



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 12/06/2018. Aceptado: 10/11/2018

DISFORIA DE GENERO: REALIDAD ASISTENCIAL EN PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

GENDER DYSPHORIA: THE REALITY OF CARE IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

R. Gordo¹, X.R. García Soto², Y. Álvarez², D. Díaz Piñeiro³, J.J. de la Gándara Martín⁴

¹Psiquiatra, Equipo de Salud mental Infanto Juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos.

²Psicólogo Clínico, Equipo de Salud mental Infanto Juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos.

³Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos. ⁴Psiquiatra, Jefe de Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Correspondencia: rgordo@saludcastillayleon.es
Hospital Universitario de Burgos. Avda. Islas Baleares, 3. 09006 Burgos.

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;7:9-19.



RESUMEN

Introducción: La demanda de atención sanitaria a niños y adolescentes con disforia de género (DG) es un hecho reciente en España que plantea necesidades aún poco estudiadas. Por una parte, conocemos mal su incidencia en la población, por otra, el consenso entre especialistas es bajo y, aunque hay varias guías de práctica clínica, no hay acuerdo sobre ciertos aspectos del diagnóstico y tratamiento. Finalmente, el marco legislativo cambia según las Comunidades Autónomas, e incluso dentro de la misma comunidad hay diferencias asistenciales entre áreas de salud.

Objetivos: Definir la realidad de la demanda asistencial, las peculiaridades personales y el punto de vista de las familias sobre la atención.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas de los casos atendidos en el Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil (ESMIJ) de Burgos hasta diciembre de 2017. Además se solicitó a las familias que cumplimentasen un cuestionario de satisfacción, opiniones y propuestas de mejora.

Resultados: Se atendieron 12 pacientes entre 2011 y 2017. Las intervenciones se centraron en el acompañamiento de los menores, asesoramiento familiar y psicoterapia de apoyo. Las valoraciones familiares muestran una satisfacción elevada con la atención y sugieren problemas de coordinación entre servicios e instituciones.

Conclusiones: Aunque el acompañamiento y asesoramiento en el ESMIJ parecen satisfacer las expectativas de las familias es necesario avanzar hacia un modelo de trabajo integral y mejor coordinado.

Palabras clave: Ptransexualidad; Disforia de género; Infancia; Adolescencia.

ABSTRACT

Introduction: Health care for children and adolescents with gender dysphoria (DG) is a recent development in Spain, which poses needs that have not been well studied. On one hand, we know little about its incidence in the population. On the other, the degree of consensus among specialists is low and, despite having several clinical practice guidelines, there is no agreement on aspects of diagnosis and treatment. Finally, the legislative framework changes according to the autonomous communities, and even within the same community, the healthcare situation is different in each health area.

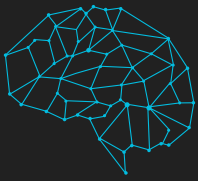
Objectives: To define the reality of the demand for care, the personal features and the families point of view of healthcare.

Methodology: A retrospective descriptive study is carried out by reviewing clinical histories of the cases treated until December 2017 in the Child and Youth Mental Health Unit (ESMIJ) of Burgos. In addition, families were asked to fill in a satisfaction questionnaire to gather their opinions and suggestions for improvement.

Results: 12 patients were treated between 2011 and 2017. The interventions focused on the accompaniment of minors, family counseling and supportive psychotherapy. Family assessments show a high level of satisfaction with care and suggest coordination problems between services and institutions.

Conclusions: While the accompaniment and advice in the ESMIJ seem to meet the expectations of the families, it is necessary to move forward to a more coordinated and integral attention model.

Key words: Transsexuality; Gender dysphoria; Childhood; Adolescence.



INTRODUCCIÓN

La atención a personas que no se identifican con el sexo con el que han nacido y desean cambiarlo, es reciente en el sistema sanitario, y aún más en los Servicios de salud mental infanto-juvenil. Plantea problemas conceptuales y organizativos complejos. Los conceptuales reflejan la rapidez y amplitud de los cambios en las actitudes sociales hacia la diversidad de género. En pocas décadas ésta se ha visto sucesivamente como una aberración moral, un problema de salud mental y, actualmente, como una interpretación personal de la propia identidad. La rapidez de estos cambios hace que aún no conozcamos bien el número de personas afectadas, la coexistencia de diferentes denominaciones, o que estemos lejos de disponer de un modelo consensuado de actuación normativa. En cuanto a los problemas organizativos, se relacionan con la complejidad del proceso de cambio de sexo. A los aspectos individuales de toma de conciencia, conocimiento de opciones y decisión informada, se añaden las dimensiones sociales, jurídicas y educativas. Conseguir un modelo capaz de coordinar las diferentes actuaciones es un desafío abierto.

En lo que sigue resumiremos algunos estudios sobre epidemiología de la transexualidad, diagnóstico y modelos de atención. A continuación expondremos los resultados de nuestro trabajo. Asumimos que la transexualidad no debe ser interpretada como una patología mental, aunque al referirnos a nuestros casos utilizaremos la etiqueta Disforia de Género (DG) (APA, 2013), por ser la de uso común en el ámbito sanitario.

EPIDEMIOLOGÍA

Hasta la creación de las Unidades de referencia de Trastornos de Identidad de Género (UTIG), a finales de los años 90, en España no se realizaron registros de asistencia sanitaria a menores con DG. Los datos y estudios epidemiológicos son escasos. Esteva et al. (2006) dan cifras de Andalucía de 1999 a 2004. Se atendieron 30 casos de edades comprendidas entre 14 y 18 años, de los cuales 24 fueron transexuales hombre a mujer (THM) y 6 transexuales mujer a hombre (TMH). Asenjo-Aranque et al. (2015) analiza la atención a menores en Madrid entre 2009 y 2013, así como los casos de mayores de edad que habían iniciado su tratamiento siendo menores. En total hubo 45 casos, 28 THM y 17 TMH.

También hay publicaciones de casos clínicos de menores atendidos en los ESMIJ (p.ej., Sánchez Lorenzo, I., Mora Mesa, J.J., Oviedo de Lucas, O., 2017). Por otra parte, una comuni-

cación de la Comisión Interservicios de Disforia de Género de Castilla y León recoge datos del período diciembre de 2013 a agosto de 2016. De un total de 44 pacientes valorados, 9 eran menores de edad. La Comisión señala "una tendencia de precocidad de diagnóstico en pacientes introducidos en el estudio en los últimos años" (Álvarez Astorga et al., 2014). Finalmente, la asociación de familias de menores transexuales, Chrysallis, aporta datos de una revisión de estudios epidemiológicos y señala que la disparidad de las cifras que se manejan no se corresponde con la realidad asistencial. Según datos de la delegación de Castilla y León, en Diciembre de 2017 había más de 650 familias asociadas en España. En Castilla y León había 18 familias, a las que se añadirían otras que recibieron asesoramiento sin asociarse.

Varios estudios de población general en los que se incluye un grupo de menores de 19 años nos dan una idea de la situación en países de nuestro entorno. Hoenig y Kenna (1974) estudiaron la prevalencia de la transexualidad en Inglaterra y Gales, excluyendo a los menores de 15 años en el momento de la primera consulta. Entre los 66 casos que identificaron había 19 de entre 15 y 19 años. Eklund, Gooren y Bezemer (1988) analizaron la prevalencia en los Países Bajos entre los años 1980 y 1986, incluyendo un grupo de pacientes entre 15 y 19 años. Dentro de este grupo, la ratio de prevalencia en el cambio de sexo de masculino a femenino fue del 0,6 siempre, mientras que el cambio de femenino a masculino se modificó a medida que avanzaban los años, desde el 0,6 al 1.

Las grandes variaciones observadas probablemente están relacionadas con condicionamientos morales y sociales, que influyen decisivamente en el proceso de toma de conciencia y apertura a la búsqueda de soluciones.

DIAGNÓSTICO

La Asociación Mundial de Psiquiatría estableció en 1983 que el diagnóstico de enfermedades mentales debe realizarse con criterios médicos aceptados internacionalmente, y que los problemas relacionados con valores morales, políticos o sociales, no deben confundirse con enfermedades mentales (Guimón, 2001). Sin embargo, es un hecho que los criterios que definen las enfermedades mentales han variado con los años, reflejando cambios sociales de definición de la conducta normal y anormal. En algunos casos la redefinición ha sido total, desapareciendo de las clasificaciones diagnósticas trastornos anteriormente existentes. Es el caso de la homosexualidad, catalogada como trastorno mental por



la American Psychiatric Association (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta 1987 y 1990 respectivamente (Missé y Coll-Planas 2010).

Los problemas relacionados con la identidad de género se incluyeron en las clasificaciones de trastornos mentales hace pocas décadas (OMS, 1978; APA, 1980). Las revisiones sucesivas han modificado los criterios y denominación. La última revisión, DSM 5 (APA, 2013), elimina el término "trastorno" y lo sustituye por "disforia", favoreciendo que no sea considerado una enfermedad. Aunque es un paso hacia la despatologización, el colectivo de Transexuales reclama su salida de las clasificaciones de enfermedades mentales (p.ej., Aventín Ballarín, 2015). La OMS recoge esta reivindicación en su nueva versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (Robles et al., 2016).

Esta evolución conceptual se refleja en la práctica asistencial. Hasta hace poco había un consenso amplio en que la evaluación psicológica y psiquiátrica eran necesarias para establecer el diagnóstico. Actualmente las posturas críticas hacia la patologización han ganado partidarios y en algunas comunidades autónomas de España se permite iniciar el tratamiento sin necesidad de diagnóstico psiquiátrico.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Aunque la transexualidad no sea una patología, sino un hecho de diversidad sexual, en muchos casos la atención sanitaria es necesaria. Aún estamos lejos de un consenso sobre el modelo de actuación. De hecho, como en otros procesos atendidos en salud mental, coexisten diferentes modelos que podrían agruparse en dos estilos de comprensión y abordaje: el biomédico y el biopsicosocial.

Los estándares asistenciales de la Asociación Internacional de Disforia de Género (HBIGDA, por sus siglas en inglés), actualmente llamada Asociación Profesional Mundial de Salud Transgénero (WPTAH, por sus siglas en inglés), han sido el referente internacional de las guías de consenso. Desde su aparición en la quinta versión (HBIGDA, 1998), las recomendaciones sobre atención a menores de edad y tratamientos de reasignación sexual han ido modificándose. En la séptima versión (WPATH, 2011) se incluye un capítulo específico dedicado a niños y adolescentes, del que destacamos tres aspectos. En primer lugar, contempla las intervenciones hormonales en edades tempranas, aunque recomienda que se haya llegado hasta el estadio II de Tanner. En segundo lugar, elimina el requisito de intervención previa de los profesionales de salud mental. Finalmente, es-

tablece un principio general para las intervenciones físicas: "Antes de considerar cualquier intervención con adolescentes, deben explorarse exhaustivamente las consecuencias sociales, psicológicas y familiares. La duración de esta exploración puede variar considerablemente dependiendo de la complejidad de la situación" (Fernández, M., Guerra, P., Díaz, M., García-Vega, E. y Alvarez-Diz, J.A., 2015).

En España, hasta hace poco tiempo, se recomendaba el tratamiento en equipos multidisciplinares de expertos (Hurtado-Murillo, 2015) y se consideraba que el proceso debía comenzar con el abordaje psicológico, diagnóstico y psicoterapia. Respecto al inicio del tratamiento, también han evolucionado los criterios. Hasta hace poco se indicaba que debía postponerse hasta la mayoría de edad. Actualmente numerosos autores sostienen que no hay que esperar si la identidad sexual está consolidada, y algunos defienden el inicio durante la etapa puberal. En esta cuestión hay un debate basado en los datos de persistencia de la DG en menores seguidos en unidades especializadas. Los datos sugieren una gran variabilidad, que va del 27% al 95% (Asenjo-Aranque et al, 2015).

MARCO LEGISLATIVO

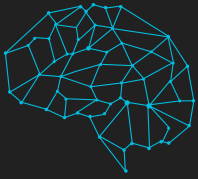
En Castilla y León, el *Protocolo de Atención Sanitaria Relacionada con la Identidad de Género en Castilla y León* (Consejería de Sanidad, 2014), actualmente vigente, recoge las recomendaciones con apartados específicos para niños y adolescentes. La atención comienza en Atención Primaria con la valoración biopsicosocial y derivación a los servicios de Atención Especializada, donde distinguen tres fases:

- **Primera:** Valoración diagnóstica por el profesional de salud mental (psicólogo/a clínico/a o psiquiatra) de referencia en el área de salud. Para niños y adolescentes se contará en cada área con un referente en psiquiatría infanto-juvenil. El diagnóstico se atenderá a los criterios DSM 5.
- **Segunda:** Terapia hormonal. Tras valoración diagnóstica e informe por el responsable de Salud Mental, se deriva al Servicio de Endocrinología del Área de Salud correspondiente.
- **Tercera:** Cirugía de reasignación sexual

Esta es la situación a grandes rasgos. Pasamos ahora a describir nuestra experiencia.

AMBITO ASISTENCIAL

El ESMIJ atiende la población hasta los 18 años. Está formado por tres psiquiatras, dos psicólogos clínicos, una



enfermera, una trabajadora social y una auxiliar administrativo. Los pacientes son atendidos indistintamente por uno u otro facultativo, psiquiatra o psicólogo, y por ambos cuando se considera necesario. El diagnóstico se realiza mediante entrevista clínica con el menor y sus progenitores, adaptando el número de sesiones de evaluación y seguimiento a las características individuales.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo general es conocer la situación de los menores atendidos, con el fin de mejorar la atención. Los objetivos específicos son:

1. Cuantificar la demanda de atención por DG en el ESMIJ.
2. Conocer el proceso de derivación (motivos de remisión, edades e iniciativa de consulta).
3. Conocer las comorbilidades de la población atendida.
4. Conocer su evolución y situación actual.
5. Conocer las opiniones de los familiares.
6. Reflexionar sobre los cambios asistenciales necesarios para mejorar nuestra actuación.

MÉTODO

Se revisaron las historias de los menores valorados por DG hasta diciembre de 2017. Para conocer las opiniones de los familiares elaboramos un cuestionario (Anexo 1), con 8 preguntas cerradas y cinco abiertas. Las preguntas cerradas incluían aspectos asistenciales (tiempo de espera para la primera cita, frecuencia de consultas de revisión, apoyo a la familia, supervisión del proceso de cambio de identidad y tratamiento recibido) y administrativos (facilidad para concertar citas, atención a llamadas telefónicas y respeto a su privacidad). Cada pregunta podía valorarse de 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho) o N/A (no aplicable). Las preguntas abiertas eran las siguientes: ¿Recomendaría nuestros servicios si un amigo o familiar tuviera dificultades relacionadas con la identidad de género?; señale los aspectos positivos de su experiencia en el ESMIJ; señale los aspectos negativos de la experiencia en el ESMIJ; ¿qué aspectos cambiaría?; ¿hay algún servicio adicional que debería ofrecer el ESMIJ? Estas preguntas permitían valorar cualitativamente la atención recibida y añadir sugerencias. Los cuestionarios fueron entregados anónimamente por las familias.

RESULTADOS

DEMANDA DE ATENCIÓN

El primer caso se identificó en octubre de 2011. Hasta diciembre de 2017 se han atendido 12 casos (4 THM y 6 TMH). Otros dos se encuentran actualmente en proceso de evaluación (1 THM y 1 TMH).

PROCESO DE DERIVACIÓN

La mayoría proceden de Atención Primaria, con 6 derivados por Pediatría (menores de 14 años) y 5 por Médicos de Familia (mayores de 14 años). Sólo 1 fue derivado por pediatría del hospital. La iniciativa parte en 6 casos de la familia y en 6 del propio interesado. En estos últimos, la edad era de 14 y 15 años. En 9 casos la solicitud de consulta consignaba explícitamente dificultades de identidad de género. En dos casos el motivo de consulta fue "ansiedad" y en uno "trastorno de la conducta". La media de edad en la primera consulta es de 12,25 años, con un rango de 7 a 15 años. Por sexo, la media de edad para THM es 11,20 y para TMH de 13 años.

COMORBILIDAD

Seis casos presentan obesidad previa al tratamiento hormonal, y cinco comorbilidad psiquiátrica:

- 1 THM abuso de cannabis y trastorno de la conducta alimentaria
- 1 THM con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- 1 TMH con Trastorno de aprendizaje y trastorno de ansiedad
- 2 TMH con rasgos patológicos de personalidad

SITUACIÓN ACTUAL

Nueve pacientes siguen tratamiento endocrinológico, no habiéndolo iniciado aún los dos que están en proceso de evaluación y uno que presenta comorbilidad con abuso de sustancias y trastorno de la conducta alimentaria. Los tratamientos son:

- Bloqueo hormonal al inicio de la pubertad: 2 THM y 2 TMH.
- Tratamiento hormonal cruzado: todas las THM se encuentran en tratamiento con estrógenos excepto un caso; 4 TMH están en tratamiento con testosterona.
- En un THM se realizó la intervención quirúrgica de feminización de la voz a los 17 años.

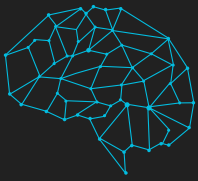


Tabla I. Aspectos Asistenciales

	FAMILIAS										MEDIA ASISTENCIA
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Tiempo de espera para la primera cita	3	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4,6
Frecuencia de consultas de revisión	3	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4,6
Apoyo como padres	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,8
Supervisión del proceso de cambio de género	4	5	5	5	4	5	4	4	5		4,6
Tratamiento psicológico recibido	4	5	5	5	5	5	5	5	5		4,9
Valoración familiar media	3,6	5	5	5	4,8	5	4	4,6	5	5	4,7

Tabla II. Aspectos Administrativos

	FAMILIAS										MEDIA
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Facilidad para concertar citas	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4,7
Contestación a sus llamadas telefónicas		5	5	5	4	5	3	4	5		4,5
Trato de su privacidad	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Media familiar	4,5	5,0	5,0	5,0	4,7	5,0	4,0	4,3	5	5	4,7

Cinco casos han realizado cambio de identidad civil. No ha habido ningún abandono del seguimiento. En 8 casos el seguimiento ha sido continuado, en 2 irregular y en 2 la demanda de tratamiento es reciente. Acuden a consulta de psicología 10 de ellos, uno a psiquiatria y otro recibe seguimiento conjunto.

LA EXPERIENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS.

Preguntas cerradas

Aspectos asistenciales

La tabla I muestra las puntuaciones sobre Aspectos Asistenciales. Las casillas en blanco indican que no eran aplicables. Cada familia aparece identificada con una letra (A-J). La última columna muestra la valoración media de cada aspecto, y la fila inferior la media de las puntuaciones de cada familia.

El primer punto interesante es el rango de puntuaciones, todas del 3 al 5. Ninguna familia informa de situaciones insatisfactorias (inferiores a 3). Las valoraciones medias (Media Asistencia) oscilan entre 4,6 y 4,9, con una desviación típica

de 0,16. Las puntuaciones más bajas corresponden al tiempo de espera para la primera cita, frecuencia de consultas de revisión y supervisión del proceso de cambio de género, con una valoración media de 4,6. Las más elevadas son el apoyo como padres y el tratamiento psicológico. La valoración media de los aspectos asistenciales es 4,7. Esta buena impresión se mantiene cuando consideramos la valoración familiar media. Oscila entre 3,6 y 5, con una desviación típica de 0,50. En todos los casos se mantiene por encima de 3.

En cuanto a Aspectos Administrativos (Tabla II) el cuadro es similar. No hay puntuaciones inferiores a 3 y las puntuaciones medias (Media Administrativo) son elevadas. El aspecto menos satisfactorio es la facilidad para contactar telefónicamente con el Servicio, un 4,5. El más valorado, el respeto a la privacidad, un 5. La valoración global, 4,7, coincide con la de aspectos asistenciales. Las valoraciones familiares medias, son mejores que las anteriores en un aspecto: ninguna familia puntúa por debajo de 4.

Combinando datos asistenciales y administrativos obtenemos la Valoración Global (Tabla III). La media de la muestra fue 4,7, con una desviación típica de 0,4. Las puntuaciones sugieren una alta satisfacción.

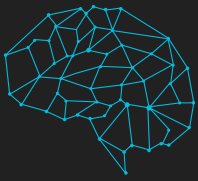


Tabla III. Valoración global

	FAMILIAS										MEDIA
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Media familiar	3,9	5	5	5	4,8	5	4	4,5	5	5	4,7

Resumiendo, ningún aspecto asistencial puede calificarse de insatisfactorio y ninguna familia considera insatisfactoria su experiencia. Los aspectos menos satisfactorios tienen que ver con el problema más conocido en los servicios sanitarios: la saturación, que provoca dificultades de acceso por lista de espera elevada y dificulta la atención sostenida. Los aspectos mejor valorados están relacionados directamente con el trato personal recibido durante las interacciones, sean terapéuticas (apoyo familiar y tratamiento) o administrativas (facilidad para concertar citas).

Preguntas abiertas

Hemos transcrito las respuestas íntegramente en la Tabla 4. La letra que sigue a la cita indica la familia a la que pertenece.

Recomendaría

Nueve familias afirman que recomendarían el ESMIJ. Una (F) no contesta por una confusión de espacios; sin embargo, el resto de sus respuestas y la valoración global del Servicio, un 5, disipan cualquier duda sobre su actitud. Junto a esta casi unanimidad, una familia matiza su respuesta y recuerda que no hay alternativa: "Sí, lo recomendaría, aunque en Burgos, como tal, no tenemos muchas más salidas ni visibilidad" (H). Debemos retener esta opinión porque puede contener una clave para interpretar los resultados.

Aspectos positivos

También en este punto hay acuerdo casi unánime: se destacan el trato y la calidad de la asistencia. El trato, con esa misma etiqueta, es citado por 5 familias; otras 3 hablan de amabilidad, y escucha sin prejuicios. Una familia elabora la idea: "El trato siempre ha sido correcto, cercano y respetuoso. Se ha escuchado al niño desde el primer momento sin prejuicios, y a los padres también se nos ha escuchado y tenido en cuenta..." (C). Otra la relaciona con su funcionamiento como padres: "Nos está enseñando pautas para saber educar mejor a nuestros hijos." (J). Finalmente, la calidad asistencial apa-

rece de modo más general, como profesionalidad o eficacia, o como resultado observado: "La autoestima y seguridad de mi hijo ha mejorado muchísimo." (F).

Aspectos negativos

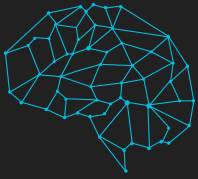
Siete familias niegan expresamente aspectos negativos, dos dejan la pregunta en blanco y una sugiere que la experiencia es limitada: "Simplemente las pocas salidas y visibilización que se nos da... no tenemos otros equipos de salud mental o consulta al alcance." (H). Es una variación de la opinión anterior de esta familia sobre la limitación de recursos.

Cambiarían

Cinco familias no cambiarían nada. Tres hablan de mayor coordinación entre especialistas y con educación. Dos familias solicitan informes más completos, sugiriendo que deberían ir más allá del diagnóstico: "Siempre que hemos solicitado un informe se nos ha facilitado sin problema, pero es cierto que siempre son muy escuetos... desde un juzgado o un instituto, esperan ver algo más" (C). "Una mayor implicación en la redacción de los informes que nos requieren, por ejemplo, en colegios o para cambiar el DNI." (E). La demanda subyacente es que el ESMIJ actúe más allá de sus funciones sanitarias, se implique en la explicación de la situación a las instituciones y coopere en los procesos de cambio. Otra familia (A) pide mayor frecuencia de citas. Esta familia es la que dio la menor valoración a su experiencia en el ESMIJ. Finalmente, una familia (H) plantea abiertamente un problema con el modelo de trabajo del ESMIJ, insistiendo en la idea de una consulta especializada para personas transexuales.

Servicios adicionales

Esta pregunta junto con la anterior, permite a las familias aportar sugerencias sobre su idea de atención. Seis familias no proponen cambios. Tres insisten en la necesidad de coordinación. Uniendo las respuestas a ambas preguntas,



tenemos una propuesta general de coordinación "entre especialistas" (A), posiblemente referida a endocrinología, especialidad que también aparece explícitamente citada (E). Además, hay una demanda de coordinación con otros profesionales: "me gustaría que hubiese un mecanismo por el que pudieseis compartir vuestra forma de trabajar con nuestros hijos e hijas, con otros profesionales." (C). Esa coordinación, según otra familia, debería proyectarse a nivel autonómico: "Trabajar en la línea de la coordinación citada en el anterior punto [i.e., con endocrinología] y en la intergrupos a nivel de Castilla y León, para unificar criterios y conocimientos." (E). Incluso hay una familia que parece proponer que el ESMIJ realice funciones de supervisión del trato que reciben los menores: "Sí, que intentaran darle más información y control de algunos colegios" (F).

Integración de resultados

Reuniendo las características deseables, existentes o sugeridas por las familias, podemos hacer un boceto del modelo o ideal familiar de proceso de atención a la DG. En primer lugar, destaca la satisfacción general con el ESMIJ. La inexistencia de valoraciones cuantitativas sugerentes de insatisfacción, indica que no hay percepción de daño o desatención. Esta impresión se confirma con la falta de críticas o identificación de aspectos negativos en las preguntas abiertas. Además, la atención especializada y el trato en las relaciones administrativas reciben una valoración elevada. Asistencialmente se aprecian especialmente el apoyo como padres y los tratamientos psicológicos, a pesar de los problemas de acceso y frecuencia de citas.

Sin embargo, las valoraciones positivas no deberían ocultar otro hecho. Las respuestas de la mitad de la muestra sugieren que el proceso que rodea la DG sigue siendo una experiencia mal coordinada, con escasa continuidad entre instituciones y frecuentes situaciones de incomprensión. Desde este punto de vista, la elevada valoración del trato recibido cobra otro significado: Que unas personas agradezcan el trato correcto, la amabilidad y la escucha sin prejuicios, revela la soledad e incomprensión que rodea al colectivo de transexuales. Quizás, como sugiere una familia, el problema es de escasez de recursos e inexistencia de servicios especializados, capaces de dar salida y visibilidad al colectivo. Es discutible que dar visibilidad a un colectivo sea una función propia de un hospital. Pero es seguro que estamos lejos de haber logrado un modelo de atención suficiente.

CONCLUSIONES

A pesar del aumento creciente de la demanda de atención a los menores transexuales en los servicios de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, ésta representa un porcentaje muy bajo del total de consultas. Encontramos una adecuada comunicación con Atención Primaria como muestra la derivación al ESMIJ, con una buena identificación de los motivos de consulta. El proceso de atención especializada se ha cumplido siguiendo las fases del protocolo, y todos los pacientes han sido valorados por el servicio de endocrinología. En el ESMIJ se ha mantenido un seguimiento de todos los casos con una buena adherencia, incluso en aquellos en los que no se ha realizado intervención terapéutica.

Las encuestas familiares sugieren que debe reforzarse la coordinación entre especialistas sanitarios y extenderse a los centros escolares y asociaciones de familiares. Esta labor, junto con el acompañamiento psicológico al menor y su familia, puede ser suficiente para una adecuada evolución en su tránsito por el sistema sanitario. En los casos en los que se detecte alguna sintomatología se realizará la intervención terapéutica apropiada, siguiendo los procedimientos establecidos para los menores atendidos en la unidad.

Para terminar, señalaremos algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, no hemos validado la escala de satisfacción familiar. Aunque eso reduce la interpretación de los datos, hemos priorizado la obtención de información. Estamos ante una realidad en permanente transformación. Es posible que en poco tiempo se modifique el circuito de atención a la DG y el papel de los ESMIJ cambie o incluso desaparezca. En este contexto, la información de las experiencias puede tener valor para orientar los cambios. Un valor orientativo, no normativo. Ese, pensamos, es el principal valor de nuestros datos.

Una segunda limitación es que no aportamos datos de la evolución personal de nuestros menores. En futuros trabajos deberíamos combinar estos datos con los de satisfacción.

Finalmente, deberíamos tomar con precaución las elevadas puntuaciones de la encuesta de satisfacción. En realidad, no informan con claridad de la calidad asistencial. La atención a la DG en el sistema sanitario es muy reciente. No hay estándares de calidad de atención con los que el público pueda comparar su experiencia. Es posible que el simple hecho de recibir atención por profesionales cualificados en una situación de incertidumbre sea altamente valorado. Por



ello, parece razonable interpretar las puntuaciones como un indicador general de la utilidad percibida de las actuaciones sanitarias y no como una valoración elevada de las actuaciones concretas.

En todo momento se respetó la confidencialidad y la utilización de los datos de acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a los menores por compartir sus experiencias y a sus padres por colaborar en la cumplimentación de los cuestionarios. A los miembros de la asociación Chrysalis en Burgos por su disponibilidad y colaboración.

DOCUMENTO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El autor primer firmante del manuscrito de referencia, en su nombre y en el de todos los autores firmantes, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

ANEXO 1

Cuestionario de satisfacción para familiares de menores atendidos por Disforia de Identidad de Género en el Equipo de Salud Mental Infante Juvenil (ESMIJ)

Uno de nuestros principales objetivos en el Equipo de Salud Mental Infante Juvenil es mejorar la calidad de la asistencia. Estaríamos agradecidos de conocer sus opiniones sobre la experiencia en la atención en el ESMIJ con el fin de mejorar aún más nuestro servicio. Muchas gracias por ayudarnos con este cuestionario

Por favor, califique la calidad de nuestro servicio en los siguientes puntos. Rellene con un círculo el número que considere del 1 al 5, correspondiendo el 1 a "muy insatisfecho" y el 5 "muy satisfecho". Si la cuestión no es relevante en su situación por favor marque no aplicable (N/A).

- ¿Cómo califica el tiempo de espera respecto a su primera cita en el ESMIJ?
1 2 3 4 5 N/A
- ¿Cómo está de satisfecho con la frecuencia de las consultas de revisión?
1 2 3 4 5 N/A
- ¿Cómo valora el apoyo que se le ha proporcionado como padres, desde el ESMIJ?
1 2 3 4 5 N/A
- Si su hijo/a ha iniciado el proceso de cambio de identidad de género, cómo valora la supervisión que tiene en el ESMIJ?
1 2 3 4 5 N/A
- Si su hijo/a está recibiendo tratamiento psicológico, cómo lo valora?
1 2 3 4 5 N/A
- Señale su satisfacción con los servicios administrativos en relación con:

La facilidad para concertar citas

1 2 3 4 5 N/A

El modo en que son contestadas sus llamadas telefónicas

1 2 3 4 5 N/A

El modo en que se trata su privacidad

1 2 3 4 5 N/A

Recomendaría nuestros servicios si un amigo o familiar tuviera dificultades relacionadas con la identidad de género?

Señale los aspectos positivos de su experiencia en el ESMIJ

Señale los aspectos negativos de su experiencia en el ESMIJ

Si usted pudiera cambiar alguna cosa, ¿que cambiaría?

Hay algún tipo de servicio adicional que desearía se le ofreciera en el ESMIJ?

MUCHAS GRACIAS POR DEDICAR SU TIEMPO A COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO.



ANEXO: PREGUNTAS ABIERTAS

Tabla 4. Preguntas abiertas

Familias	Recomendaría	Aspectos positivos	Aspectos negativos	Cambiaría	Serv Adic
A	Si, recomendaría	La amabilidad La profesionalidad	No ha habido	Mayor frecuencia en las citas Una mayor coordinación entre especialistas	No se me ocurre
B	Sin ninguna duda	Atención y el seguimiento	Prácticamente ninguno	Lo veo adecuado	Creo que no
C ⁴	Si, de hecho lo hago	Trato ²		Informes escuetos ¹	Compartir forma de trabajar con otros profesionales ³
D	Si	El trato y eficacia	No tenemos	No he tenido ningún problema	Satisfecha
E1	Si	La escucha sin prejuicios y la actitud positiva de los profesionales.	Ninguno	Implicación en informes ⁵ Coordinación hospitalaria ⁶	Coordinación local y autónoma ⁷
F		La autoestima y seguridad de mi hijo ha mejorado muchísimo	Ninguno	Por mi no cambiaría nada. Estoy muy contenta con los resultados de mi hijo	Darle más información y control de colegios ⁸
G	Si	Cercanía Buen trato	No tengo	No se me ocurre	No
H	Si ⁹	Trato ¹⁰	Pocas salidas y visibilización ¹¹	Más especializadas y concretas	Consulta especializada DG ¹²
I	Si	El trato recibido	No hay	Nada	No
J	Sí	Enseñanza recibida ¹³			

1. Mecanografiado.

2. El trato siempre ha sido correcto, cercano y respetuoso. Se ha escuchado al niño desde el primer momento sin prejuicios, y a los padres también se nos ha escuchado y tenido en cuenta. Os habéis ganado su confianza, cuando estaba acostumbrado a ser cuestionado y puesto en duda por todo el mundo.

3. Siempre que hemos solicitado un informe se nos ha facilitado sin problema, pero es cierto que siempre son muy escuetos. Cuando nos solicitan un informe desde un juzgado o un instituto, esperan ver algo más que un diagnóstico de disforia de género tan frío.

4. Hablando, además de como madre, como miembro de de Chrysalis, me gustaría que hubiese un mecanismo por el que pudieseis compartir vuestra forma de trabajar con nuestros hijos e hijas, con otros profesionales. Aún encontramos profesionales que no les escuchan y se empeñan en negarles, insistiendo en esperar no sé a qué, consiguiendo así la frustración y desesperación de estos chavales.

Estos chicos y chicas antes o después suelen terminar en vuestras consultas, y cuando la familia no les respeta o acompaña, sois su única esperanza.

5. Una mayor implicación en la redacción de los informes que nos requieren, por ejemplo en colegios o para cambiar el DNI.

6. Una mayor coordinación con endocrinología pediátrica y endocrinología.

7. Trabajar en la línea de la coordinación citada en el anterior punto y en la intergrupos a nivel Castilla y León, para unificar criterios y conocimientos.

8. Sí, que intentaran darle más información y control de algunos colegios para que sepan y traten mejor a nuestros niños.

9. Sí, lo recomendaría aunque en Burgos, como tal, no tenemos muchas más salidas ni visibilización.

10. Principalmente, el trato con el psicólogo, pues al menos en mi caso me es cómodo y sencillo.

11. Simplemente las pocas salidas y visibilización que se nos da. Salidas en referencia que no tenemos otros equipos de salud mental o consulta al alcance.

12. Un apartado de consulta especializada para personas transexuales o transgénero.

13. Nos está enseñando pautas para saber educar mejor a nuestros hijos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Astorga, A., Gallardo Borge, L., Gómez Hoyo, E., Díaz Soto, G., Maniega, M.A., Villar Bonet, A., De Uribe Ladrón de Cegama, F., De Luis, D. (2016). Manejo de pacientes diagnosticados de disforia de género de Castilla y León por la Comisión Interservicios de Disforia de Género. Comunicación en el XIX Congreso Nacional de Psiquiatría. Palma de Mallorca, 27 a 29 de Octubre de 2016.
2. American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Barcelona: Masson.
3. Aventín Ballarín, N. (2015) Transexualidad infantil e infamia médica. Recuperado de <http://chrysalis.org.es/transexualidad-infantil-e-infamia-medica/> el 19 de junio de 2017.
4. Asenjo-Aranque, N., García-Gibert, C., Rodríguez-Molina, J.M., Becerra-Fernández, A., Lucio M.J. y 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*, 1, 33-36.
5. Chrysalis (s.d.) Prevalencia. Recuperado 3 de octubre de 2015 de <http://chrysalis.org.es/informacion/prevalencia/>
6. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León (2014). Protocolo de atención sanitaria relacionada con la identidad de género en Castilla y León. Recuperado 3 de octubre de 2015 de <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas>.
7. Eklund, P.L.E, Gooren L.J.G, Bezemer P.D. (1988). Prevalence of Transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152, 638-640.
8. Esteva, I., Gonzalo, M., Yahyaoui R., Domínguez, M., Berguero, T., Giraldo, F., Hernando, V. y Soriguer, F. (2006). Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 78, 65-70.
9. Fernández, M., Guerra, P., Díaz, M., García-Vega, E. y Álvarez-Diz, J.A. (2015). Nuevas perspectivas en el tratamiento hormonal de la disforia de género en la adolescencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 1, 24-31.
10. Gastó, C. (2006). Transexualidad. Aspectos históricos y conceptuales. *Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 78, 13-20.
11. Guimón, J. (2001). *Salud Mental Relacional. Concepto, etiología y diagnóstico*. Madrid: Core Academic.
12. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. (1998). *The standards of care for gender identity disorders (5ª versión)*. Mineapolis: HBI-GDA.
13. Hoenig, J., Kenna, J.K. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124, 181-190.
14. Hurtado-Murillo, F. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, 6 (Suppl), 46-52.
15. Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Eagles.
16. Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., Reed, G.M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 9, 850-859.
17. Sánchez Lorenzo, I., Mora Mesa, J.J., Oviedo de Lúcas, O. (2017). Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2, 96-103.
18. The World Professional Association for Transgender Health. (2011) *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, 7ª versión.
19. World Health Organization (1978). *International classification of diseases*. 9a ed. Ginebra: WHO (trad. cast.: Madrid: Meditor, 1978).