

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
FACULTAD DE MEDICINA  
SECCIÓN DEPARTAMENTAL DE ENFERMERÍA



# DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Revisión Narrativa

Grado de Enfermería

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Autor: Andrea González Gómez

Tutora: Dra Carmen Sellán Soto.

Curso académico: 2017-2018



## RESUMEN

**Introducción:** El concepto de Disforia de Género (DG) ha sufrido una gran evolución y ha estado sometido a numerosas críticas hasta llegar a la definición actual: una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, con una duración mínima de 6 meses y situándose la edad de aparición entre los 2-4 años.

**Objetivo:** conocer la percepción que la población infantil y adolescente tiene sobre el sistema de salud, identificando el perfil general de estos, la comorbilidad con enfermedades mentales y el papel que desempeña a enfermera en su cuidado.

**Metodología:** se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PsycINFO, Pumed, Medline, CINAHL, así como en el repositorio de Dianlet y Google Académico, estableciendo un límite temporal de 10 años, escritos en inglés o en español y relacionados con la población infantil/adolescente.

**Resultados:** 19 artículos referentes al establecimiento del diagnóstico, las barreras que percibe esta población al acceder al sistema de salud e implicaciones en salud mental, además de aquellos referentes a la posición privilegiada de las enfermeras en el cuidado de esta población. **Conclusiones:** la disforia de género no implica necesariamente el transexualismo. Estos jóvenes no reciben unos cuidados adecuados debido a la falta de formación de los profesionales, pudiendo tener esto repercusiones en su salud mental. Las enfermeras se encontrarán en una posición privilegiada para proporcionar información y cuidado tanto a los menores como a sus familias, contribuyendo así a una mejora de la calidad de vida.

**Palabras clave:** Disforia de género, transgénero, transexualismo, identidad de género, niño, adolescente, familia, cuidados de salud, barreras en el cuidado.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The concept of Gender Dysphoria (GD) has undergone a great evolution and has been widely criticized until the current definition was reached: a marked incongruence between the sex that one feels or expresses and the one that can be assigned, with a minimum of 6 months of duration and situating the age of appearance between 2-4 years. **Objective:** to know the perception that child and adolescents have about the health system, identifying the general profile of these, the comorbidity with mental illnesses and the role played by the nurse in their care. **Methodology:** a bibliographic search was carried out in the databases of PscyINFO, Pumed, Medline, CINAHL, as well as in the repository of Dianlet and Google Scholar, establishing a time limit of 10 years, written in English or in Spanish and related with child/adolescent population. **Results:** 19 articles related to the establishment of the diagnosis, the barriers that this population perceives when accessing the health system and the implications in the mental health, in addition to those referring to the privileged position of the nurses in the care of this population. **Conclusions:** gender dysphoria does not necessarily imply transsexualism. These young people do not receive adequate care due to the lack of training of professionals, which may have repercussions on their mental health. Nurses will be in a privileged position to provide information and care to both minors and their families, thus contributing to an improvement in the quality of life.

**Key words:** Gender Dysphoria, transgender, transsexualism, gender identity, child, adolescent, family, healthcare, barriers in care.

# ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN .....	1
1.1	Conceptualización y fundamentación .....	1
1.2	Objetivos .....	12
2	METODOLOGÍA .....	13
3	RESULTADOS .....	18
3.1	Valoración del niño y adolescente, y la familia .....	18
3.1.1	Establecimiento del diagnóstico precoz y tratamiento .....	18
3.2	Percepción de los adolescentes del sistema de salud .....	21
3.2.1	Implicaciones en la salud mental .....	21
3.2.2	Barreras que encuentran al acceder al sistema de salud .....	23
3.2.3	Los profesionales de la salud .....	25
3.3	La familia .....	27
3.4	Papel de la enfermera .....	31
3.5	Recursos disponibles en la Comunidad de Madrid .....	33
4	DISCUSIÓN .....	34
5	CONCLUSIONES .....	40
5.1	Limitaciones .....	41
5.2	Recomendaciones y futuras líneas de investigación .....	41
6	AGRADECIMIENTOS .....	42
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
8	ANEXOS .....	47

# ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Estimación por Comunidades Autónomas de la prevalencia de menores transexuales en España. ....	7
<b>Tabla 2.</b> Términos utilizados en el desarrollo de las búsquedas.....	15
<b>Tabla 3.</b> Búsquedas en PscyINFO .....	16
<b>Tabla 4.</b> Búsquedas en PUBMED .....	16
<b>Tabla 5.</b> Búsquedas en Medline.....	17
<b>Tabla 6.</b> Búsquedas en CINAHL.....	17
<b>Tabla 7.</b> Búsquedas en Dianlet .....	17
<b>Tabla 8.</b> Recursos disponibles en la Comunidad de Madrid para menores con diversidad de género y sus familias.....	33

# 1 INTRODUCCIÓN

## 1.1 Conceptualización y fundamentación

Siguiendo a Gastó (2006), términos tales como transexualismo, transgenerismo, trastorno de la identidad de género o disforia de género han sido utilizados para designar a aquellas personas que han nacido con un sexo con el cual no se identifican y sienten el deseo de cambiarlo.

Sin embargo, aunque dichos términos han sido utilizados indistintamente en muchas ocasiones, existen variantes en sus definiciones.

Según Sánchez, Mora & Oviedo (2017), el transexualismo, a diferencia de lo que muchos creen, no es un fenómeno actual, sino que ha estado presente a lo largo de la humanidad así como en las diferentes culturas, modulándose su forma de manifestarse en función del contexto cultural.

Y es que, este término no es nuevo, ya que, como señala Sánchez et al. (2017), en el año 1940 empieza a utilizarse para hacer referencia a todas aquellas personas cuyo deseo es vivir como miembros del sexo opuesto de manera permanente.

Pionero en llevar a cabo trabajos relacionados con la transexualidad y la disforia de género, Harry Benjamin, endocrinólogo alemán, será el primero en describir dicho término en el año 1953. Según cita Gómez et al. (2006), Benjamin (1953) define el transexualismo como “la asociación entre normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo y en consecuencia, con el deseo de cambiar de sexo” (p.8).

En muchas ocasiones, el término transgénero, como señala la asociación Chrysallis en el 2013, es utilizado como sinónimo de transexual.

En cuanto a la disforia de género, ha habido una larga evolución en el concepto hasta llegar a la definición actual.

Tal y como señalan Fernández, Guerra, Díaz & Grupo GIDSEEN (2014a), en el año 1978 las categorías diagnósticas que hacen referencia a los Trastornos de Identidad de Género (TIG) en niños, adolescentes y adultos se incorporaran por vez primera en el

CIE 9. En 1980, en el DSM-III se dividirán los trastornos sexuales en tres grupos: las parafilias, las disfunciones sexuales y los trastornos psicosociales. En estos últimos quedarían incluidos los TIG. Más tarde, en 1992, la publicación del CIE 10 supondrá un importante cambio con respecto a su antecesor al constituir los TIG un grupo independiente de los trastornos de la inclinación sexual y las disfunciones sexuales. Con el DSM-IV se sustituirá el término transexualismo, término que se mantenía en el CIE10, por TIG, utilizándolo para, según la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (2003), designar a “aquellos sujetos que muestran una fuerte identificación con el género contrario e insatisfacción constante con su sexo anatómico” (p.6), además en este mismo manual se unifican los criterios para los niños, adolescentes y adultos. Con la llegada del año 2010 llegará también la publicación del borrador del DSM-V (manual vigente en la actualidad). En él se propone cambiar el término TIG por “incongruencia de género”. Esto supuso un gran número de críticas, por lo que finalmente, en la publicación definitiva en el año 2013, se reemplazó por el término “Disforia de Género” (DG).

Según cita Fernández et al (2014a), este término ya fue utilizado por Fisk (1974) para “designar el malestar resultante de la discordia entre identidad de género y sexo asignado” (p.30).

A la hora de definir la Disforia de Género, el DSM-V divide tal definición en DG en niños y DG en adolescentes y adultos.

El DSM-V (2014) define:

#### Disforia de género en niños

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

- 1 Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del 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 ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
- 3 Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
- 4 Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo 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 actividades típicamente femeninos.
- 7 Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
- 8 Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

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

#### Disforia de género en adolescentes y adultos

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

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.

4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.”  
(p.451)

Por tanto, es importante comprender la diferencia entre DG y transexualismo para no catalogar a todos los niños con DG como transexuales, puesto que no todos se someterán a tratamientos de reasignación de sexo.

Como señala Fernández et al. (2014a), la sustitución del término “Transexualismo” por “Disforia de Género” supuso un paso en la despatologización de la transexualidad, pero a pesar de los intentos por parte del DSM-V y de la última versión de los Estándares Asistenciales (WPATH) todavía sigue estando catalogada como trastorno de salud mental.

No solo estas entidades buscaron eliminar la patologización de este término sino que también aparecieron campañas y movimientos que batallaron, y aún lo siguen haciendo, por conseguirlo.

Este es el caso de la denominada campaña *STOP Trans Pathologization* (2013), campaña a nivel internacional que luchará principalmente por la retirada de las categorías de “Disforia de Género”/ “Trastornos de la Identidad de Género” de manuales diagnósticos tales como DSM y CIE, al igual que por la garantía de los derechos sanitarios trans. Constituye también parte de estas corrientes el denominado movimiento *Queer*. Este movimiento, según dice de Toro (2015), pretende una concepción más amplia del género y lucha por la integración de aquellas personas que no encajan con los estereotipos y expectativas de género que tiene la sociedad.

Siguiendo a Fernández et al. (2014a), a nivel nacional nos encontraremos una serie de movimientos que empiezan a aparecer en España en el 2007 a raíz de la aprobación de la *Ley 3/2007 del 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*. En esta Ley 3/2007 del 15 de marzo, se reconoce el derecho de las personas trans a cambiar su nombre además de modificar su sexo legal, garantizando de esta forma el libre desarrollo tanto de la personalidad como de la dignidad de aquellas personas cuya identidad de género no se corresponde con aquella con la que fueron inscritas.

También nacerá en España, a nivel estatal en el 2013, la Asociación Chrysallis, formada por las familias de los menores transexuales, que tiene como principal objetivo el reconocimiento de la identidad sexual de sus hijos.

Pasando al marco sanitario, según Bergero et al. (2004), no será hasta 1999 cuando la transexualidad se incorpora a las prestaciones sanitarias públicas, creándose en octubre de ese mismo año en Andalucía, en el Hospital Carlos Haya de Málaga, la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG), siendo esta la primera unidad dentro del Sistema Público Español en dar respuesta sanitaria a las personas transexuales.

Tal y como dice Platero (2009), en Andalucía aparecerá también la “Asociación de Identidad de Género” la cual tendrá un papel esencial en la inclusión del tratamiento integral de la transexualidad dentro del servicio de Salud Pública.

Según Asenjo, Rodríguez, Lucio & Becerra (2011), en Madrid habrá que esperar hasta el año 2007 para disponer de esta unidad, situada en el Hospital Ramón y Cajal. Esta unidad tiene como novedad la dotación de un equipo multidisciplinar el cual se caracteriza por compartir un mismo espacio físico y tomar las decisiones de manera conjunta.

Posteriormente, surgirán más unidades en otras comunidades autónomas como Barcelona, Asturias, Tenerife, las cuales dispondrán de diferentes prestaciones y estarán en diferente fase de desarrollo.

Como es sabido, la atención sanitaria depende de cada Comunidad Autónoma por lo que, según Asenjo et al. (2011), la posibilidad de acceso desde otras comunidades diferentes va a depender de los convenios y acuerdos que haya entre las mismas.

En cuanto a la determinación de la prevalencia e incidencia de transexuales, los datos de los que se disponen actualmente proceden de estudios clínicos realizados en otros países, principalmente del Norte de Europa, tales como Suecia, Alemania, Holanda, y Estados Unidos. Tal y como dice Bergero et al. (2004), en estos estudios la prevalencia oscila entre 1/2.900 y 1/100.000 en hombres y entre 1/8300 y 1/400.000 en mujeres. Según la *World Profesional Association for Transgender Health* [WPATH] (2012) “las cifras de prevalencia (...) varían desde 1/11.900 a 1/45.000 para transfemeninas y 1:30.400 a 1:200.000 para transmasculinos” (p.7).

No obstante, en España, más concretamente en Madrid, Becerra et al. (2017) llevó a cabo un estudio para determinar la prevalencia y la incidencia de la población transexual mayor de 15 años durante el 2007-2015, obteniéndose los siguientes datos: Prevalencia 22,1 por cada 100.000 habitantes (31,2 de Hombre a mujer y 12,9 de Mujer a hombre); Incidencia 2,5/100.000. De este estudio se concluyó que la prevalencia en Madrid era más alta que en otros países Europeos y que esto podría venir motivado por la fácil accesibilidad, sin necesidad de lista de espera, a la UTIG de Madrid y por el clima social y legal abierto y permisivo.

La WPATH (2012) señala que debido a la mutabilidad de estas investigaciones se hace difícil aportar datos exactos, ya que estos varían en función de los métodos que hayan utilizado cada uno de los estudios para la recogida de datos y de los criterios que establezcan a la hora de considerar a una persona como transexual.

La prevalencia de la que venimos hablando, por lo general, hace referencia a la población transexual adulta, siendo además de gran dificultad encontrar la prevalencia de niños y adolescentes con disforia de género.

A continuación, se muestra una tabla obtenida de la asociación Chrysallis que nos permite hacernos una idea de la prevalencia de transexualidad en casos de menores:

**Tabla 1.** Estimación por Comunidades Autónomas de la prevalencia de menores transexuales en España.

	1:1000			1:10.000		
	3/14 años	13/18 años	Total	3/12 años	13/18 años	Total
<b>Hasta junio de 2014</b>						
<b>Total España</b>	4.403	3.361	7.765	440	336	777
<b>Andalucía</b>	858	613	1.471	86	61	147
<b>Aragón</b>	117	82	199	12	8	20
<b>Asturias, Principado de</b>	72	59	130	7	6	13
<b>Balears, Illes</b>	106	73	179	11	7	18
<b>Canarias</b>	186	147	333	19	15	33
<b>Cantabria</b>	50	33	84	5	3	8
<b>Castilla y León</b>	187	142	328	19	14	33
<b>Castilla-La Mancha</b>	202	147	350	20	15	35
<b>Cataluña</b>	750	491	1.241	75	49	124
<b>Comunitat Valenciana</b>	477	330	807	48	33	81

<b>Extremadura</b>	95	77	172	10	7	17
<b>Galicia</b>	201	146	348	20	15	35
<b>Madrid, Comunidad de</b>	637	411	1.048	64	41	105
<b>Murcia, Región de</b>	161	127	288	16	13	29
<b>Navarra, Comunidad Doral de</b>	62	43	105	6	4	11
<b>País Vasco</b>	189	143	332	19	14	33
<b>Rioja, La</b>	30	20	50	3	2	5
<b>Ceuta</b>	11	8	19	1	1	2
<b>Melilla</b>	12	8	19	1	1	2

*Fuente:* Extraído de “Asociación Chrysallis”.

Los niños y niñas transexuales son vistos como una amenaza de ruptura de la construcción binaria de género, tan predominante en la sociedad actual. Sin embargo, debería entenderse que más que una amenaza estos niños son parte de la diversidad humana y tal y como dice de Toro (2015) “nos hacen comprender la identidad de género como un conjunto de posibilidades” (p.109).

A la hora de establecer un marco teórico para el presente trabajo se decide elegir la teoría centrada en la persona de Carl Rogers a través de la cual y según señala de Toro (2015) en su trabajo:

“Los seres humanos tienen una tendencia inherente hacia el crecimiento, el desarrollo y el funcionamiento óptimo. A través de una relación terapéutica que no juzga y es cálida, es posible sugerir que los niños transgénero pueden alcanzar una verdadera aceptación del sí mismo y desarrollar su potencial.” (p.121)

Según de Toro (2015), este enfoque humanista que se centra en la persona, brinda la oportunidad de que los niños y niñas transgénero, a través de una relación terapéutica basada en la aceptación, la confianza y el acompañamiento que reciban por parte del profesional, puedan cambiar la percepción que tienen de ellos mismos, ayudándolos a desarrollarse en función de su propia naturaleza, aceptando sus diferencias y contribuyendo a la conciliación con ellos mismos. Según afirma el propio Carl Rogers (2011) “cuanto más comprendido y aceptado se siente un individuo, más fácil le resulta abandonar los mecanismos de defensa con que ha encarado la vida hasta ese momento y comenzar a avanzar hacia su propia maduración” (p.39).

Una vez establecidas las diferencias entre Disforia de Género y Transexualismo y habiendo explicado la evolución de los términos a lo largo del tiempo, se hace necesario definir otros conceptos con el fin de facilitar la comprensión del presente trabajo.

En primer lugar es conveniente saber qué se entiende por primera infancia y por adolescencia.

Según la OMS y Unicef (2013) la primera infancia “es el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad” (p.5). Por otro lado la OMS (2018) entiende como adolescencia el “período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”.

Se define también qué es el género y qué es el sexo así como la diversidad de género, la orientación sexual y la identidad de sexo o género.

Según la OMS (2018) considera que el género:

“Se refiere a las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos. Lo

que se espera de uno y otro género varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo”.

De Toro (2015) define:

- Sexo: “como algo biológico e incluye aspectos relativos a nuestras hormonas, cromosomas, aparato reproductivo y los genitales, aspectos que son utilizados al nacimiento para identificar a una persona como hombre o mujer” (p.111).
- Diversidad de Género: “se entiende como aquellas conductas o intereses que trascienden el límite de lo considerado como normal para un determinado sexo biológico asignado a una persona” (p.113).
- Orientación sexual: “determinada por el deseo natural, tanto sexual, como amoroso y erótico, hacia otras personas” (p.113).

Según la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (2003) “el sentimiento de pertenecer a un determinado sexo biológica y psicológicamente se llama identidad de sexo o de género” (p.6).

Como ya se hace referencia en párrafos anteriores, no existe una cifra exacta para determinar la prevalencia de las personas transgénero, debido a lo variable de los estudios. Se establece por lo general una prevalencia de 1:10.000 habitantes.

Tal y como dice la Asociación Chrysallis (2018), esta cifra nos informa de la existencia de familias de las que no se tienen aun conocimiento pero que pueden existir (y en consecuencia no estarán bien atendidas), lo que nos lleva a pensar también en la existencia de niños que están sufriendo por no poder vivir en su identidad.

Lamentablemente, y según afirman Asenjo et al. (2015) y de Toro (2015), apenas se han realizado investigaciones sobre dicho tema. Además, existen resultados discordantes en relación a la persistencia del diagnóstico por lo que se hace necesario y de vital importancia seguir investigando dichos aspectos. .

Esta falta de investigación, tal y como dice de Toro (2015), remarca la invisibilidad, el desconocimiento y la negación que hay al respecto, dando lugar, en muchas ocasiones, a



que haya padres que no saben afrontar las necesidades y demandas que presentan sus hijos a la hora de desarrollarse de acuerdo con su propia identidad de género.

Según varios autores (véase de Toro, 2015; Platero, 2009; WPATH, 2012), es importante, también, que se incluya dicho tema dentro de la agenda pública con el fin de evitar que durante la infancia estos niños sean víctimas de malos tratos, discriminación, rechazo por comportarse realmente como ellos se sienten, presenten ansiedad o depresión e incluso con el fin de evitar la aparición del espectro autista, el cual tiene una prevalencia mayor en niños y niñas con disforia de género frente a la población general.

Tal y como dicen Bergero et al. (2004) y Sánchez et al. (2017), el abordaje terapéutico y el diagnóstico de DG es considerado de gran complejidad y puesto que parte de los tratamientos que se llevan a cabo son irreversibles se debe contar con un diagnóstico fiable, lo cual requerirá que se haga un seguimiento longitudinal y no su evaluación en un momento puntual, además de con un equipo multidisciplinar de profesionales altamente cualificados.

Asenjo et al. (2015) afirma que se ha triplicado la cifra de niños y adolescentes que en los últimos cuatro años han accedido a la UTIG de Madrid, por ello, y según dice Fernández et al. (2014a) , se hace necesario que los profesionales tengan instrumentos y conocimientos adecuados para seleccionar a aquellos pacientes que puedan beneficiarse, por ejemplo, de tratamientos precoces que demoren la pubertad o, en caso de que esto no se pueda llevar a cabo, sean conocedores de otras alternativas terapéuticas que puedan ofrecer.

Recordar también, que no solo tenemos que tener en cuenta la formación de los profesionales que componen el equipo multidisciplinar de las UTIG por ejemplo, si no que además hay que investigar para poder formar a profesionales del ámbito de atención primaria e incluso enfermeras escolares con el fin de que ellas también puedan ayudar a los profesores a identificar conductas de los niños que pueden estar relacionadas con el diagnóstico de disforia de género y por ende se pueda derivar y empezar a trabajar con esos niños lo antes posible.

Por todo lo dicho anteriormente, es sustancial concienciar y dar a conocer la importancia de la investigación para poder formar a los profesionales y de esta forma

establecer un diagnóstico lo antes posible para evitar el sufrimiento de niños y adolescentes y la comorbilidad asociada, otorgándole una mayor visibilidad a dicho tema para que tenga una mayor aceptación por parte de la sociedad.

## **1.2 Objetivos**

- General: conocer la percepción del sistema de salud que tiene la población infantil y adolescente con disforia de género.
- Específicos
  - Conocer el perfil general de esta población.
  - Identificar las implicaciones en la salud mental que existen en este grupo.
  - Determinar el papel de la enfermera en el cuidado de esta población y su familia durante el proceso de cambio.

## 2 METODOLOGÍA

Para realizar la revisión narrativa, que se presenta a continuación, se han llevado a cabo búsquedas bibliográficas en las siguientes bases de datos: PubMed, PsycINFO, Medline y CINAHL.

En cuanto a la terminología empleada, el lenguaje controlado utilizado en las diferentes bases de datos queda reflejado en la *tabla 2*. Los términos utilizados fueron combinados únicamente a través del operador booleano AND ya que el incluir OR o NOT suponía una reducción importante del número de artículos.

En todas las bases de datos se llevaron a cabo las siguientes combinaciones de términos: Healthcare AND Transgender, Transgender AND Child development, Transgender AND Nursing, Transgender youth AND Family, Gender dysphoria AND Child AND Adolescent, Gender identity AND Transgender Persons, Gender identity AND transsexualism. Sin embargo, no con todas esas combinaciones se obtuvieron resultados.

En PsycINFO se obtuvieron resultados de las siguientes búsquedas: Healthcare AND Transgender, Transgender AND Child Development, Transgender AND Nursing y Gender Identity AND transsexualism. En Pubmed de Gender dysphoria AND Child AND Adolescent y Gender identity AND Transgender persons. En Medline se obtuvieron resultados gracias a la combinación de términos tales como Healthcare AND Transgender y Transgender youth AND Family y por último en CINAHL se obtuvo únicamente resultado de la búsqueda de Healthcare AND transgender.

Para la selección final de los artículos se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### Criterios de inclusión

- Artículos comprendidos en los últimos diez años.
- Habla inglesa o española.
- Que estuvieran en relación con la población infantil/adolescente.

### Criterios de exclusión

- Documentos que versasen exclusivamente sobre el tratamiento farmacológico/hormonal.
- Documentos que se basaran únicamente en cirugías de reasignación de sexo.

Con el fin de hacer más fácil la comprensión de las búsquedas, se elaboraron las *tablas* 2, 3, 4, 5 y 6 en las cuales quedan plasmadas las estrategias que se llevaron a cabo para la obtención de resultados así como el número de artículos encontrados y los que finalmente se seleccionaron, siguiendo los criterios anteriormente mencionados.

Las búsquedas se llevaron a cabo entre noviembre de 2017 y febrero de 2018. Puesto que se decidió acotarlas en un período de tiempo de diez años, en un primer momento se buscaron artículos comprendidos entre los años 2007-2017, pero, al no incluirse artículos publicados en el año 2007 y si incluirse uno perteneciente al año 2018, se decidió cambiar el lapso de tiempo entre los años 2008-2018.

En cuanto a los limitadores utilizados en las búsquedas, además del referente a la fecha de publicación, se incluyeron aquellos relacionados principalmente con la edad. Así en PsycINFO se utilizó limitadores tales como “Preschool Age (2-5 yrs), School Age (6-12 yrs) y Adolescence (13-17 yrs); en CINAHL y Medline “All Child (0-18 yrs)” y por último en Pubmed se utilizó “Child: birth-18 years”.

Aunque se considera adolescencia, en la mayoría de los limitadores, hasta los 18 años, algunos artículos encontrados y válidos, incluyen como población adolescente hasta los 21 años.

Para la selección de los artículos, en todas las bases de datos se llevó a cabo el mismo procedimiento. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y los limitadores, se hizo un primer cribado, basado en los títulos de los artículos, del cual se obtuvieron 103 documentos que podrían resultar útiles para llevar a cabo dicha revisión y posteriormente se pasó a la lectura de los resúmenes de aquellos artículos que resultaran interesantes, reduciendo el número a 50 documentos.

Tras esa primera selección se pasó posteriormente a la lectura del artículo completo, seleccionando entonces exclusivamente aquellos artículos que fueran válidos y estuvieran directamente relacionados con los objetivos del trabajo.

Así pues, tras una lectura crítica de los documentos encontrados en las bases de datos, se seleccionaron 15 para formar parte de la revisión.

A estas búsquedas se sumaron también otras en repositorios como ScienceDirect y Dianlet, utilizando los siguientes términos: “Transexualidad”, “Transgénero” y “Disforia de Género”. Únicamente se obtuvo resultados en Dianlet, con el uso del término “Disforia de Género” (ver tabla 7).

Por último, se encontraron también artículos en Google Académico, obteniéndose un total de 19 artículos para la realización de esta revisión narrativa.

**Tabla 2.** Términos utilizados en el desarrollo de las búsquedas.

<b>Términos libres</b>	<b>Tesaruro PsycINFO</b>	<b>Tesauro Pubmed: MESH</b>	<b>Tesaruo Medline</b>	<b>Tesauro Cinahl</b>
Transgénero	Transgender	Transgender persons	Transgender	Transgender
Cuidados de Salud	Healthcare	No se ha encontrado descriptor	Healthcare	Healthcare
Desarrollo en la infancia	Child Development	Child development	Child development	Child development
Enfermería	Nursing	Nursing	Nursing	Nursing
Identidad de género	Gender identity	Gender identity	Gender identity	Gender identity
Transsexualismo	Transsexualism	Transsexualism	Transsexual	Transsexualism
Disforia de género	Gender dysphoria	Gender dysphoria	Gender dysphoria	Gender dysphoria
Niño	Child	Child	Child	Children
Adolescente	Adolescent	Adolescent	Adolescent	Adolescent

Cuidados de enfermería	Nursing care	Nursing care	Nursing care	Nursing care
Rol de género	Gender roles	Gender identity	Gender roles	Gender roles
Jóvenes transgénero	Transgender youth	No se ha encontrado descriptor	Transgender youth	Transgender youth
Familia	Family	Family	Family	Family

*Fuente:* elaboración propia.

**Tabla 3.** Búsquedas en PsycINFO

Base de datos: PsycINFO	Ecuación de búsquedas	Artículos encontrados	Artículos utilizados
	(MM “healthcare”) AND (MM “transgender”)	24	2
	(MM “transgender”) AND (MM “Child development”)	20	3
	(MM “transgender”) AND (MM “nursing”)	20	2
	(MM “Gender identity) AND (MM “transsexualism)	104	1
	<b>Total de artículos utilizados</b>		

*Fuente:* elaboración propia.

**Tabla 4.** Búsquedas en PUBMED

Base de datos: PUBMED	Ecuación de búsquedas	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
	“Gender dysphoria” [Mesh] AND “child” [Mesh] AND “adolescent” [Mesh]	25	1
	“Gender identity” [Mesh] AND “transgender persons” [Mesh]	123	1
	<b>Total de artículos utilizados</b>		

*Fuente:* elaboración propia.

**Tabla 5.** Búsquedas en Medline

Base de datos: Medline	Ecuación de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
	(MM “Healthcare”) AND ( MM “Transgender”)	63	1
	(MM “Transgender youth”) AND (MM “ family)	35	1
	<b>Total de artículos utilizados</b>		<b>2</b>

*Fuente:* elaboración propia.

**Tabla 6.** Búsquedas en CINAHL

Base de datos: CINAHL	Ecuación de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
	(MM “Healthcare”) AND (MM “transgender)	27	1
	<b>Total de artículos utilizados</b>		<b>1</b>

*Fuente:* elaboración propia.

**Tabla 7.** Búsquedas en Dianlet

Base de datos: Dianlet	Ecuación de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
	“Disforia de género” Filtros: Temática Ciencias de la salud, año 2010-2018,	17	2
	<b>Total de artículos utilizados</b>		<b>2</b>

*Fuente:* elaboración propia.

### **3 RESULTADOS**

A partir de la evidencia aportada por los 19 artículos seleccionados, cuyas características aparecen reflejadas en el anexo 1, se ha obtenido información, la cual ha sido agrupada en los siguientes puntos de contenido, atendiendo a su temática, en los que se habla tanto del niño/adolescente, de su familia, de los profesionales que le tratan, mencionando también el papel de la enfermera, así como de los recursos disponibles que podrán encontrar en la Comunidad de Madrid, con el fin de poder responder a los objetivos previamente establecidos.

Señalar que se ha decidido hablar de esta comunidad autónoma debido a que es el lugar en el que se ha realizado el presente trabajo.

#### **3.1 Valoración del niño y adolescente, y la familia.**

##### **3.1.1 Establecimiento del diagnóstico precoz y tratamiento.**

Los profesionales que abordan estos diagnósticos de identidad de género consideran que la diversidad de género no es algo patológico. Coolhart & Shipman (2017) afirman que *“Gender is not binary and instead exists on a spectrum with infinite expressions, all of which are normal variations of humanity”* (p.104).

A pesar de que el proceso por el cual se desarrolla la orientación sexual y la identidad de género no se conoce con exactitud, existen diversas teorías que lo intentan justificar.

Estas podrían dividirse en dos perspectivas generales: la biológica y la psicológica.

Según afirma Stahl, Greydanus, Truba, Cates & Pratt (2016), la perspectiva biológica se sustenta en que la preferencia sexual es resultado de la genética y de otros factores biológicos. Además, Boskey (2014) en su artículo apoyará dicha teoría, mencionando que la exposición prenatal a andrógenos está relacionada con la formación de la identidad de género y la orientación sexual, teniendo también influencia en esa formación la exposición postnatal a hormonas y la crianza del niño. Mientras tanto, y según dice Stahl et al. (2016), la teoría psicológica pone énfasis en la decisión de cada individuo en la construcción de dichos conceptos.



Tal y como dice Esteva et al. (2015), la identidad de género se conforma durante los primeros años de vida, generalmente entre el primer y cuarto año. Esta identidad no tiene porqué quedar completamente cerrada en ese periodo, siendo más probable que continúe desarrollándose a lo largo de la vida. Lo que si podríamos decir es que suele estabilizarse a los 6-7 años. Varios autores afirman (ver entre ellos Alegría, 2016; Nicholson & McGinness, 2014), que debido al temprano desarrollo de esta identidad, los niños con 2 ó 3 años pueden empezar a mostrar conductas que resultan incongruentes con su identidad de género, aunque no es común que presenten una clínica específica antes de los 10 años edad.

Alegría (2016) señala que, normalmente, los comportamientos que exteriorizan son transitorios y en pocos casos son indicativos de expresiones de identidad cruzada en edades avanzadas.

Tal y como dice Gatica & Almonte (2015), existe un porcentaje alto de niños que presentan DG antes de los 6 años, la cual tendrá una alta probabilidad de resolverse en la adolescencia y adultez temprana. Siguiendo a Esteva et al. (2015), los datos de persistencia señalan que entorno el 80-95% “de los niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentando tras la pubertad la DG” (p.382), pasando entonces a formar parte del grupo de los desistidores (Gatica & Almonte, 2015). Alegría (2016) afirma que, en estos casos, los niños tendrán más probabilidad de crecer e identificarse como gays o lesbianas. Tal y como dice Gatica & Almonte (2015) es cierto que hay una pequeña proporción de esta población, en torno al 20-25%, que continua manifestando expresiones de identidad cruzada y sentimientos disfóricos hasta el inicio de la pubertad. Se sabe entonces que, según Esteva et al. (2015), si esto sucede, la DG se mantendrá, en general, hasta la edad adulta.

Es por ello que, tal y como dice Nicholson & McGinness (2014), entre los 10 y los 13 años, edad que coincide con la pubertad, se considera un periodo crítico para determinar si el adolescente presentará o no DG, siendo el establecimiento de este diagnóstico fundamental para iniciar el tratamiento lo más pronto posible.

Estos autores concluyen que aún no se ha establecido una edad determinada para iniciar el tratamiento, sin embargo, Hurtado-Murillo (2015) sostiene que si el diagnóstico es

claro, no debe haber ningún inconveniente para empezar este tratamiento antes de que el niño/adolescente alcance la mayoría de edad.

Como reflejan los artículos de Esteva et al. (2015), Hurtado-Murillo (2015) y Nicholson & McGuinness (2014), es fundamental y de suma importancia la detección precoz del diagnóstico, al igual que el tratamiento integral, puesto que esto contribuirá a una mejora importante de la calidad de vida de la persona, disminuyendo la comorbilidad con enfermedades mentales y la propia DG.

Puesto que la DG se manifiesta en la edad infantil y adolescente es necesario tener cautela a la hora de manejar este diagnóstico. Hurtado-Murillo (2015) considera que la atención a esta población deberá basarse en una acción interdisciplinar, que se debe llevar a cabo en unidades especializadas, las llamadas UTIG, las cuales, al igual que sus profesionales, están debidamente acreditadas y evaluadas según criterios de calidad asistencial institucional.

Con el fin de abordar este diagnóstico, y según afirma Hurtado-Murillo (2015) “el protocolo de tratamiento más aceptado entre los distintos equipos está basado en los estándares asistenciales” (p.45) de la WPATH.

En este protocolo se contemplan tres fases: la psicológica, la hormonal y la quirúrgica.

Siguiendo a Hurtado-Murillo (2015), la evaluación psicológica se considera fundamental, debiendo hacer además un diagnóstico diferencial con el “travestismo fetichista, travestismo no fetichista, la orientación sexual egodistónica” (p.46) entre otros. Según afirman varios autores (ver Esteva et al., 2015; Nicholson & McGuinness, 2014), una vez que el diagnóstico de DG está confirmado y el individuo quiere explorar el género deseado, se pasaría a terapias hormonales que disminuyeran los niveles de esteroides sexuales y la aparición de los caracteres secundarios, para lo cual serían necesarios dos requisitos: ser mayor de 12 años y tener un estadio puberal superior al II de Tanner. Es importante, según Nicholson & McGuinness (2014), que tras esto se establezca un periodo de prueba de al menos 2 años, para comprobar la transición social del individuo y cómo es su adaptación tras pertenecer al sexo opuesto. Durante los años en se lleve a cabo este tratamiento hormonal, Hurtado-Murillo (2015) afirma que el menor deberá continuar con consultas psicológicas de seguimiento de forma regular.

Siguiendo a Hurtado-Murillo (2015) y Nicholson & McGuinness (2014), una vez que el individuo alcanza la mayoría de edad (18-21 años, dependiendo del país), continua con el deseo de pertenecer al sexo contrario y la transición social ha sido exitosa, se ofrece la posibilidad de llevar a cabo la cirugía de reasignación de sexo.

Es cierto que, según afirma Fernández, Guerra & García-Vega (2014b), en la 7ª versión de los estándares ya no se hace mención a esa triada ya que no en todos los casos de DG que se mantienen hasta la adolescencia es necesario llevar a cabo estos tratamientos, sino que en algunas ocasiones el individuo puede beneficiarse exclusivamente de sesiones de psicoterapia en las que, por ejemplo, se explore la identidad, el rol y la expresión de género, mientras sigue viviendo en el sexo asignado al nacimiento.

Por lo tanto, Hurtado-Murillo (2015) afirma que para saber qué tratamiento es más adecuado, los profesionales deberán poseer los conocimientos y herramientas necesarias para ofrecer alternativas terapéuticas en el caso de que el menor no quiera someterse a una terapia de supresión hormonal o de reasignación de sexo.

### **3.2 Percepción de los adolescentes del sistema de salud**

Según Stahl et al. (2016), la adolescencia es un período en el que el individuo aprende y navega en su sexualidad, deseos, sentimientos, actividades sexuales, estableciéndose tal período como una experiencia común en todos los adolescentes independientemente de su orientación sexual y su identidad de género.

Este autor afirma que esta etapa suele ser difícil para la mayoría de estos individuos pero entraña una mayor dificultad para aquellos pertenecientes al colectivo LGTB.

#### **3.2.1 Implicaciones en la salud mental**

Gatica & Almonte (2015) señalan que antes de todo, es importante saber que la presencia de DG no implica necesariamente la presencia de psicopatología, pero, cuando ésta está presente deberá tratarse de forma paralela o incluso de manera previa al problema de género en sí.

Al margen de esto y según afirman varios autores (véase Hoffman, Freeman & Swann, 2009; Reitman et al., 2013; Stahl et al., 2016), entre los retos a los cuales se tendrán que

enfrentar los adolescentes se encuentra el *bullying*, la discriminación, el acoso, persecuciones y desigualdades a la hora de acceder al sistema de salud, aumento de la probabilidad de contagio por VIH debido a prácticas sexuales inseguras e incluso tasas más elevadas de autolesiones y de intentos de suicidio.

Siguiendo a Stahl et al. (2016), los jóvenes LGTB son dos veces más propensos a llevar a cabo intentos de suicidio que el resto de adolescentes, siendo más alarmante si cabe que este porcentaje aumente cuando nos referimos a los adolescentes transexuales.

Este autor afirma que ocurre lo mismo en el caso del *bullying*, en el cual los individuos refieren haber experimentado acoso verbal, psíquico y sexual, e incluso exclusión social, a nivel escolar. Esto tiene como consecuencia que haya un aumento del absentismo junto con problemas académicos, pudiendo incluso tener repercusiones que vayan más allá del ámbito escolar, como es el caso del abuso de sustancias y dependencia a ellas, depresión y suicidio.

En el artículo de la Reitman et al. (2013), aparece reflejado un estudio realizado en Estados Unidos, en estudiantes de primaria y secundaria, en el que más del 85% refiere haber sido víctima de acoso verbal, el 40% de acoso psíquico y alrededor de dos tercios de los participantes refieren sentirse inseguros en el colegio debido a su orientación sexual.

Centrándonos en las persecuciones que sufren estos adolescentes debido a su identidad de género, Retiman et al. (2013) afirma que estas pueden producir situaciones de estrés post-traumático, ansiedad y depresión, pesadillas, somatización e incluso consumo de drogas ilegales.

El estudio longitudinal Nacional de la Salud del Adolescente, el cual aparece plasmado en el artículo de Reitman et al. (2013), sugiere que “*the association between sexual orientation and suicidality is mediated by victimization, among other suicidal risk factors*” (p. 507).

Este autor además afirma que la asociación entre la persecución y la depresión o intentos de suicidio disminuye cuando hay un apoyo familiar y/o autoaceptación.

Tras esto se plantea la siguiente pregunta ¿Es posible que el diagnóstico y el tratamiento temprano disminuya la posibilidad de sufrir estas situaciones adversas? Pues bien, siguiendo a Kirouac & Tan (2017), se ha observado que las intervenciones tempranas en los casos de DG mejoran los problemas conductuales y emocionales, además de los síntomas depresivos de los adolescentes. Y se ha comprobado también, que un retraso en el inicio del tratamiento y el no recibimiento de cuidados adecuados durante el proceso de transición de género, aumenta el riesgo de enfermedades mentales.

### 3.2.2 Barreras que encuentran al acceder al sistema de salud

A continuación se van a presentar las barreras encontradas por el estudio de Gridley et al. (2016) junto con recomendaciones proporcionadas por los participantes: adolescentes transgénero y sus cuidadores.

En este estudio se clasifican las barreras encontradas en 6 temas.

El primero de ellos hace referencia a **la falta de profesionales formados y capacitados para tratar la afirmación de género de los adolescentes**. De este tema se remarca que la falta de formación produce frustración en muchos de los participantes, especialmente en los cuidadores, ya que en muchos casos, según Torres et al. (2015), sienten que deben “enseñar” al profesional temas, como por ejemplo, el significado de ser transgénero. Esto aparece reflejado en un comentario hecho por uno de los participantes del estudio de Gridley et al. (2016): *“I’m trying to get up to speed, and I’m supposed to be educating the physicians?”*(p.257)

Algunos de los factores encontrados en el estudio de Gridley et al (2016), los cuales reflejan esa falta de habilidad para tratar con esta población, son, por ejemplo, el no preguntar por la identidad de género, utilizar lenguaje ofensivo, hacer juicios o llevar a cabo intervenciones hostiles. Identifican también la falta de interés e incluso la oposición moral del profesional como una razón explicativa de esa falta de formación.

Según este autor, la recomendación que proponen los participantes es una educación universal en el tema para aumentar la conciencia cultural y el número de profesionales pediátricos competentes para tratarlo.

El segundo tema se relaciona con **el uso inconsistente de los nombres o pronombres elegidos por los pacientes**, y es que esta práctica resulta frecuente cuando los pacientes acuden a su profesional de la salud. El estudio de Gridley et al. (2016) releja que muchos de los adolescentes experimentan una sensación de alivio, incluso de euforia, cuando los profesionales se dirigen a ellos por el nombre o pronombre elegido.

En cuanto a la recomendación, estos señalan que lo ideal para evitar este error es que el profesional pregunte el nombre elegido y que lo haga constar en la historia clínica para evitar equivocaciones futuras (Gridley et al., 2016).

**La falta de una aplicación consistente de los protocolos** es otro de los temas que aparecen en el artículo de Gridley et al. (2016). Para evitar esto, los participantes recomiendan el desarrollo de protocolos, los cuales sean claros y estén basados en la evidencia, junto con documentos que ayuden al profesional en el tratamiento del niño/adolescente según la edad del mismo.

Este autor hace referencia también al **cuidado descoordinado**. Alguno de los pacientes refiere haber vivido situaciones en las cuales un profesional le consideraba adecuado para iniciar un tratamiento de supresión hormonal mientras que otro se negaba a administrárselo.

La recomendación que se ofrece es que los cuidados relacionados con la transición, definida por Kirouac & Tan (2017) como un proceso por el cual, a través de terapias como los bloqueantes puberales, se producirán cambios en el cuerpo, deben, según Gridley et al. (2016), estar unificados y deben aplicarse por igual por parte de todos los profesionales.

El **acceso tardío o limitado a las hormonas que bloquean la pubertad** es otra de las barreras con las que se encuentran adolescentes y cuidadores. Esta no solo incluye el rechazo o el no deseo de administración de las hormonas por parte de los profesionales sino que también incluye la negación del tratamiento por parte de la familia. Entre las causas de rechazo de los profesionales se encuentra una formación inadecuada, lo que lleva a no saber los efectos que estos bloqueantes tendrán a largo plazo, mientras que el rechazo por parte de la familia, generalmente, se debe a un sensación de incertidumbre

sobre si su hijo/a se arrepentirá en un futuro de haberse sometido a dicho tratamiento (Gridley et al., 2016).

Como ya se viene explicando en apartados anteriores, Gridley et al. (2016) señala que es beneficioso para el menor que este tratamiento hormonal se ofrezca cuando se haya establecido un diagnóstico de DG y cumpla con los requisitos necesarios para poderlo iniciar.

Por último, este autor hace referencia a que los adolescentes tienen que hacer frente a las **exclusiones de seguros**. En muchos países el tratamiento de bloqueantes no está cubierto por el sistema sanitario y muchas de las familias no tienen medios económicos para poder acceder a ellos.

Entre las recomendaciones se propone la contratación, por parte de las clínicas, de una persona que determine la situación de la familia en cuestión y le ayude a conseguir los requisitos necesarios para acceder a esos pasos necesarios para que tenga lugar el proceso de transición (Gridley et al., 2016).

El estudio de Torres et al. (2015) además añade que, debido a que los profesionales no pueden proporcionar información en muchos casos a los padres, la familia tiene problemas para aceptar el diagnóstico influyendo esto en la resiliencia de los menores.

### **3.2.3 Los profesionales de la salud**

Cuando hablamos de profesionales de la salud hacemos referencia al equipo formado por enfermeras, psiquiatras, psicólogos, médicos de atención primaria (A.P) y otros profesionales con los cuales el menor se encontrará durante su proceso de cambio.

Según Stahl et al. (2016), estos suponen un pilar fundamental en el tratamiento del adolescente, puesto que son capaces de ayudarlos a desarrollar su propia identidad a través de la psicoterapia, de la terapia familiar y del entrenamiento en habilidades sociales, entre otras.

Alegría (2016) y Torres et al. (2015) afirma que, si los profesionales, sobre todo los de atención primaria, puesto que estos son en muchos casos los que establecen un primer contacto con el menor, pueden proporcionar un ambiente receptivo y nutritivo, además

de ser capaces de formar un equipo interdisciplinar adecuado y efectivo y de incorporar a la familia en el cuidado de los niños, pueden conseguir aumentar y mejorar la calidad de vida de esta población tan poco atendida y estigmatizada, además de mejorar también su resiliencia.

Sin embargo, es muy frecuente que estos profesionales no dispongan de las habilidades y conocimientos necesarios para poder tratarlos.

Como se menciona en los puntos anteriores, una de las barreras con las que se encuentran los jóvenes y sus familiares a la hora de acceder al sistema de salud, es la falta de formación y conocimiento de los profesionales. Tal y como afirma Stahl et al. (2016), en muchos casos los jóvenes acuden a ellos en busca de información pero se encuentran con la sorpresa de que son ellos mismos, junto con sus familiares, los que tienen que proporcionar esa información a los profesionales.

En el estudio llevado a cabo por Hoffman et al. (2009), los participantes consideraron como parte del conocimiento y de la experiencia del profesional el ser competentes, que hayan recibido educación en relación a la transmisión y prevención del VIH y que hayan tenido experiencia trabajando con jóvenes.

Entre las cualidades que prefieren los jóvenes y las familias que estén presentes en este colectivo, se encuentran el respeto por parte del profesional a la hora de tratar a los adolescentes y sus cuidadores, la honestidad, la familiaridad y que no realicen juicio de valor (Hoffman et al., 2009).

Tal y como dicen Hoffman et al (2009) y Stahl et al. (2016), es fundamental también, que los profesionales ofrezcan tratamientos individualizados a sus pacientes, que estén en consonancia con los valores familiares, las habilidades de las que dispongan y las metas que tengan, con el fin de obtener un mayor éxito en su tratamiento y siempre respetando las decisiones que el menor quiera tomar. Además si estos profesionales han tenido experiencia trabajando con adolescentes LGTB, Cisgénero LGB y heterosexuales cisgénero, estarán mucho mejor preparados para tratar a esta población que tanto cuidado necesita pero que tiene un acceso “limitado” al sistema de salud.



Estos autores afirman que los profesionales deben también mostrar una actitud de cercanía con el fin de crear un ambiente de comodidad y seguridad, pero sin duda, la cualidad más importante de todas es que, los profesionales, deben tratar a los jóvenes LGTB del mismo modo que tratarían al resto.

Aquellos a los que realmente les interesa el bienestar de estos adolescentes, según afirma Stalh et al. (2016), se esfuerzan y preocupan por preguntarles acerca de sus miedos, de sus esperanzas, los obstáculos con los que se encuentran y gracias a ello pueden predecir, y en algunos casos evitar, las cuestiones futuras que puedan afectar a estos jóvenes.

Además, según varios autores (ver Hoffman et al., 2009; Sharek, Huntley- Moore & McCann, 2018), es importante que los profesionales no solo aborden el tema de los riesgos en salud sino que deben, también, enfatizar en el bienestar del individuo y en la promoción de la salud, proporcionando un cuidado holístico.

Es importante señalar que, a pesar de que se considere como barrera la falta de formación de los profesionales, según Hoffman et al. (2009) en muchas ocasiones, las habilidades interpersonales de los mismos y su forma de interactuar con los pacientes, son más importantes que sus competencias específicas.

### **3.3 La familia**

La familia, al igual que los profesionales, juega un papel esencial en el proceso de cambio del adolescente.

Sharek et al. (2018) considera que el apoyo social, especialmente aquel que proporciona la familia, ha sido identificado como un factor determinante en la salud mental de los jóvenes transgénero, además de suponer una mejora en la calidad de vida, el bienestar, la autoestima, depresión, ansiedad, estrés, ideaciones o intentos de suicidio.

Y es que, según este autor, la información y la educación resulta un requisito fundamental para la aceptación y el soporte familiar.

En muchos casos, Sharek et al. (2018) afirma que, estas familias, sienten que no tienen ni los recursos ni la información necesaria para proporcionar apoyo a sus hijos produciendo esto una situación de miedo, shock y dolor.

Siguiendo a Kirouac & Tan (2017), cuando un niño le dice a sus padres que es del género opuesto al que socialmente debe pertenecer, supone un estímulo para estos a la hora de buscar respuestas, especialmente si esta situación produce estrés en el menor.

Tal y como dice Sharek et al. (2018), es frecuente que la información que necesitan la empiecen a buscar de forma autónoma, por ejemplo, en internet, o puede ser también que esa información se la proporcione otras familias en las cuales alguno de sus miembros es trans.

Según este autor, esa información proporcionada por otros tiene un impacto positivo y beneficioso en los padres, produciendo una reducción de la sensación de aislamiento y haciéndoles sentir más acompañados en sus experiencias.

Y normalmente, según Drescher & Byne (2012), cuando han agotado estos recursos de búsqueda, es cuando los padres acuden finalmente a pedir información a los profesionales.

Pero, en muchos casos y según Kirouac & Tan (2017) y Sharek et al. (2018) debido a la falta de concienciación, formación e incluso sensibilidad de los profesionales de atención primaria, los padres no saben dónde deben acudir cuando sus hijos tienen problemas de identidad de género y por lo tanto no buscan ayuda médica, haciéndose más complicado el curso de actuación.

Menvielle & Rodnan (2011) afirman que normalmente lo que buscan los padres es confirmar que los pensamientos y sentimientos de identidad de género que tienen sus hijos son reales y que además la transición de género es necesaria para su bienestar. Según Gatica & Almonte (2015), en estos casos, los profesionales pueden utilizar la psicoeducación, intervención que permite desarrollar objetivos y orientar a los padres de aquellos niños menores de 12 años que acuden a las consultas en busca de recomendaciones para cada etapa del desarrollo de su hijo.

Una vez que acuden a un profesional, el cual diagnostica la DG, afloran diferentes sentimientos y pensamientos. Menvielle & Rodnan (2011) afirman que hay padres que tienen más dificultades a la hora de aceptar el diagnóstico, otros que lo aceptan más rápidamente y otros que no lo aceptan. Hay incluso padres que experimentan un sentimiento de pérdida “*she was my only daughter and I was the only daughter of my mother, who was the only daughter of my grandmother*” (p.740).

Según Drescher & Byne (2012), las reacciones que pueden vivir varían, yendo desde el rechazo, hasta una completa y rápida aceptación de la situación. Ese rechazo, tal y como dice Alegría (2016), aumenta el riesgo de que los jóvenes se queden sin vivienda y esta situación puede conducir a un aumento del consumo de sustancias, desempleo, persecuciones violentas o que puedan dedicarse a trabajos relacionados con el sexo, lo cual incrementa la probabilidad de contagio de VIH.

Stahl et al. (2016) afirma que estos padres pueden experimentar sentimientos de culpa o sentirse responsables e incluso pueden reaccionar abusando psicológicamente de sus hijos.

Muchos de estos padres sufren estrés, según Menvielle & Rodnan (2011), especialmente en las semanas o meses tras el diagnóstico y la divulgación del mismo. Además, si aún conviven con sus hijos se encuentran con el dilema de, por un lado, tener el deseo de que estos no noten su dolor porque no quieren que se sientan culpables y por otro lado se dan cuenta de que ocultar sus sentimientos resulta una situación inútil, que normalmente les acaba sobrepasando.

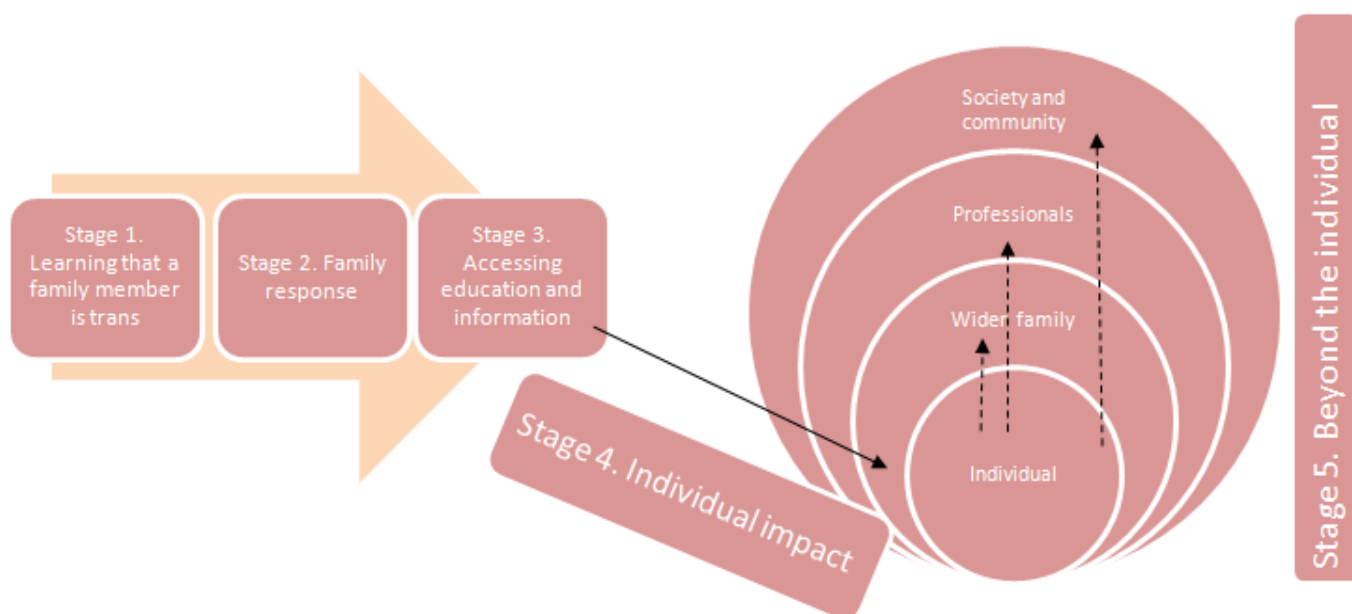
Este autor afirma que los padres sienten miedo de eventos potenciales que puedan afectar negativamente a la salud de sus hijos, problemas que puedan tener en relación con la transición social y aceptación dentro de la sociedad y en muchos casos, desean que sus hijos finalmente se arrepientan o reconsideren el proceso de transición

Además, Stahl et al. (2016) afirma que estos tienen una percepción de aislamiento con respecto al resto de los padres porque consideran que no pueden compartir las experiencias que experimentan con sus hijos trans.

Según Boskey (2014) mucho del estrés psicológico asociado con las identidades transgénero se piensa que es producido por la reacción social y familiar.

A continuación se muestra una figura explicativa del proceso a través del cual la familia aprende y acepta que un miembro es transgénero.

**Figura 1:** Modelo del papel de la educación y la información en la vida de las familias con jóvenes trans.



*Fuente:* Extraído de «Educations needs of families of transgender Young people » de Sharek, et al. (2018).

- El nivel 1 hace referencia al proceso de aprendizaje por parte de la familia y como este aprendizaje puede venir también de otras familias en las cuales alguno de sus miembros es trans.
- El nivel 2 hace referencia a las posibles reacciones que puede sufrir la familia al aprender sobre lo que supone ser transgénero.
- El nivel 3 describe el proceso a través del cual estas familias acceden a la educación.
- El 4 muestra el impacto que ese acceso a la educación tiene sobre cada individuo y por último
- el 5 refleja las acciones que las familias pueden llevar a cabo una vez que han accedido a la educación y a la información. Estas acciones pueden darse en tres

niveles: en la familia más cercana, en los profesionales, y en la comunidad y sociedad (Sharek et al., 2018).

### **3.4 Papel de la enfermera**

Siguiendo a Levesque (2015), la historia profesional de la enfermería está basada fundamentalmente en el metaparadigma de la persona, el entorno, la enfermería y la salud. Esta perspectiva servirá para guiar a las enfermeras en los cuidados desde el punto de vista cultural, incluyendo a las minorías sexuales y de género.

Estos cuidados culturalmente competentes, incluyen el conocimiento, las habilidades y las actitudes de los profesionales de la salud (Levesque, 2015).

Kirouac & Tan (2017) afirman que las enfermeras tienen un papel clave en el cuidado de los pacientes a lo largo de su vida, pero para ello, estas deben disponer de unos conocimientos adecuados.

En el caso de aquellas que tratan con pacientes con DG y transexuales, tal y como dice Levesque (2015), deben disponer durante todas las fases del cambio de género, de una información precisa sobre el paciente que están tratando, lo que resultará fundamental a la hora de acompañar y tomar decisiones por parte de enfermeras y del resto de profesionales que tratan con ese paciente.

Dentro de la enfermería, según Kirouac & Tan (2017), son las enfermeras especialistas en salud mental, las que están en una posición privilegiada para llevar a cabo cambios importantes en relación con el cuidado de esta población.

La *Canadian Nurses Association* (2008), citado por Kirouac & Tan (2017) define a la enfermera especialista como: “*an umbrella term describing an advanced level of clinical nursing practice that maximizes the use of graduate and expertise in meeting the health needs of individuals, families, groups, communities and populations*” (p.445).

Tal y como afirma Kirouac & Tan (2017), entre las habilidades de estas enfermeras se encuentra el identificar qué familias o qué cuidadores necesitan educación, soporte o recursos para ayudar a sus niños. Pueden también abogar en las instituciones a las que pertenecen sobre la importancia de proporcionar un cuidado que incluya a la familia,

teniendo estas acciones como resultado el aumento del soporte familiar traduciéndose esto en un aumento de la salud y el bienestar del niño.

Por otro lado, Nicholson & McGuinness (2014) consideran que las enfermeras son capaces también educar a las familias y a la comunidad sobre las implicaciones psicológicas que supone vivir una vida incongruente con tu género.

Además, Reitman et al. (2013) afirma que teniendo los conocimientos necesarios, son capaces, junto con otros profesionales, de proporcionar información a las escuelas sobre los efectos negativos en salud que producen el *bullying* y la persecución, remarcando la importancia de intervenir cuando son conocedores de una situación de acoso a un menor y sobre la importancia que tiene el animar a los menores a comunicar este tipo de incidentes en los casos en los que se tenga conocimiento de ello.

Además, según varios autores (véase entre Kirouac & Tan, 2017, Nicholson & McGuinness, 2014), estas enfermeras pueden educarse entre ellas, siendo esta acción fundamental puesto que hay muchas enfermeras, que actualmente están ejerciendo su profesión, que nunca han recibido formación en relación al género; y al resto de población sobre las implicaciones que supone la Disforia de Género; acompañar y proporcionar la información que los jóvenes y sus familias necesiten; fomentar el apoyo parental, ayudando a los padres durante el cambio; crear espacios seguros, que incluyan y se centren en la familia; y romper barreras que impidan a estos jóvenes acceder a los cuidados de salud.

Para ello, y según Kirouac & Tan (2017) y Levesque (2015), resulta fundamental que estas proporcionen apoyo y no tengan prejuicios, tratando de ser comprensivas y compasivas con los jóvenes que se identifican con un género que está “fuera de la norma”, ya que, aquella enfermera que no esté preparada para tratar con personas de varias culturas puede, sin saberlo, transmitir distancia o sorpresa, lo cual podrá ser interpretado como un juicio.

Es por ello que Levesque (2015) sostiene que “*Cultural competency is necessary to provide safe care that eliminates mistrust and closes the gap on healthcare disparities for those in the gender minority*” (p.23).

### 3.5 Recursos disponibles en la Comunidad de Madrid

Una vez explicado todo el proceso de establecimiento del diagnóstico, tratamientos a llevar a cabo y el papel que debe desempeñar la enfermera en el cuidado de estos jóvenes, se pasa a mencionar algunos de los recursos disponibles en la Comunidad de Madrid.

Según la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales (2015), dentro de esta comunidad autónoma encontramos diferentes servicios y recursos que nos ayudarán a abordar la problemática y el malestar de estos menores con diversidad de género, incluyendo también a sus familias. Esto supondrá una mejora en su bienestar, servirá también para luchar contra los estigmas sociales que existen, además de ofrecer herramientas que permitan a los niños vivir una vida plena y normalizada.

Los recursos con los que cuentan son:

**Tabla 8.** Recursos disponibles en la Comunidad de Madrid para menores con diversidad de género y sus familias.

Recursos disponibles	
Programa LGTB de la Comunidad de Madrid	<p><u>Objetivo:</u> mitigar la discriminación que muchos de estos jóvenes y sus familias sufren a consecuencia de su identidad y/o orientación sexual, a través de intervenciones individuales, grupales e incluso familiares.</p> <p><u>Para acceder:</u> solicitar cita, por teléfono o por email, con el Área de Primera Atención y Acogida. Tras ello se realizara una valoración de cada caso y se derivará a otras áreas en función de las necesidades detectadas.</p>
UTIG	<p>Son unidades especializadas en el Trastorno de la Identidad de Género, las cuales comienzan a estar presentes en muchas comunidades autónomas. En el caso de la Comunidad de Madrid, el Hospital Ramón y Cajal cuenta con dicha unidad.</p>

<p>INFM (Instituto Madrileño de la Familia y el Menor)</p>	<p>Garantiza los derechos de los menores en la Comunidad de Madrid.</p>
<p>Asociaciones y entidades</p>	<p><u>Chrysallis</u>: pretende dar respuesta a las dudas y situaciones que experimentan las familias cuando descubren que su hijo/a es transexual. Además, esta se ha consolidado como una red estatal apoyo, debido en gran parte, a la falta de profesionales adecuadamente formados y a la falta también de información por parte de las administraciones. En dicha asociación además, disponen en su página web de libros de libre descarga que pueden resultar bastante útiles para los menores y sus familias.</p> <p><u>Fundación Daniela</u>: pretende acabar con la discriminación de este colectivo de jóvenes trans, a través de la sensibilización de la sociedad. Propone jornadas y formaciones, las cuales están diseñadas para sensibilizar a los colegios, hospitales u otros entornos.</p>
<p>Películas y libros</p>	<p>Película de Tomboy (Francia, 2011) de Celine Sciamma</p> <p>Libros como “<i>Llámame Paula</i>” de Concepción Rodríguez (2016); “<i>El arte de ser normal</i>” de Lisa Williamson (2016), entre otros.</p>

*Fuente:* elaboración propia.



#### 4 DISCUSIÓN

Diversos autores, entre los que se encuentran Coolhart & Shipman (2017) y Stahl et al. (2016) coinciden en que la diversidad que existe en la identidad de género no debe ser considerada como algo patológico, apoyándose en el hecho de que el género no es binario. Se afirma de este modo que la DG no constituye en sí misma una enfermedad y que su diagnóstico no está necesariamente asociado a la presencia de psicopatologías concomitantes.

Como aparece reflejado en los resultados, el proceso por el cual se desarrolla la identidad de género aún no es bien conocido. Stahl et al. (2016) en su trabajo refiere que existe una controversia entre las teorías relacionadas con el desarrollo de la identidad de género y la orientación sexual. Por un lado, se encuentran los investigadores que apoyan que los factores biológicos/ genéticos son los que conforman la identidad de género y por otro lado, se encuentran aquellos que sostienen que es la propia decisión del individuo la que la conforma.

Sin embargo, según Boskey (2014), serán la exposición prenatal a las hormonas, los niveles hormonales postnatales y la crianza del niño, lo que contribuya a dicho desarrollo de la identidad y orientación sexual.

Autores como Alegría (2016) y Nicholson & McGuinness (2014) están de acuerdo en que es en torno a los 2-3 años de edad cuando los niños pueden empezar a mostrar conductas incongruentes con su identidad de género, pero que esto no implica necesariamente el diagnóstico de DG.

Y es que, según Esteva et al. (2015), hasta un 80% de los niños que durante la infancia dicen sentirse del sexo contrario al nacimiento, no persistirá con el diagnóstico de DG en la adolescencia.

Resulta difícil establecer un diagnóstico definitivo de DG puesto que esta es una condición compleja, sin embargo, varios son los autores, entre ellos Esteva et al. (2015), Hurtado-Murillo (2015) y Nicholson & McGuinness (2014), que estarán de acuerdo en que el diagnóstico deberá establecerse lo más rápido posible además de proporcionar al menor un tratamiento integral, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Según Nicholson & McGuinness (2014) aún no se ha determinado cual es la mejor edad para iniciar el tratamiento, sin embargo, Hurtado-Murillo (2015) sostiene que una vez que la identidad está perfectamente consolidada no hay motivos por los cuales haya que esperar hasta la mayoría de edad del niño.

Una vez que el diagnóstico está establecido será el momento de iniciar un tratamiento. Hurtado-Murillo (2015) propone en su artículo la terapia triádica, la cual está compuesta por la terapia psicológica en primer lugar, la hormonal, la cual se debe iniciar una vez alcanzado el estadio II-III de Tanner, lo cual difiere ligeramente con lo dicho por Nicholson & McGuinness (2014), ya que estos sostienen que únicamente se podrá dar hormonas en el estadio II de Tanner, y la quirúrgica en aquellos casos en los que se tenga un diagnóstico claro y se haya alcanzado la mayoría de edad, sin embargo, Fernández, Guerra & García-Vega (2014) afirman que en la 7ª versión de los Estándares Asistenciales ya no se hace mención a esta triada, apoyando la existencia de una gran variedad de opciones terapéuticas, entre las que se encuentra la psicoterapia.

Varios autores, entre ellos Hoffman et al. (2009), Sathl et al. (2016) y Reitman et al. (2013) llegan a la conclusión de que estos menores son más propensos a ser víctimas de *bullying*, sufrir depresión y tener ideaciones suicidas. Todo ello se ve incrementado además si, como dice Kirouac & Tan (2017), existe un retraso en el diagnóstico.

Dos han sido los estudios encontrados sobre las barreras con las que se encuentran los menores y sus padres al acceder al sistema de salud, el de Gridley et al. (2016) y el de Torres et al. (2015) y en ambos se llegan a la misma conclusión y es que existe una falta de formación de los profesionales que atienden a estos jóvenes además de carecer de documentos o guías de práctica clínica que apoyen el tratamiento y los cuidados que se deben proporcionar a estos menores. A esto se suma la falta de cobertura económica de los tratamientos hormonales principalmente. Sin embargo, en el estudio de Torres et al. (2015), además de las barreras anteriormente mencionadas, se incluye también la resiliencia de los menores, la cual está relacionada con el grado de apoyo que reciben por parte de la sociedad y especialmente de sus padres.

Para los niños y los adolescentes, incluso también para sus familias, los profesionales de la salud resultan un pilar fundamental. Y es que, tal y como dice Stahl et al. (2016) cuando los profesionales exploren sobre los miedos, las esperanzas o los obstáculos de

estos jóvenes podrán proporcionar a los adolescentes cuidados médicos que serán mucho más efectivos.

Tanto Alegría (2016) como Torres et al. (2015) coinciden en que es fundamental que los profesionales creen un espacio nutritivo para contribuir a la resiliencia de los menores además de incluir a la familia durante el proceso de cambio de género de estos.

A pesar de ello, tal y como dice Gridley et al. (2016) en su estudio, es muy frecuente que nos encontremos con profesionales con escasa formación, encontrándose muchas veces los adolescentes y los padres en la situación de, según dice Stahl et al. (2016), tener que explicarles ellos mismos a los profesionales determinados conceptos.

Sin embargo, a pesar de que el estudio de Gridley et al. (2016) considera como barrera la falta de formación de los profesionales, Hoffman et al. (2009) en su estudio concluye que los jóvenes en lugar de dar tanta importancia a esta formación, valoran más las habilidades interpersonales de los mismos.

Autores como Hoffman et al. (2009) y Stahl et al. (2016) coinciden en que entre las cualidades fundamentales que deben tener los profesionales de la salud se encuentran el que sean respetuosos, honestos, que no emitan juicios de valor y que apoyen las decisiones que tomen tanto los jóvenes como los padres. Hoffman et al. (2009) y Sharek et al. (2018) consideran además que es importante que estos profesionales estén abiertos a adquirir nuevos conocimientos y que tengan experiencia en el trato con este tipo de población con el fin de proporcionar cuidados holísticos.

Además de resultar un pilar fundamental la figura de los profesionales, también lo es la de los padres. Y es que, según Kirouac & Tan (2017) y Sharek et al. (2018), el apoyo familiar ha resultado ser un importante factor que influye sobre el bienestar y la salud mental de estos jóvenes.

Tanta es la influencia que ejercen los padres sobre los hijos que, según Boskey (2014), mucho del estrés psicológico que sufren los niños es causado por la familia.

Pero, para que estos padres puedan proporcionar apoyo a sus hijos es necesario que gocen de una información de calidad y cuenten con recursos a los cuales puedan acceder.

A pesar de ello, según Sharek et al. (2018), existen pocas investigaciones que tengan como fin conocer la formación que deben recibir los padres.

Tal y como afirma este autor, esa falta de información lleva a los padres a sentir miedo, haciendo difícil que estos acudan al sistema de salud en busca de ayuda y por tanto desconocen los cursos de acción más adecuados que deben tomar.

Es por ello que resulta frecuente, según Drescher & Byne (2012) y Sharek et al. (2018), que estas familias busquen información en otras fuentes o incluso en otras familias en las cuales alguno de sus miembros sean trans, accediendo al sistema de salud cuando no han conseguido suficiente información y conocimientos con los anteriores.

Varios autores, (véase Kirouac & Tan, 2017; Menvielle & Rodnan, 2011; Sharek et al., 2018), afirman que, una vez confirmado el diagnóstico, los padres experimentan sentimientos de preocupación, estrés, confusión, los cuales pueden disminuir cuando establecen contacto con otras familias que están pasando por las mismas experiencias. Además, esta situación, también les supone un estímulo para seguir formándose en relación al proceso de cambio que van a sufrir sus hijos.

Además de esos sentimientos, Drescher & Byne (2012) afirman que estas reacciones pueden ir desde un completo rechazo hasta una completa y temprana aceptación.

Tanto Nicholson & McGuinness (2014) como Kirouac & Tan (2017) están de acuerdo en que las enfermeras, especialmente las enfermeras de Salud Mental, se encuentran en una posición privilegiada para crear esos entornos nutritivos y seguros, de los que se ha hablado anteriormente, aquellos que incluyen a la familia proporcionando la información que estos demandan.

Es por ello que para que puedan proporcionar esa información, las enfermeras primero deberán disponer de unos conocimientos mínimos y adecuados.

Sin embargo, según Fernández et al. (2016) la formación continuada que se imparte a los profesionales, en especial de salud mental, en relación al género es bastante escasa, al igual que la formación que reciben la población universitaria y aquellos estudiantes de formación especializada.

Y es que, según Kirouac & Tan (2017), el nivel de educación y formación de las enfermeras resulta fundamental, puesto que se ha visto que este es un predictor de actitudes positivas en los pacientes de minorías sexuales.

Para ello, y al igual que el resto de los profesionales, Nicholson & McGuinness (2014) sostienen que estas deberán apoyar a los jóvenes y a sus familias, sin emitir juicios de valor.

Además de contribuir a la formación de jóvenes y padres, creando también espacios seguros, las enfermeras, con el conocimiento necesario, según Kirouac & Tan (2017), Nicholson & McGuinness (2014) y Reitman et al. (2013), podrán hacer el papel de mentor de otras enfermeras además de informar a los colegios sobre los importantes efectos que tiene por ejemplo, el *bullying* y las persecuciones en la salud mental de los niños.

## 5 CONCLUSIONES

De modo general, se puede concluir que el diagnóstico de disforia de género no implica necesariamente la transexualidad, ya que, muchas de las personas que tienen dicho diagnóstico, en lugar de beneficiarse de terapias de reasignación de sexo, podrán beneficiarse de sesiones de psicoterapia en las que se les ayude a buscar el rol con el que se sientan más cómodos, sin necesidad de pasar por esa transformación física.

Debido a que la identidad de género se desarrolla durante los primeros años de vida, es posible que, algunos niños presenten comportamientos que podrían ser indicativos de un diagnóstico de DG. Es sabido también que, en la gran mayoría de los casos, estas conductas desaparecen cuando el menor alcanza la adolescencia, por lo tanto deja de persistir la DG. Es por ello que, hay que ser cautelosos a la hora de emitir un diagnóstico.

Los menores con DG perciben el sistema sanitario como un ambiente hostil, inseguro, además, refieren que hay una falta de conocimiento y formación de los profesionales que los atienden, al igual que una aplicación inconsistente y desigual de los protocolos existentes para tratar la DG. Estos niños podrán ser también víctimas de *bullying*, de acoso escolar, de violencia o persecuciones, lo que sin duda repercutirá en su salud mental.

Con el fin de mejorar la calidad de vida de estos niños, las enfermeras podrán llevar a cabo diferentes actuaciones y es que, estas se encuentran en una posición privilegiada para conseguirlo. Tendrán en su mano la posibilidad de crear entornos seguros y cómodos para estos menores, incluyendo siempre a sus familias, en los que no haya juicios y se respeten siempre sus decisiones, en los que se acompañe y apoye a los menores. Podrán también proporcionar información, siendo mentoras de otras enfermeras, además de a los padres y a la población, sobre las repercusiones que tiene el *bullying*, el acoso y la necesidad de comunicar estas situaciones en los casos en los que se tenga conocimiento, ayudándose de las asociaciones disponibles, para así proporcionar una información de calidad.

## **5.1 Limitaciones**

En cuanto a las limitaciones que se han encontrado cabe destacar la tipología de los artículos, y es que la mayoría son revisiones o estudios cualitativos, siendo interesante haber dispuesto también de estudios cuantitativos para poder proporcionar unos resultados más completos.

La mayoría de los estudios realizados pertenecen al ámbito norteamericano impidiendo esto la extrapolación de algunos resultados a nuestro sistema sanitario debido a las diferencias entre ellos.

Por último, debido al período de tiempo en el que se realizaron las búsquedas puede que quedaran fuera artículos que fueran concluyentes para la realización del trabajo.

## **5.2 Recomendaciones y futuras líneas de investigación**

Las enfermeras forman parte de un colectivo un tanto olvidado en el cuidado de estos pacientes, siendo constatable gracias al hecho de que muchos de los artículos encontrados para llevar a cabo esta revisión, como se menciona anteriormente, tienen un enfoque biomédico, siendo difícil encontrar artículos que hablen exclusivamente del papel de la enfermera y sus implicaciones en el cuidado de estos.

Es por ello que, para proporcionar esos cuidados, las enfermeras deberán disponer de, al menos, unos conocimientos básicos que les permitan identificar indicadores del diagnóstico. Además, resulta fundamental que estas enfermeras lleven a cabo una labor de acompañamiento, para la cual es esencial que esta haya roto con el binarismo de género, aún existente, de hombre/mujer.

Estas pueden contribuir además, en la creación de espacios seguros y confortables para los jóvenes y sus familias, favoreciendo esto la desaparición de la patologización que existe en torno a este colectivo.

Por tanto, fundamental que se continúen haciendo investigaciones, de metodología cualitativa y cuantitativa con el fin de aportar unos resultados más completos y ricos.

Estos estudios deberían estar sobretodo liderados por enfermeros, para así poder conocer cuáles son los cuidados más beneficiosos para esta población y para sus familias, al igual que para tener un mayor conocimiento sobre este tema tan ignorado e indocumentado.

## **6 AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar dar las gracias a la Dra. M<sup>a</sup> Carmen Sellán Soto ya que de no haber sido por su ánimo y apoyo proporcionado durante estos meses de duro trabajo no hubiera sido posible terminar con éxito el presente trabajo. Agradecerle también la paciencia que ha tenido durante todo este tiempo.

Gracias también a las distintas asociaciones, como Chrysallis, con las que me he puesto en contacto y me han proporcionado mayor información para enriquecer así esta revisión narrativa.

Por supuesto, quiero agradecer también a mi familia, en especial a mis padres, y mis amigas, por estar siempre ahí, apañándome, ayudándome a superar las dificultades y no dejando que caiga nunca.



## 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegría, C.A. (2016). Gender nonconforming and transgender children/youth: Family, community, and implications for practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(10), pp.521-527. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12363>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª ED. Washington, DC: Panamericana.
- Asenjo, N., García, C., Rodríguez, J., Becerra, A., Lucio, M.J. & Grupo GIDSEEN (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de psicología clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), pp.33-36. Recuperado de: <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-19.pdf>
- Asenjo, N., Rodríguez, J.M., Lucio, M.J. & Becerra, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Género de Madrid (UTIG MADRID). *SEMERGEN*, 37(2), pp.87-92. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-abordaje-multidisciplinar-transexualidad-desde-atencion-S113835931000403X>
- Becerra, A., Rodríguez, J.M., Asenjo, N., Lucio, M.J., Cuchí, M., García, E., ... Aguilar, M.V. (2017). Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), pp. 1307-1312. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0955-z>
- Bergero, T., Cano, G., Giraldo, F., Esteva, I., Ortega, M.V., Gómez, M., Gorneman, I. (2004). La transexualidad: Asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), pp.9-20. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100002)
- Boletín Oficial del Estado (2007) Ley 3/2007 de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, BOE núm. 65 § 5585 (2007).
- Boskey, E.R. (2014). Understanding Transgender Identity Development in Childhood and Adolescence. *American Journal of Sexuality Education*, 9(4), pp.445-463. <http://dx.doi.org/10.1080/15546128.2014.973131>
- Chrysallis. Asociación de familias de menores transexuales (2013). Recuperado de: <https://chrysallis.org.es/>

- Coolhart, D. & Shipman, D.L. (2017). Working Toward Family Attunement: Family Therapy with Transgender and Gender-Nonconforming Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), pp.113-125. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.002>
- De Toro, X. (2015). Niños y niñas transgénero: ¿nacidos en el cuerpo equivocado o en una sociedad equivocada?. *Revista punto género*, (5), pp.109-128. Recuperado de: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RPG/article/view/37666>
- Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales. (2015). Guía de Atención a Menores con Diversidad de Género. Programa LGTB de la Comunidad de Madrid. Pp.3-79. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013919.pdf>
- Drescher, J. & Byne, W. (2012). Gender dysphoric/ Gender variant (GD/GV) Children and adolescents: Summarizing what we know and what we have yet to learn. *Journal of homosexuality*, 59(3), pp.501-510. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653317>
- Esteva, I., Asenjo, N., Hurtado, F., Fernández, M., Vidal, A., Moreno-Pérez, O., Lucio, M.J., ... Grupo GIDSEEN. (2015). Documento de posicionamiento: disforia de género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Endocrinología y nutrición*, 62(8), pp.380-383. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2015.03.004>
- Fernández, M., Guerra, P. & García-Vega, E. (2014b). La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), pp.317-335. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000200006>
- Fernández, M., Guerra, P., Díaz, M. y grupo GIDSEEN. (2014a). La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. *Revista iberoamericana de Psicopatología Infantil y Juvenil*, (110), pp.25-35. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4802980>
- Fernández, M., Guerra, P., Martín, E., Almaraz, M.C., Álvarez, J.A., Asenjo, N., ... Villar, A. (2016). Reflexiones en torno al marco epistemológico de la disforia de la disforia de género. *Revista Española de Salud Pública*, 90, pp.1-4. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100101](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100101)
- Gastó, C. (2006). Transexualidad. Aspectos Históricos y Conceptuales. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (78), pp.13-20. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2271434>

- Gatica, G., Almonte, C. (2015). Intervenciones Terapéuticas en Disforia de Género de Niños y Adolescentes. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 26(2), pp.121-131. Recuperado de: <https://www.sopnia.com/boletines/Rev%20SOPNIA%202015-2.pdf#page=121>
- Gómez, E., Esteva de Antonio, I. & Bergero, T. (2006). La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: Concepto y características básicas. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (78), pp.7-12. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2271425>
- Gridley, S.J., Crouch, J.M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., ... Breland, D.J. (2016) Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), pp.254-261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
- Hoffman, N.D., Freeman, K., Swann, S. (2009). Healthcare Preferences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Youth. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), pp.222-229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.01.009>
- Hurtado-Murillo, F. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 6, pp.45-52. <https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.Apr.283>
- Kirouac, N. & Tan, M. (2017). Gender creative or transgender youth and advance nursing practice. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 14(2), pp.441-447. DOI: 10.17458/per.vol14.2017.kt.gendercreativetransgender
- Levesque, P. (2015). Culturally-sensitive care for the transgender patient. *OR Nurse* 2015, 9(3), pp.18-25. Doi: DOI-10.1097/01.ORN.0000464749.92943.f3
- Menvielle, E.J.& Rodnan, L.A. (2011). A therapeutic Group for Parents of Transgender Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), pp.733-743. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2011.08.002>
- Nicholson, C. & McGuinness, T.M. (2014). Gender Dysphoria and Children. *Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(8), pp.27-30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20140113-01>
- Organización Mundial de la Salud & UNICEF. (2013). El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate. P.p.3-40. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78590>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Género. Recuperado de <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- Platero, R. (2009). Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización. *Política y sociedad*, 46(1 y 2), pp.107-128. Recuperado de:

- Reitman, D.S., Austin, B., Belkind, U., Chaffee, T., Hoffman, N.D, Moore, E., ... Morris, R. (2013). Recommendations for promoting the health and well-being of lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents: A position paper of the society for adolescent health and medicine. *Journal of Adolescent Health, 52*(4), pp.506-510. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.01.015>
- Rodriguez, C. (2016). *Llámame Paula* (1ª ed.). Barcelona: Bellaterra.
- Roger, C. (2011). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica* (1ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Sánchez, I., Mora, J.J. & Oviedo, O. (2017). Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 10*(2), pp.96-103. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-atencion-psicomedica-disforia-identidad-genero-S188898911500097X>
- Sharek, D., Huntley-Moore, S. & McCann, E. (2018). Education Needs of Families of Transgender Young People: A Narrative Review of International Literature. *Issues in Mental Health Nursing, 39*(1), pp.59-72. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1395500>
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. (2003). Trastorno de identidad de Género: Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. *Endocrinología y nutrición, 50*(1), pp.1-31. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-trastornos-identidad-genero-guia-clinica-S157509220374491X>
- Stahl, M.A., Greydanus, D.E., Truba, N., Cates, K. & Pratt, H.D. (2016). Adolescence: The issue of lesbian, gay, bisexual, and transgender. *International Journal of Child and Adolescent health, 9*(3), pp.313-325. ISSN:1939-5930
- STP (2013). STP-Campaña Internacional Stop Trans Pathologization. Recuperado de: [http://www.stp2012.info/STP\\_Folleto\\_Informativo2013.pdf](http://www.stp2012.info/STP_Folleto_Informativo2013.pdf)
- Torres, C.G., Renfrew, M., Knest, K., Tan-McGroy, A., Betancourt, J.R. & López, L. (2015) Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: Results from a qualitative analysis of providers. *BMC Pediatrics, 15*, p.187 <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0505-6>
- Williamson, L. (2016). *El arte de ser normal* (1ª ed.). Barcelona: Destino Infantil & Juvenil.

## 8 ANEXOS

**Anexo 1.** Tabla de clasificación de artículos por título, autor y año, tipología, objetivo, muestra y resultado.

Título	Autor, año y país	Tipo de estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Gender nonconforming and transgender children/youth: Family, community, and implications for the practice	Alegría, 2016. Estados Unidos.	Revisión bibliográfica	Proporcionar conocimientos sobre los niños/jóvenes transgénero para aumentar la confianza de los profesionales y mejorar la atención de las necesidades de jóvenes y familia.	Búsquedas en Academic Search Premier, Cinahl, PubMed, WPATH.	El número de jóvenes no conformes con su género está aumentando y esto supone grandes retos para las familias. La trayectoria de la identidad de género no se da de igual modo en todos los jóvenes y por ello deben esperar en el inicio tto mientras se les proporciona apoyo a ellos y a la familia.
Understanding Transgender Identity Development in Childhood and Adolescence	Boskey, 2014. Estados Unidos.	Revisión bibliográfica	Proporcionar una visión general del desarrollo de la identidad de género en los niños y adolescentes para conseguir una mejor formación en educación sexual.	No hay muestra descrita en el artículo.	Una mejor comprensión del género ayudará a mejorar los programas de educación sexual que se ofrecen. Las discusiones que se llevan a cabo sobre el tema de la identidad de género deberían ir dirigidas también hacia los jóvenes cisgénero.
Working Toward Family Attunement. Family Therapy with Transgender and Gender-nonconforming Children and Adolescent	Coolhart & Shipman, 2017. Estados Unidos.	Revisión bibliográfica	Mostrar un modelo de terapia para jóvenes TG y no conformes con su género y sus familias.	No hay muestra descrita en el artículo..	La transexualidad o la no conformidad con el género es algo natural que debe normalizarse. Pretenden buscar una sintonía de la familia con la expresión de género del joven. Se aumenta la seguridad del joven y sus familias trabajando con otras que están viviendo la misma situación, explorando otras opciones de transición de género.

Título	Autor, año y país	Tipo de estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Guía de atención a menores con diversidad de género	Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales, 2015. España.	Guía de práctica clínica	Atención a menores con diversidad de género.	Menores con diversidad de género.	No se describen resultados.
Gender Dysphoric/ Gender Variant (GD/GV) Children and Adolescents: Summarizing what we know and what have yet to learn.	Drescher & Byne, 2012. Reino Unido.	Revisión bibliográfica	Resumir lo que los autores creen que se sabe y que queda por saber sobre las minorías con DG, sus familias, el tratamiento y las culturas que les rodean.	No hay muestra descrita en el artículo.	No se describen resultados.
Documento de posicionamiento: disforia de género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN)	Esteva et al., 2015. España.	Artículo de opinión	Recomendaciones sobre la evaluación y tto de la DG en niños y adolescentes.	Guías internacionales sobre DG en menores.	El manejo de la DG tiene que llevarse a cabo en las UTIG y considerando que cualquier intervención sanitaria tiene que seguir los principios del rigor científico, la experiencia acumulada, principios éticos y deontológicos y prudencia.
Intervenciones Terapéuticas en Disforia de Género de Niños y adolescentes	Gatica & Almonte, 2015. Chile.	Revisión bibliográfica	Revisión de los conceptos relacionados con la DG y su abordaje terapéutico, desde un enfoque multidisciplinario.	No hay muestra descrita en el artículo.	Se pone de manifiesto la brecha de atención y tto especializados a los niños y adolescentes con DG.

Título	Autor, año y país	Tipo de estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth	Gridley et al., 2016. Estados Unidos.	Estudio mixto Cualitativo y cuantitativo, a través de entrevista	Entender las barreras que los jóvenes transgénero y sus cuidadores afrontan al acceder a la asistencia sanitaria	n=15 jóvenes TG y n=50 cuidadores.	Clasifican las barreras en 6 temas: 1) poca formación de los pediatras; 2) poca consistencia al aplicar protocolos; 3) uso inconsistente de nombres/pronombres; 4) cuidado descoordinado; 5) limitación o negación para acceder a supresores puberales; 6) exclusiones de seguros.
Healthcare Preferences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Youth.	Hoffman, Freeman & Swann, 2009. Estados Unidos.	Estudio cuantitativo, Transversal, realizado a través de un cuestionario	Determinar las preferencias sobre los profesionales de la salud, ajustes y problemas de salud que los jóvenes consideran importantes.	Jóvenes entre 13-21 años de EEUU o Canadá	Se considera más importante cuestiones relacionadas con el cuidado, el respeto y ser tratados como el resto de los jóvenes y lo menos importante el género o la orientación sexual del profesional.
Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica	Hurtado-Murillo, 2015. España.	Guía de práctica clínica	Identificar el diagnóstico lo antes posible para iniciar el tto de forma temprana	No hay muestra descrita en el artículo.	No se describen resultados.
Gender Creative and Transgender Youth and Advanced Nursing Practice	Kirouac & Tan, 2017. Estados Unidos.	Revision bibliográfica	Discutir el aumento de prevalencia de GC y jóvenes TG, la importancia del cuidado inclusivo, las líneas de tto y el impacto que tienen los padres y las enfermeras especialistas en el proceso de exploración del género del menor.	No hay muestra descrita en el artículo.	La concienciación y el cuidado de los jóvenes trans resulta fundamental para eliminar las barreras en el cuidado, tendiendo las enfermeras especialista una posición privilegiada para ello.

Título	Autor, año y país	Tipo de estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Culturally-sensitive care for the transgender patient	Levesque, 2015. Estados Unidos.	Revisión bibliográfica	Definir términos relacionados con los pacientes trans, describir los cuidados que requieren estos pacientes, identificar recursos y guías relacionadas con el cuidado.	No hay muestra descrita en el artículo.	No se describen resultados.
A therapeutic Group for Parents of Transgender Adolescents	Menvielle & Rodnan, 2011. Estados Unidos.	Estudio Cuantitativo	Proporcionar evaluaciones psicosociales y servicios terapéuticos.	No hay muestra descrita en el artículo.	Resulta de gran utilidad para los padres escuchar historias de otros a la vez que ellos hablan de su experiencia.
Gender Dysphoria and Children	Nicholson & McGuinness, 2014. Reino Unido.	Revisión bibliográfica	Explorar la literatura relacionada con el proceso de reasignación de género y los indicadores de diagnóstico.	No hay muestra descrita en el artículo.	El diagnóstico de DG se da durante edades tempranas, es por ello que los profesionales deben proporcionar tto lo antes posible para evitar problemas futuros en los menores.
Recommendations for Promoting the Health and Well-being of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescents: A position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine	Reitman et al., 2013. Estados Unidos.	Revisión bibliográfica	Revisión de la literatura científica y consenso de expertos en relación a las búsquedas, educación y cuidados de los adolescentes LGTB.	No hay muestra descrita en el artículo.	Problemas que presentan los padres y los jóvenes en relación al diagnóstico, problemas con los jóvenes que se encuentran en orfanatos y la justicia, además de hacer referencia a la terapia de cambio de sexo.



<b>Título</b>	<b>Autor, año y país</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
La 7ª revisión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género	Rodríguez et al., 2014. España.	Revisión bibliográfica	Analizar y reflexionar sobre los cambios introducidos en los Estándares Asistenciales de la 7ª versión de la WPATH	7ª versión de los Estándares de la WPATH.	Los nuevos estándares suponen una superación del modelo dicotómico, estableciendo que el género no tiene porqué ir ligado al sexo.
Education Needs of Families of Transgender Yung people: A narrative Review of International Literature	Sharek, Huntley-Moore, McCann, 2018. Reino Unido.	Revisión bibliográfica	Identificar las necesidades de educación de las familias. Examinar el impacto de la educación de las familias en los jóvenes trans. Explorar la experiencia de educación de las familias.	31 estudios publicados entre 2002-2017.	Se identifican 5 temas: 1) El aprendizaje por parte de la familia que su hijo es trans; 2) respuesta familiar, 3) acceso a la educación y a la información, 4) el impacto en cada uno de los miembros de la familia; 5) moviéndose más allá del individuo.
Adolescence: The issue of lesbian, gay, bisexual, and transgender	Stahl, Greydanus, Truba, Cates & Pratt, 2016. Estados Unidos.	Revisión bibliográfica	Papel de los profesionales de salud.	No hay muestra descrita en el artículo.	Los profesionales podrán ayudar a mejorar la situación que viven muchos jóvenes mediante la normalización de la sexualidad y la identidad de género, tanto con ellos como con sus familias.
Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: Results from a qualitative analysis of providers	Torres et al., 2015. Estados Unidos.	Estudio Cualitativo, a través de entrevista	Entender las necesidades de cuidados de salud que contribuyen a la resiliencia de los jóvenes TG.	n=11 jóvenes TG entre 13-21 años.	Surgen cinco temas: 1) resiliencia del joven; 2) falta de acceso a servicios de salud; 3) papel crítico del apoyo social; 4) retos en el sistema de cuidado de la salud; 5) la necesidad de profesionales adecuadamente formados.