_Sanitaria_Cogam.pdf
19. Dominguez JM, Garcia P, Hombrados MI. Transexualidad en España. Análisis de la realidad social y factores psicosociales asociados. España; 2011 [acceso 23 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.felgtb.org/rs/722/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/7fb/filename/ransexualidad-en-espana.doc>
20. Chrysallis.org [Internet]. Chrysallis Asociación de Familias de Menores Transexuales; 2014 [acceso 8 Ene 2016]. Disponible en: <http://chrysallis.org/es/>
21. Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. Behavioural problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through six-teen. Monography Soc. Res. Child Development, 46, 1-82. 1981.
22. Tomás J. Trastorno de la Identidad de Género. Barcelona: Centre Londres 94. 2009 [acceso 05 Feb 2016]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Trastornos_identidad_sexual.pdf
23. Basterra Gortari V, Ruiz Ruiz R. Comentarios sobre las diferencias de disforia de identidad de género entre niños y adolescentes. RevPsiquiatr Salud Ment (Barc.). 2015.
24. Stieglitz KA. Development, Risk, and resilience of Transgender Youth. JANAC. 2010; 21 (3): 192-206.
25. Rodríguez LM. Trastornos de la identidad de género en la niñez. PerinatolReprod Human 2001; (15): 52-59.

26. Estado de la Convención sobre los Derechos del Niño: Informe del Secretario General En: Sexagésimo quinta Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, 2 de agosto de 2010. Nueva York, Naciones Unidas, 2010 (A/65/206) (http://www.ecdgroup.com/pdfs/news-UNGA65_Status%20on%20the%20Convention%20on%20the%20Rights%20of%20the%20Child_SG%20Report%20_August%202010.pdf). Último acceso: 12 de diciembre de 2015).

27. Early childhood development: a powerful equalizer. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/eckn_report_07_2007.pdf). Último acceso: 12 de diciembre de 2015).

28. Marshall, William A.; Tanner, JM. *Crecimiento humano: tratado comprensivo*. 2ª ed. Edición. New York: Plenum Press. (1986); (8):171–209.

29. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. DRAE. <http://www.rae.es/>(último acceso 19 diciembre 2015).

30. Gómez Balaguer M, Solá E, Garzón S, García Torres S, Cube-lls P, Hernández Mijares A. Aproximación epidemiológica a los trastornos de identidad de género. En: Becerra Fernández A, editor. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz Santos; 2003

31. Servicio Madrileño de Salud, Gerencia de Atención Primaria. Atención a la salud infantil en los centros de atención primaria de la comunidad de Madrid; abril 2012.

32. Servicio Madrileño de Salud. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid; 4ª ed. julio 2014.

33. Aveyard H. *Doing a literature review in health and social care. A practical guide*. Berkshire. Open University Press; 3ª ed. 2014.

34. [Fundaciondaniela.org.es](http://www.fundaciondaniela.org.es) [Internet]. Madrid: Fundación Daniela; 2015 [actualizado 21 Mar 2016; citado 26 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.fundaciondaniela.org/>

35. WPATH.org [Internet]. EEUU: World Professional Association for Transgender Health; 2016 [actualizado 14 Feb 2016; citado 26 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.wpath.org/>

36. Fernández M, Guerra P, Díaz M. La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. *C. Med. Psicosom.* 2014; (110).
37. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-nonconforming People. World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 7th Version. *International Journal of Transgenderism*, 2012.
38. Stieglitz KA. Development, Risk, and resilience of Transgender Youth. *JANAC.* 2010; 21 (3): 192-206.
39. Vanderburgh R. Appropriate Therapeutic Care for Families with Pre-Pubescent transgender/Gender-Dissonant Children. *Child Adolesc Soc Work J*; 2009 (26): 135-154.
40. Lev, A. *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families.* Binghamton, NY: The Haworth Clinical Practice Press; 2004.
41. Zamboni BD. Therapeutic considerations in working with the family, Friends and partners of transgendered individuals. *The family journal: counselling and therapy for couples and families*; 2006, 14(2): 174-179.
42. Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa de la Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad del Gobierno de Canarias. *Atención a niños y niñas con disforia de género y adolescentes transexuales en los centros escolares.* 2013.
43. Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clinical Biochemistry*; 2014 (47)983–987.
44. Riley EA, Sitharthan G, Clemson L, Milton N Diamond .The Needs of Gender-Variant Children and Their Parents According to Health Professionals. *Int. J. Trans.*; 2011; 13(2), 54-63.
45. Riley E et al. Surviving a gender-variant childhood: The views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. *J. Sex Marital Ther.* 2013; 39(3): 241-263.
46. Forcier M, Emily haddad, Lcsw. Health Care for Gender Variant or Gender Non-Conforming Children. *Rhole Island Medical Journal*; 2013.

47. Nicholson C; McGuinness T. Gender Dysphoria and Children. *J. Psych NursMent Health*, 2014; 52 (8): 27-30.
48. De la Paz E. La Intervención en trabajo social desde la perspectiva de las fortalezas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 2011; 24: 155-163.
49. Hein LC, Levitt N. Caring for Transgender patients: Understanding the unique health concerns of transgender patients will help you provide culturally competent care. *Nursing Made Incredibly Easy*, 2014; 29.
50. Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales. Programa LGTB de la Comunidad de Madrid. Guía de atención a menores con diversidad de género en la Comunidad de Madrid.
51. Scott F. Leibowitz & Cynthia Telingator. Assessing Gender Identity Concerns in Children and Adolescents: Evaluation, Treatments, and Outcomes. *Curr Psychiatry Rep* (2012) 14:111–120.
52. Malpas J. Between Pink and Blue: A Multi-Dimensional Family approach to Gender Nonconforming Children and their Families. *Fam Proc*, 2011; 50 (4): 453-470.
53. Benestad EEP. Adressing the disturbed, like ripples in water: intervention with the social networks of children who transe. *Sex Relation Ther*, 2009; 24 (2): 207-216.

8. ANEXOS

Anexo 1: Tabla de clasificación de los artículos por países y análisis de la temática y tipología del artículo

PAÍSES	TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTOR Y AÑO	TIPOLOGÍA	TEMÁTICA
España	La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas.	Fernández M, et al. (2014)	Revisión bibliográfica	Clasificaciones diagnósticas.
	Guía de atención a menores con diversidad de género.	Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de asuntos sociales. (2015)	Guía de práctica clínica	Atención a menores transexuales.
	Comentarios sobre las diferencias de disforia de identidad de género entre niños y adolescentes.	Basterra V, et al. (2015)	Revisión bibliográfica	Diferencias entre niños y adolescentes con disforia de género
	Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia	Asenjo NA et al.(2015)	Revisión bibliográfica	Funcionamiento de las Unidades de Trastorno de Identidad de Género
	Atención a niños y niñas con disforia de género y adolescentes transexuales en los centros escolares.	Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción	Guía de práctica clínica.	Actuación en la escuela.

	Educativa de de Canarias. (2013)			
Estados Unidos	Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults	Ryan C, et al. (2010)	Revisión bibliográfica	Implicaciones para la práctica e investigación en enfermera en jóvenes trans
	Between Pink and Blue: A Multi-Dimensional Family Approach to Gender Nonconforming Children and their Families	Malpas J. (2011)	Estudio descriptivo	Experiencias Familiares
	Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7ª versión	WPATH (2012)	Guía de práctica clínica	Atención a la salud de personas transexuales
	Appropriate Therapeutic Care for Families with Pre-Pubescent Transgender/Gender-Dissonant Children	Vanderburgh R. (2008)	Revisión bibliográfica	Cuidado a las familias
	Helping parents & children understand “Gender Identity Disorder”	Perrin EC, et al. (2003)	Revisión bibliográfica	Características de niños con disforia de género.
	Development, Risk and Resilience of Transgender Youth	Stieglitz KA. (2010)	Revisión bibliográfica	Desarrollo niños transexuales.

	Loving beyond gender: family experiences of transgender loved ones.	Cartner C. (2013)	Revisión bibliográfica	Experiencias y necesidades de las familias de niños transexuales.
	Screening, identificación and support of Gender Non-Conforming Children and Families	Forcier M et al. (2013)	Revisión bibliográfica	Identificación temprana y apoyo a las familias de niños con disconformidad de género.
	Assesing Gender Identity Concerns in Children and Adolescents: Evaluation, Treatments and outcomes	Libowitz SF et al. (2012)	Revisión bibliográfica	Directrices para trabajar con niños y adolescentes con disforia de género.
	Gender Dysphoria and Children	Nicholson C, McGuinness T. (2014)	Revisión bibliográfica	Implicaciones enfermeras en el cuidado a niños con disforia de género
	Caring for transgender patients	Hein LC et al. (2014)	Guía de práctica clínica	Cuidados culturalmentes competentes
Canadá	Supporting gender independent children and their families.	Pyne J. (2015)	Fascículo	Implicaciones de los profesionales de salud con los niños de género independiente y sus familias
Australia	Surviving a gender-variant childhood. The views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their	Riley et al. (2013)	Estudio cualitativo	Identificar las necesidades de niños transgénero y la de sus padres

	parents.			
	The needs of gender variant Children and Their parents.	Riley EA. (2012)	Estudio cualitativo	Identificación de las necesidades de los niños transexuales y sus padres.
Reino Unido	Understanding the experience of parents of pre-pubescent children with gender identity issues	Gregor C, et al. (2014)	Revisión bibliográfica	Experiencias familiares.

Anexo 2. Ejercicio reflexivo de lectura crítica de un estudio cualitativo con ayuda de parrilla CASPe.

Riley E. et al. Surviving a gender-variant childhood: The views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. *J. Sex Marital Ther.* 2013; 39(3): 241-263.

PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN

A) *¿Los resultados del estudio son válidos?*

1. *¿Se define o definieron de forma clara el/los objetivo/s de la investigación?*

Sí, el objetivo aparece claramente definido en este artículo: identificar las necesidades de los niños con disforia de género y las de sus padres, mediante la recogida de información de experiencias vividas por adultos transgénero durante su infancia, para realizar una transición lo más confortable posible. La relevancia de dicho objetivo queda justificada dado que este estudio supone una fuente de datos no explotada que es crucial para comprender las necesidades actuales de estos niños. Respecto a la pregunta de investigación, queda implícitamente definida de tal modo que se intuye que la estructura atendiendo a la pregunta PICO sería la siguiente: **Población** de estudio (personas transgénero adultas); **Intervención** (encuestar a la población de estudio); **Comparación**: en este caso no es valorable porque no hay y **Resultados**: reflejan las necesidades de niños con disforia de género como ser aceptados y respetados en su expresión de género. Y las propias necesidades de los padres son tener acceso a la información, estrategias de crianza y soporte emocional. Por lo que la pregunta de investigación sería, *¿cuáles son las necesidades de niños con disforia de género y las de sus padres a través de la experiencia de adultos transgénero?*

2. *¿Es congruente la metodología cualitativa?*

Como la pregunta que hemos identificado en el punto anterior es una pregunta de experiencia entonces claro que la metodología cualitativa es congruente en tanto que trata de explorar la experiencia de un determinado fenómeno en relación a la subjetividad de quienes lo viven.

3. *¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?*

Los autores hacen referencia a la teoría fundamentada, ordenando la reflexión y comparación de los datos que permite seguir un proceso para poder comprender las experiencias de los participantes. Esto fue revisado por el equipo de investigación a través del examen de los datos originales para garantizar la coherencia de los temas. El establecimiento de estos temas luego permitió la identificación de patrones y categorías de necesidades. Además, los autores recuerdan que la investigación cualitativa no es dependiente del número de las respuestas es más bien en la riqueza y profundidad de la información, además de que la teoría fundamentada es una aproximación adecuada porque lo que se pretende es explorar procesos o bien construcciones en torno al fenómeno de salud-enfermedad derivadas de la interacción social.

PREGUNTAS DE DETALLE

4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?

La estrategia de selección no fue muy concisa porque no pusieron criterios específicos salvo que los participantes fueran transgénero y que en su infancia ya hubieran tenido disforia de género por lo que la encuesta estaba abierta a cualquier adulto con la descripción de variación de género. El estudio cualitativo estuvo anunciado en periódicos, revistas científicas especializadas, sitios web y a través de *The World Professional Association for Transgender Health's* además de en conferencias. Se aplicó una encuesta semiestructurada a través de Internet en la cual se empleó 10 preguntas cerradas para reunir información demográfica y 21 preguntas abiertas para obtener una respuesta ampliada permitiendo una apreciación de la extensión y profundidad de las experiencias de los participantes. Por lo que puede decirse que sí es congruente la metodología.

5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?

La técnica empleada fue una sucesión de preguntas mediante una encuesta. Para reducir el sesgo de memoria y mejorar la fiabilidad del método retrospectivo, el diseño de investigación utilizado fue la ordenación cronológica de las múltiples preguntas abiertas para provocar recuerdos de carácter personal y para ayudar a hacer memoria de la recuperación de recuerdos. La encuesta también fue

diseñada para permitir a los participantes poder saltarse preguntas que no deseen contestar por lo que las respuestas a las preguntas eran voluntarias. Aun así un cuestionario aunque tenga preguntas abiertas no es la herramienta más apropiada para un estudio de experiencia que sigue una metodología cualitativa desde la perspectiva de la teoría fundamentada.

6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?

En ningún momento se hace reflexión si los investigadores han examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación en la formulación de la pregunta de investigación o en la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. Tampoco se justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.).

7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?

En referencia a aspectos éticos el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Humanos por la Universidad de Sydney, además de que todos los participantes firmaron un consentimiento informado en el cual especificaba que podían retirarse en cualquier momento.

B) ¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS?

8. ¿Fue el análisis de los datos suficientemente riguroso?

A priori el análisis no es congruente con la propuesta de la teoría fundamentada, parece más bien un análisis muy pegado al dato, descriptivo y poco interpretativo. Se excluyeron los individuos que respondieron solamente los datos demográficos porque era necesario que se respondiera a las preguntas abiertas para que fuera representativo. De los datos obtenidos en las preguntas abiertas se fueron clasificando en tablas o en gráficos las necesidades detectadas. Se presentan también, fragmentos originales del discurso para ilustrar los resultados pero no se referencia su procedencia.

9. ¿Es clara la exposición de los resultados?

Los resultados dan respuesta clara al objetivo inicial planteado, presentándose de una manera clara en tablas y en gráficos como se mencionaba anteriormente. Los

autores discuten que los resultados hallados fueron similares a un estudio que hicieron en 2011, pero ese estudio en vez de preguntar cuáles eran las necesidades que echaron en falta en la niñez en adultos transgénero fue en profesionales de distintos ámbitos que trabajaban con niños. Y por último, limitaciones que mencionan son que el colectivo transexual no es una población homogénea, sesgos de memoria porque la edad intermedia de los participantes era más de 46 años con lo cual era importante tenerlo en cuenta a la hora de aplicar el método retrospectivo. También se reconoce que los diferentes grupos de edad pueden representar diferentes necesidades en la infancia.

El énfasis de los participantes sobre la necesidad de la educación y, aunque actualmente relevante, tiene que ser colocado en el contexto de la época. La facilidad de acceso a la información a través de Internet y otros medios de comunicación populares, incluyendo la amplia gama actual de canales de televisión y películas, no estaban disponibles por lo menos el 90% de los encuestados cuando eran niños.

Además, aunque en este estudio se reunieron participantes internacionales, se reconoce que sólo se desarrolló en inglés el estudio limitándose severamente la entrada global y, en consecuencia, la mayor participación (86%) provino de los Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña y Canadá.

C) ¿SON LOS RESULTADOS APLICABLES EN TU MEDIO?

10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?

La necesidad de conocimientos sobre la salud se destacó como una herramienta para potenciar individuos, en este caso, los padres, para responder de manera efectiva en el tratamiento de los posibles problemas que pudieran surgir con respecto a sus hijos.

Se requiere más investigación en las áreas de preferencias sexuales donde los resultados implican que un espectro más amplio de las preferencias es necesaria para capturar y entender un poco más en profundidad la sexualidad humana.

Las necesidades identificadas de los niños con disforia de género y las de sus padres en este estudio son una importante contribución a los programas de educación que contribuyan al bienestar general de ellos.

Esta información también tiene el potencial de contribuir al desarrollo de directrices positivas para los padres y la comunidad en general siendo inestimable la ayuda de los profesionales, no haciendo referencia a cuales serían los ámbitos de éstos.

Anexo 3. Proceso de atención de enfermería en disforia de género en niños y adolescentes.

	Diagnósticos enfermeros (NANDA)	Criterio de resultados (NOC)	Intervenciones y actividades (NIC)
PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTIVO	<p>(00083) Conflicto de decisiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • RC falta de experiencia en la toma de decisiones, información insuficiente, sistema de apoyo insuficiente • MP angustia mientras intenta tomar una decisión, Cuestionamiento de los valores personales mientras se intenta tomar una decisión, Reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones consideradas 	<p>(0906) Toma de decisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa. -Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa. <p>(1614) Autonomía personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Toma decisiones vitales informadas. -Toma decisiones libres de la presión de otros familiares. -Participa en las decisiones de cuidados de salud. <p>(1504) Soporte social:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas. -Refiere una red social de ayuda. 	<p>(5250) Apoyo en la toma de decisiones</p> <ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar la información solicitada por el paciente. Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas. Servir de enlace entre el paciente y la familia. Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios. Derivar al asesor jurídico, según corresponda. Remitir a grupos de apoyo, según corresponda. Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. Utilizar programas informáticos interactivos o ayudas para la decisión basadas en internet como complemento al apoyo profesional.

	<p>(00126) Conocimientos deficientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>RC</u> información insuficiente, conocimiento insuficiente de los recursos. • <u>MP</u> conducta inapropiada (apático) 	<p>(1606) Participación de las decisiones sobre asistencia sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados. - Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones. 	<p>(5515) Mejorar el acceso a la información sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar la experiencia del paciente con el sistema sanitario, incluidos la promoción de la salud, la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el cuidado y mantenimiento de la salud y el paso por el sistema sanitario. -Determinar el estado del acceso a la información sobre salud al inicio del contacto con el paciente con evaluaciones informales y/o formales.
	<p>(00225) Riesgo de trastorno de la identidad personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>RC</u> alteración del rol social, autoestima baja, crisis situacional, discriminación. 	<p>(1202) Identidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbaliza afirmaciones de identidad personal. - Muestra una conducta verbal y no verbal congruente sobre sí mismo. - Verbaliza un sentido claro de identidad personal. 	<p>(5390) Potenciación de la autoestima</p> <p>Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.</p> <p>Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada persona es única.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al autoconcepto.</p>

			Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.
PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO	<p>(00054) Riesgo de soledad</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>RC</u> aislamiento social 	<p>(2603) Integridad de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los miembros manifiestan lazos fuertes con la familia. - Los miembros comparten pensamientos, sentimientos, intereses, preocupaciones. - Los miembros se comunican de forma abierta y honesta entre sí. 	<p>(7100) Estimulación de la integridad familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irrealistas de culpa o responsabilidad, si está justificado. - Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia. - Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia. - Remitir a la familia a grupos de apoyo de otras familias que experimenten problemas similares.

	<p>(00121) Trastorno de la identidad personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>RC</u> transición del desarrollo • <u>MP</u> confusión de género 	<p>(1215) Conciencia de uno mismo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresa sentimientos a los demás <ul style="list-style-type: none"> -Acepta propiedad de pensamientos/sentimientos y comportamientos -Se imagina en el futuro 	<p>(5390) Potenciación de la autoconciencia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos. -Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada persona es única. -Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al autoconcepto. -Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.
	<p>(00153) Riesgo de baja autoestima situacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>RC</u>: transición del desarrollo, alteración de la imagen corporal 	<p>(1205) Autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> -Descripción del yo. -Voluntad para enfrentarse a los demás. -Descripción de estar orgulloso. -Sentimientos sobre su propia persona. -Descripción del éxito en la escuela. 	<p>(5400) Potenciación de la autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

<p>ROL-RELACIONES</p>	<p>(00053) Aislamiento social</p> <p>-<u>RC</u>: recursos personales insuficientes</p> <p>-<u>MP</u>: actitud triste, ausencia de sistema de apoyo, preocupación por los propios pensamientos, sentirse diferente a los demás</p>	<p>(1504) Soporte social</p> <p>-Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas.</p> <p>-Refiere una red social de ayuda.</p> <p>-Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas.</p>	<p>(7110) Fomentar la implicación familiar</p> <p>Crear una cultura de flexibilidad para la familia.</p> <p>Anticipar e identificar las necesidades de la familia.</p> <p>Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.</p>
	<p>SEXUALIDAD-REPRODUCCION</p>	<p>(00065) Patrón sexual ineficaz</p> <p>-<u>RC</u>: Conocimiento insuficiente sobre alternativas relacionadas con la sexualidad</p> <p>-<u>MP</u>: conflicto de valores</p>	<p>(1207) Identidad sexual</p> <p>-Afirmación del yo como un ser sexual.</p> <p>-Sentido claro de la orientación sexual.</p> <p>- Imágenes negativas de identificación del yo sexual.</p>

	<p>(00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar</p> <p>-<u>RC</u>: expresa deseo de conectar con otros que hayan experimentado una situación similar, expresa deseo de escoger experiencias que optimicen el bienestar</p>	<p>(2600) Afrontamiento de los problemas de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones. - Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros 	<p>(7110) Fomentar la implicación familiar</p> <p>Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.</p> <p>Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.</p>
--	---	--	--



TÉRMINOS

SEXO: se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.

GÉNERO: se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y mujeres.

DISFORIA DE GÉNERO: Una marcada incongruencia entre el género que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de 6 meses.

RECURSOS DISPONIBLES PARA EL PROFESIONAL:

INSTITUCIONES: UTIG (Hospital Ramón y Cajal, Hospital Clinic de Barcelona, Hospital Cruces de Bilbao)

ASOCIACIONES:

<http://www.wpath.org>;

<http://www.fundaciondaniela.org>;

<http://chrysallis.org.es/> (607 249 182)

LIBROS:

1. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-nonconforming People. World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 7th Version. International Journal of Transgenderism, 2012.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013

3. Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales. Programa LGTB de la Comunidad de Madrid. Guía de atención a menores con diversidad de género en la Comunidad de Madrid



**ATENCIÓN A
PACIENTES CON
DISFORIA DE
GÉNERO EN LA
INFANCIA Y
ADOLESCENCIA**



PAPEL ENFERMERO

El papel de las enfermeras pediátricas evoluciona continuamente y es desafiado por los pacientes con necesidades únicas y especiales. Los componentes clave de la atención de los pacientes con disforia de género son evaluar, enseñar, tratar y apoyar. Es importante evaluar el estado de la familia del paciente y valorar el grado de aceptación, así como alentar y apoyar a los padres y pacientes trabajando a través de sus pensamientos y sentimientos con respecto al género y la sexualidad.

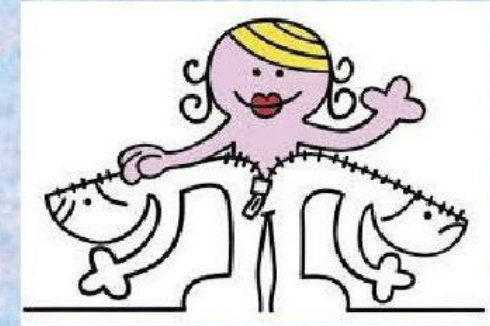
ASPECTOS A VALORAR:

- Evaluación del desarrollo de la identidad de género en el niño (conductas y comportamientos).
- Garantizar de que la disforia de género se está diagnosticando correctamente y no se trata de un problema asociado a otras circunstancias.
- Observación y análisis de los sistemas de apoyo del menor.
- Detección de las necesidades y barreras.
- Indagación del bienestar del paciente, así como de problemas de discriminación o de salud mental.
- La familia y la escuela son focos importantes de valoración y detección.

Libros a tener en consulta para que puedan leer los menores:

-Herthel J; Jennings J. *Soy Jazz*. Penguin Random House. NY: 1ªed; 2015.

-Gutiérrez M. *El rancho de Cris/La mochila rosa*. Bellaterra. España: 2ª ed; 2015.



RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO:

- Crear un entorno acogedor en la consulta y tratar a los pacientes por el género de preferencia.
- Ofrecer asesoramiento y acompañamiento psicológico a las familias.
- Clarificar y reforzar el autoconcepto sano y positivo. Mejorar las fortalezas de resiliencia y adaptación del niño
- Brindar información sobre: marco legal, recursos sociosanitarios, posibles itinerarios de tratamiento
- Coordinación con los profesionales de la educación y de la salud. Dar educación para la salud.

Si no podemos poner fin a nuestras diferencias, contribuyamos a que el mundo sea un lugar apto para ellas.
(John F. Kennedy)