



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

Proyecto educativo

***“La importancia de la familia en la disforia
de género”***

Alumno: Natalia Torres Martín.

Director: María Urtasun Lanza.

Madrid, abril de 2019

Índice

Glosario de abreviaturas	4
Resumen	5
Abstract	6
1. Presentación.....	7
2. Estado de la cuestión.....	8
2.1 Fundamentación.	8
Definición disforia de género	8
Epidemiología.....	8
Evolución de la terminología.....	9
Factores relacionados.	11
Diagnóstico y tratamiento	12
Patologías asociadas (ansiedad/ depresión).....	15
Enfermería en la disforia de género.....	17
Marco normativo.....	18
2.2 Justificación	19
3. Proyecto.....	20
3.1 Población y captación	20
3.2 Objetivos	21
3.2.1 Objetivos generales	21
3.2.2 Objetivos específicos	21
3.3 Contenidos.....	23

3.4	Planificación general	24
3.5	Sesiones, técnicas de trabajo y materiales necesarios.....	25
3.6	Evaluación	29
3.6.1	Evaluación de la estructura y proceso	29
3.6.2	Evaluación de resultados	29
4.	Bibliografía	30
5.	Anexos.....	33
5.1	Anexo 1: ESDETRA (Escala de Depresión para Personas Transexuales).	34
5.2	Anexo 2: ESANTRA (Escala de Ansiedad para Personas Transexuales).....	35
5.3	Anexo 3: Cartel informativo tipo folleto para captación.	36
5.4	Anexo 4: Cuestionario de inscripción a las sesiones.	37
5.5	Anexo 5: Escala de satisfacción de las sesiones educativas.....	38
5.6	Anexo 6: Cuestionario de calidad y satisfacción.....	39
5.7	Anexo 7: Evaluación de objetivos cognitivos: Pretest y postest.....	41
5.8	Anexo 8: Guion del observador externo.	42

Glosario de abreviaturas

Abreviatura	Significado
GD	Disforia de género
MTF	De hombre a mujer (<i>"male to female"</i>)
FTM	De mujer a hombre (<i>"female to male"</i>)
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
GID	Trastorno de Identidad de Género
GIDC	Trastorno de identidad sexual en la infancia
GIDNOS	Trastorno de identidad de género no especificado
GIDAANT	Trastorno de identidad sexual de la adolescencia y la edad adulta
SNS	Sistema Nacional de Salud
GnRH	Hormona liberadora de gonadotropina
UTIG	Unidad de Trastornos de Identidad de Género

Resumen

La identidad de género comienza a configurarse en los primeros años de vida, pero toma su forma a medida que la persona va desarrollándose, llegando a su estadio más complicado en la adolescencia. En el caso de la disforia de género, esa identidad es incongruente con las características biológicas, lo que supone tener que afrontar una situación para la que la persona no está preparada, llegando al propio rechazo y en algunos casos, el rechazo por parte de la sociedad.

Aunque no hay evidencia de los factores desencadenantes de esta condición, se conoce que esto afecta notablemente al bienestar general y a la madurez sexual de las personas que lo sufren. Los tratamientos y alternativas son diversos, pero para acceder a ellos se debe realizar previamente una valoración integral del estado de la persona y del entorno, que sirvan como precedente para valorar en qué etapa se encuentra y así, poder determinar las fases terapéuticas más recomendables en cada caso.

El presente proyecto va enfocado a los padres de estos adolescentes, cuyo objetivo es aportarles información, asesoramiento y, sobre todo, enseñarles a empatizar, a ponerse en el otro lado para comprender la situación y, de este modo, servir de apoyo en todo el proceso asistencial y en la adaptación física y psicológica.

Palabras clave: Disforia de género, personas transgénero, adolescente, identidad de género, padres.

Abstract

The gender identity began to develop in the first years of the life, but this feeling begins to grow and get to the most complicated period in the teen age. In the case of the gender dysphoria, that identity is incongruous with the biologic characteristics. The person has to cope with a difficult situation, rejecting by oneself and sometimes by the society.

Although in gender dysphoria there is no evidences of trigger factors, it is well known that the wellness and sexual maturity is deeply affected. In order to access to the treatments and alternatives, the professionals should be made an integral assessment of the personal and social environment. These results will apply to detect in what phase they are on and recommend the necessary therapy in each case.

This educative project is aimed at adolescence parents, which target is provide information, assessment and the most important, to be able to empathize, putting themselves in the place of the teenagers as the main support during the whole physical and psychologic process.

Keywords: Transgender persons, gender dysphoria, adolescent, gender identity, parents.

1. Presentación

Este proyecto educativo va dirigido a todas aquellas personas que puedan necesitar informarse, orientarse y de esta manera, despejar incertidumbres. Para mí es muy importante llegar a este colectivo y a su entorno para mejorar y dar mayor visibilidad a esta condición, intentando evitar la discriminación y el rechazo social que causa en la persona una baja autoestima.

Por una parte, deseo aportar mi granito de arena en un tema con tantos tabúes y reparos; por otra parte, estoy muy sensibilizada con este colectivo ya que considero que están en una posición desfavorecida. Por lo que mi intención es arrojar un poco de luz en algunos aspectos que relaciono con mi futura profesión, ya que creo que, desde el punto de vista de la enfermería, podemos ayudar tanto desde la detección temprana como en el final del proceso, mediante un seguimiento continuado y exhaustivo y, aun sabiendo que estas personas pueden atravesar por épocas de crisis y de dudas a lo largo de su vida.

Si de antemano la adolescencia es una época complicada en la vida de cualquier ser humano, aún más lo es cuando está asociada a la disforia de género, ya que la persona no ha llegado a un punto de madurez para poder canalizar y comprender sus emociones y sentimientos más profundos, entrando en una contradicción entre el género biológico y el género sentido.

Para ello, creo que es importante una intervención en edad temprana, evitando así males mayores en el futuro como pueden ser la depresión, enfermedad muy común en este colectivo, con consecuencias muy graves que con una adecuada intervención pudiera ser evitable.

Agradecimientos.

A mi madre, por apoyarme y sostenerme durante estos cuatro años de carrera. Muchísimas gracias.

2. Estado de la cuestión

2.1 Fundamentación.

La elaboración de esta parte del proyecto se ha basado en la búsqueda de artículos científicos incluidos en bases de datos como Cuiden, Dialnet y Pubmed. Los términos utilizados para la búsqueda fueron los tesauros MESH y DeCS; además, de la utilización de operadores booleanos como AND y OR para realizar una búsqueda más concisa.

El siguiente trabajo abordará la disforia de género estudiando la evolución de los cambios de la terminología, la prevalencia, los factores relacionados, cómo se diagnostica, los diferentes tratamientos posibles en la transición de género, las patologías psicológicas relacionadas, el papel de la enfermería en la disforia de género y, por último, la legislación vigente en la Comunidad de Madrid.

Definición disforia de género

La disforia de género (por sus siglas en inglés, GD) se define por la inconformidad e insatisfacción de la persona por su sexo biológico, rechazando sus características primarias y secundarias debido a la disonancia con el sexo sentido, lo que produce un malestar significativo que afecta a las actividades de la vida diaria de la persona (1,2).

Epidemiología

Se desconoce la incidencia actual de la disforia de género en adolescentes españoles. Cabe destacar que los últimos estudios publicados (2017) hacen referencia a que en la Comunidad de Madrid la prevalencia es de 2,5 por cada 100.000 habitantes, teniendo en cuenta que es mayor la prevalencia de hombres que desean ser mujeres (por sus siglas en inglés, MTF) a mujeres que desean ser hombres (FTM) es de (2:1), lo que supone una media de 130 demandas anuales entre un rango de edad de 20 a 40 años.

A continuación, se adjunta una tabla con la evolución de nuevos casos de disforia de género en la Comunidad de Madrid.

Año	Nuevos casos
2007	222
2008	126
2009	176
2010	131
2011	102
2012	102
2013	91
2014	115
2015	106

Tabla 1: Nuevos casos de disforia de género en la Comunidad de Madrid del 2007 al 2015. Elaboración propia con datos basados en Becerra- Fernández et al 2017 (3).

En 2014 en países como Irlanda la prevalencia era de 6,77 personas por cada 100.000 habitantes, mucho más inferior que en Suecia cuya prevalencia era de 16,77 en el mismo año. Estudios más antiguos publicados en 2006, reflejan que la prevalencia en Cataluña alcanzaba 3,88 por cada 100.000 habitantes (3).

A pesar de lo anteriormente mencionado, son escasos los datos actuales sobre la prevalencia de GD. Las causas son variadas; entre ellas se encuentra la negación de reconocer la identidad sexual y el sexo sentido, miedo a ser rechazado por parte de la familia y círculo social, inadecuada utilización de metodología de la encuesta, etc. (4).

Evolución de la terminología.

A lo largo de la historia, se han ido produciendo cambios significativos a la hora de conceptualizar este diagnóstico. A continuación, se expondrán los diferentes términos adquiridos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales por sus siglas en inglés (DSM), así como las diferentes ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

En el año 1992 según la OMS, aquellas personas que no se identificaban con su sexo, se les denominaba *“transexuales”*, esta terminología cambió en el año 2000 por *“trastorno de identidad de género”* (GID, por sus siglas en inglés) según APA. Actualmente, el término empleado y publicado por APA en el año 2013 es *“disforia de género”*.

En la edición del DSM III (1980), se incluyó por primera vez el término de *“transexualidad”* englobado en el apartado de *“trastornos psicosexuales”*. Además de éste, se incluyó el *“trastorno de identidad de género atípico”* y el *“trastorno de identidad sexual en la infancia”* por sus siglas en inglés (GIDC). Los criterios para establecer el diagnóstico de transexualidad, a parte del sentimiento de pertenecer al sexo opuesto y de las características típicas de cada sexo, el deseo debía ser persistente durante al menos 2 años, no pudiendo estar asociado a una enfermedad mental. Por otro lado, dentro de las etiquetas para establecer el diagnóstico de trastorno de identidad sexual, se encontraba la tendencia a realizar y a participar en actividades estereotípicas del sexo contrario.

La posterior publicación del DSM III-R (1987) cuyo objetivo era clarificar y precisar en algunos conceptos publicados en la anterior edición, estableció nuevos diagnósticos: *“trastorno de identidad de género no especificado”* por sus siglas en inglés (GIDNOS), *“trastorno de identidad sexual de la adolescencia y la edad adulta”* cuyas siglas inglesas son (GIDAANT) y *“trastorno de identidad sexual de la infancia”*, englobados en la categoría de *trastornos sexuales*, incluyendo una subcategoría denominada *“trastornos por lo general evidentes primero en la infancia, niñez o adolescencia”* en la que se engloba el diagnóstico *“trastorno de identidad de género”*.

El término GIDAANT se dejó reservado para aquellas personas incongruentes con su género, pero que no deseaban llevar a cabo un tratamiento específico para modificar sus características sexuales. Por otro lado, el padecimiento de enfermedades de salud mental como la esquizofrenia dejó de ser un criterio de exclusión para estos diagnósticos.

En la publicación del DSM IV (2000), el diagnóstico de GIDAANT fue eliminado ya que no se establecían límites definidos entre este diagnóstico y el *“trastorno de identidad sexual en la infancia”* (GIDC), estableciendo un diagnóstico general de *“trastorno de identidad de género”* y, trasladándose así hacia el comportamiento de género cruzado e incluyendo en más de la mitad de los diagnósticos el criterio D: alteración que provoca malestar significativo en las diferentes áreas sociales, ocupacionales u otros funcionamientos. El objetivo de este cambio era principalmente disminuir falsos positivos.

El paso de DSM IV-R (2000) a DSM- V (2013) hizo una distinción entre trastornos especificados y no especificados. Por otro lado, el diagnóstico de “*trastorno de identidad de género*” (GID) fue modificado a “*disforia de género*” (GD), suavizando las connotaciones del término anterior y haciendo una diferenciación entre GD transitoria y persistente. Además, los términos relacionados con el género fueron modificados a conceptos no tan dicotómicos.

Como se puede observar, a lo largo del tiempo la conceptualización de estos diagnósticos ha sido muy cambiante y patologizada ya que se encuentra incluida dentro de los diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría. Debido a esta controversia, el Parlamento Europeo en el año 2011 aprueba un texto, condenando a todos aquellos países que consideraban la transexualidad como una enfermedad mental y a su vez, exigiendo a los países en la Unión Europea la despatologización de esta situación (5,6).

Como consecuencia de lo mencionado anteriormente, al contemplar la transexualidad como un trastorno mental, las aseguradoras y los servicios públicos, en caso de España el Sistema Nacional de Salud (SNS), costean parcial o totalmente las cirugías de reasignación de sexo y el tratamiento hormonal. En España son nueve las comunidades que prestan atención sanitaria a personas transgénero (Cataluña, País Vasco, Madrid, Andalucía, Canarias, Aragón, Comunidad Valenciana, Extremadura y Asturias).

Todo ello supone un conflicto entre ambas partes, por un lado, aquellos que creen que el término de disforia de género debe estar incluido en el DSM y la CIE para garantizar cobertura sanitaria respecto al conjunto de tratamientos que necesite cada persona; mientras que la otra parte cree conveniente la desclasificación de la disforia de género y eliminación de la categoría “*Trastornos de la Identidad de Género*” para evitar que se considere una patología y así evitar la exclusión social del colectivo “*trans*” (7).

Factores relacionados.

Los factores que influyen en el desarrollo de GD no se conocen con exactitud, pero pueden clasificarse como determinantes biológicos, psicológicos y sociales.

No hay evidencia científica de que la GD sea algo innato de la persona, pero sí puede influir algún determinante biológico (8). Se conoce que durante el desarrollo embrionario hay un gen responsable que actúa sobre las gónadas indiferenciadas; en caso de estar presente se convertiría en un testículo, mientras que si se encuentra ausente se formaría un ovario (9).

Además, la GD podría estar relacionada con una temprana exposición a hormonas androgénicas durante y tras el nacimiento, cuya consecuencia puede producir una mayor masculinización. Por otro lado, hay estudios que revelan que hay pequeñas diferencias en la estructura cerebral de las personas transgénero respecto a personas cisgénero, pero no tiene por qué ser determinante para que se produzca una identidad transgénero, si no que puede ser debido a cambios en su comportamiento durante el desarrollo de la persona (8).

A pesar de lo anteriormente mencionado, la identidad de género es modificable ya que se va desarrollando a lo largo de la madurez de la persona tanto anatómicamente como conductualmente, con la influencia de las redes familiares, sociales, escolares, laborales e incluso Internet. De otro modo influye el estado emocional de la persona, los antecedentes de salud mental y el contexto en el que se produzca el crecimiento personal (10).

Diagnóstico y tratamiento

La identidad de género se forma en los primeros años de vida, pero sigue desarrollándose a lo largo de los años, suele verse más estabilizada a los 7 años, teniendo en cuenta los siguientes elementos: *“la etiqueta de género”* (ser niño o niña), *“la estabilidad de género”* (saber que no se va a querer cambiar el género con el paso del tiempo) y *“la consistencia del género”* (con independencia de la apariencia física, presentar estabilidad en el género).

La adolescencia es un periodo de incertidumbre para aquellos jóvenes que no están preparados para los cambios físicos, psíquicos y endocrinos que se irán produciendo, pero la angustia será mayor en aquellas personas que no desean que se produzcan esos cambios ya que no se encuentran identificados con su género.

El tratamiento dirigido hacia personas transgénero debe ser llevado a cabo en unidades especializadas haciendo un seguimiento protocolizado guiado por un equipo multidisciplinar, considerando todas las variables y aspectos importantes que puedan influir en esta fase de transición (social, médica y quirúrgica); de manera que es fundamental establecer un exhaustivo diagnóstico y una posterior evaluación (11). Por tanto, en primer lugar, se debe hacer hincapié en una evaluación inicial a través de la psicoterapia y soporte terapéutico previo a realizar otras intervenciones de modificación física, que continuará a lo largo de todo el proceso de cambio (12).

Un factor que debe tenerse muy en cuenta es el firme deseo y la persistencia en querer pertenecer al género contrario, no debiendo confundirse con la identidad de género cruzado. Una vez confirmado el diagnóstico de GD y habiendo evaluado el inicio de la etapa puberal, se puede reflexionar acerca de comenzar con una terapia hormonal que ralentice la aparición de caracteres sexuales secundarios bloqueando así el desarrollo puberal, a través de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), suprimiendo la producción de estrógenos, testosterona y progesterona.

Los requisitos para comenzar con el tratamiento es ser mayor de 12 años y encontrarse al menos en un estadio II o III de la escala de valoración de la madurez sexual según el aspecto físico: Escala puberal de Tanner.

En las siguientes tablas se muestran los diferentes estadios en función del sexo.

Sexo biológico: Femenino

Estadio 1	No presencia de vello en el pubis. Mamas infantiles.
Estadio 2	En labios mayores vello escaso no rizado. Desarrollo del botón mamario.
Estadio 3	Vello oscuro, rizado en el pubis. Elevación y aumento del pecho. Areola.
Estadio 4	Vello púbico de adultos, no aparición en muslos. En mamas, areola y pezón sobreelevados.
Estadio 5	Vello púbico adulto y aparición en zona media de muslos. Desarrollo de mamas adultas.

Tabla 2: Escala de Tanner en sexo femenino. Elaboración propia a partir de datos basados en Temboursy Molina, 2009 (13).

Sexo biológico: Masculino

Estadio 1	No presencia de vello púbico Pene y testículos infantiles.
Estadio 2	Escaso vello púbico en la base del pene. Pene infantil. Crecimiento del escroto y los testículos. Piel arrugada y enrojecida.
Estadio 3	Vello en pubis oscuro, rizado y grueso. Alargamiento y engrosamiento del pene. Crecimiento del escroto y testículos.
Estadio 4	Vello púbico adulto que no cubre los muslos. Alargamiento y ensanchamiento del pene. Aumento de testículos y glande. Oscurecimiento del escroto.
Estadio 5	Genitales y vello adulto.

Tabla 3: Escala de Tanner en el sexo masculino. Elaboración propia a partir de datos basados en Temboury Molina, 2009 (13).

En niñas se habrá producido el desarrollo del botón mamario (telarquia) y el crecimiento escaso de vello púbico en los labios mayores (pubarquia), mientras que en niños se habrá producido el crecimiento escaso de vello púbico en la base del pene y el crecimiento de los testículos y el escroto (13).

La supresión puberal tiene dos beneficios principales. En primer lugar, retardar el desarrollo consiguiendo más tiempo para que estos jóvenes puedan tomar verdadera conciencia sobre su identidad de género. En segundo lugar, facilita la transición al género sentido, lo que mejora el nivel emocional del adolescente ya que se trata de un tratamiento reversible. Por otro lado, son numerosas las consecuencias producidas y que se están cuestionando a cerca de la supresión puberal, tales como un retraso en el crecimiento y en la formación de masa ósea o un atrofiamiento de la identidad de género y desarrollo psicológico (4).

Por lo general y tras una valoración individualizada a los 16 años, ya se podrá comenzar con el tratamiento hormonal, lo que supone la administración de estrógenos para los hombres que se identifican con mujeres y testosterona exógena para las mujeres que se identifican con hombres (14). El tratamiento hormonal debe ser mantenido tras la cirugía de reasignación sexual (4). Actualmente en Europa se está utilizando junto con la testosterona, la dihidrotestosterona por vía tópica en el clítoris que aumenta el tamaño de este (15).

La cirugía de reasignación sexual debe realizarse cuando el adolescente haya cumplido la mayoría de edad legal (18 años), es una intervención irreversible por lo que deben haber convivido con el rol sexual sentido y haber continuado con el tratamiento hormonal al menos durante 1 año (16). Dentro de las cirugías que también se pueden realizar se encuentran el aumento de mamas, la mastectomía, la cirugía genital y otras posibles cirugías como la cirugía de cuerdas vocales o la condroplastia, entre otras (17).

Otras terapias que también se pueden incluir son la terapia vocal, la cual se lleva a cabo cuando el tratamiento hormonal produce cambios limitados y la terapia de eliminación de vello sexual a través de terapia con láser y la electrodepilación (18).

A continuación, se exponen las diferentes fases de este proceso y el tiempo medio necesario para una transición adecuada:

Fase terapéutica	Persona responsable	Duración del proceso
Diagnóstico y psicoterapia	Psicoterapeuta	3-6 meses
Valoración endocrinológica y tratamiento hormonal	Endocrino	1,5- 2 años
Experiencia de vida real	Paciente	1,5- 2 años
Cirugía de reasignación de sexo	Cirujano	-
Controles	Endocrino	Toda la vida

Tabla 4: Fases, personas responsables y duración del proceso. Elaboración propia con datos basados en Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica 2003 (9).

Patologías asociadas (ansiedad/ depresión)

Las personas transgénero, tienen más riesgo de enfrentarse a algunas situaciones indeseables como son el acoso, el rechazo social y la discriminación; como consecuencia, presentan mayores tasas de depresión, riesgo de suicidio y de estrés post traumático, entre otros (19).

Un estudio de Khatchadourian en el 2014 en Canadá, partiendo de una muestra de 84 adolescentes, encontró que el 44% de los adolescentes hombres y el 33% mujeres, presentaban ansiedad y trastornos en el estado de ánimo. Otro estudio realizado en Londres a 218 niños y adolescentes por Holt et al. en 2014, encontraron que el 42% tenía antecedentes de depresión y baja autoestima y el 39% había tenido conductas autolesivas (12).

Un estudio realizado en la Unión Europea en 2014 por la Agencia de los Derechos Fundamentales publicaba que el 62% de las 6597 personas con disforia de género encuestadas habían sufrido acoso y que el 54% se habían sentido discriminadas (20).

Existen diferentes instrumentos para evaluar el grado de ansiedad y depresión relacionada con la disforia de género, cabe destacar la Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDESTRA) (*Anexo 1*) y la Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA) (*Anexo 2*), ambas son tipo Likert con 30 ítems a los cuales se les da una puntuación del 1 al 5 (21,22).

Uno de los objetivos principales de salud es que la persona transgénero alcance una situación de bienestar; este concepto es muy amplio, pero puede definirse como la consecución de la autorrealización, la autoaceptación, la complacencia, el desarrollo personal y el bienestar psicológico con la ausencia de signos depresivos y de baja autoestima (19).

Se ha demostrado que el apoyo de los padres disminuye notablemente el riesgo de padecer enfermedades mentales, ya que es un factor de protección para compensar y amortiguar el impacto del rechazo social y la discriminación (23).

El apoyo familiar se encuentra íntimamente relacionado con una construcción de identidad de género reforzada, que se ve potenciada al tener una adecuada autoestima y autopercepción, gracias al apoyo social y familiar que rodea a la persona transgénero y que debe ser reafirmado para mantener conductas sanas (24).

Para ello, existe un cuestionario, entre otros muchos, denominado "*Mc Master's Family Assessment Device*" (por sus siglas en inglés, MFAD) (25), el cual evalúa la cohesión y funcionamiento familiar teniendo en cuenta seis variables como son la capacidad resolutoria de conflictos, la comunicación, los roles familiares, la afectividad, la capacidad de empatía y el comportamiento (26).

Se ha relacionado la falta de apoyo por parte de los padres con un aumento en el consumo de sustancias ilegales, riesgo de quedarse sin vivienda pudiendo convertirse en personas sin hogar y tener pensamientos de ideación suicida o conductas autolesivas (27).

Con relación a lo anteriormente mencionado, se puede llegar a la conclusión de que, a través de una gran implicación en las intervenciones educativas con padres y adolescentes transgénero, se consiga un firme desarrollo de la identidad de género y la adopción del rol social en el entorno llegando así a prevenir estados de ansiedad o depresivos (28).

Enfermería en la disforia de género

Es de vital importancia realizar acciones de promoción tanto en escuelas, fomentando la inclusión de este colectivo a través del enfermero/a escolar, como en el ámbito sanitario promoviendo buenos comportamientos sociales (29). La comunicación entre los proveedores de salud es importante para definir roles, aportar confianza y adquirir la capacidad de comprensión y asimilación en este proceso, además ayudará a crear una relación terapéutica proporcionando una adecuada atención al paciente.

Es necesario realizar una evaluación tanto del adolescente como del entorno que le rodea, por lo que además de realizar una entrevista individual se debe contemplar la unidad familiar en conjunto para determinar el grado de apoyo familiar que rodea al adolescente (12).

De modo que la familia, también debe ser atendida para que sean educados en la disforia de género y conozcan todo lo necesario para poder tomar decisiones junto con sus hijos. Los profesionales sanitarios deben actuar como asesores, indicando los recursos existentes, las diferentes vías de actuación y los grupos de apoyo entre padres; así como actuar de soporte emocional durante toda la transición para disminuir estados de ansiedad e incertidumbre (16).

Una única sesión de enfermería inicial es beneficiosa para la salud de niños y adolescentes transgénero. Esto ha sido comprobado en una de las unidades más grandes para trastornos de la identidad de género en Australia, en la cual a través de una entrevista inicial realizada por un enfermero/a, se ha visto que las listas de espera para acceder a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) disminuyen notablemente, lo que fomenta la satisfacción de las necesidades e inquietudes inmediatas de estas personas hasta que reciban una valoración más integral.

Para ello, el personal de enfermería sirve como apoyo, aporta información tanto a los pacientes como a sus familias para resolver las dudas existentes, poner en contacto con asociaciones que sirvan de enlace y orienta sobre las diferentes vías para llevar a cabo la transición. En esta consulta, a través de la valoración inicial, se determina el grado de necesidad que tiene la persona de acceder a una UTIG para un seguimiento y control multidisciplinario, pudiendo disminuir la espera si la necesidad es evidente (30).

Marco normativo

A lo largo de los años, son numerosos los documentos de carácter legislativo que avalan y afirman la no discriminación y la equidad del colectivo transgénero. El artículo 14 de la Constitución Española señala que: *"los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquiera otra condición o circunstancia personal o social"* (31).

Además de la Ley aprobada en 2007 que permitía a estas personas cambiar en el registro su nombre y sexo, en España se ha tutelado a este colectivo tanto en el Código Penal como en la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia.

En la Comunidad de Madrid, además de la creación de UTIG y la instauración en la Cartera de Servicios los tratamientos médicos disponibles, son visibles ciertas desigualdades sanitarias.

De manera que, se hace necesaria la creación de la Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid, en la cual queda reflejada la necesidad de otorgar una asistencia integral y multidisciplinar a las personas que presentan disforia de género, promoviendo la dignidad, la igualdad y el respeto en la manifestación de la identidad sexual.

Además, declara en su artículo 6, que los menores deben ser atendidos por profesionales especializados en pediatría, establece la regulación de la UTIG definiendo mejor sus líneas de actuación y refleja en su artículo 17 un apartado específico para la formación de profesionales sanitarios y las consideraciones en el ámbito familiar, entre otros puntos (31).

2.2 Justificación

Este proyecto tiene como finalidad dar visibilidad a la disforia de género y centrar la atención en todos los condicionantes que afectan directamente a esta situación.

Durante la búsqueda bibliográfica, se ha observado la carencia de artículos e información rigurosa presentes en bases de datos oficiales. También, cabe destacar la falta de evidencia científica en los documentos presentes en paginas web y la ausencia de datos epidemiológicos en la actualidad.

Por otro lado, a través de la revisión bibliográfica se observa una profunda transformación en la terminología a lo largo de la historia, aunque a pesar de la desconceptualización de la disforia de género en el marco patológico, en muchos manuales y libros, la disforia de género sigue considerándose un trastorno mental; lo cual influye negativamente en el desarrollo y autocrecimiento de la persona, pudiendo llegar a tener graves consecuencias.

Tras el estudio de la problemática social y psicológica en la que la GD se ve involucrada, se hace necesaria una intervención educativa que refuerce, apoye y prevenga posibles complicaciones. De manera que, se plantea el siguiente proyecto educativo con la intención de orientar a los padres de adolescentes transgénero, ya que son parte fundamental en esta situación de incertidumbre y vulnerabilidad, en la que los adolescentes necesitan el apoyo de sus progenitores.

A tal efecto, la enfermería jugaría un rol imprescindible, en colaboración con los padres para aunar esfuerzos y conseguir un objetivo común que es el bienestar y el desarrollo personal de los jóvenes, utilizando así, la promoción, prevención y educación para la salud, siendo esto fundamental para facilitar asesoramiento y así, ofrecer herramientas de apoyo y aceptación a los padres, necesarias para afrontar la situación y prevenir trastornos de enfermedad mental tales como el estrés, la depresión y la ansiedad.

3. Proyecto

3.1 Población y captación

La **población diana** la componen aquellos padres o tutores legales de adolescentes transgénero que hayan cumplido los siguientes criterios de inclusión:

- Edad de los participantes comprendida entre los 40 y 60 años.
- Edad de los hijos entre 12 y 18 años.
- Sexo masculino y femenino.
- Tener un hijo con diagnóstico o sospecha de disforia de género inferior a 3 años.
- En proceso de transición o aun no iniciado por parte de los hijos.

La **captación** se llevará a cabo en Centros de Educación Secundaria y Centros de Salud de Atención Primaria, a través de unos carteles informativos tipo folleto (*Anexo 3*). La captación en Atención Primaria se realizará en las consultas de medicina y enfermería comunitaria, siendo la primera toma de contacto las últimas revisiones pediátricas que recibirán los adolescentes a los 12 y 14 años.

El municipio elegido para la captación y el desarrollo del proyecto es Getafe (Madrid), ya que cuenta con once Centros de Educación Secundaria Obligatoria públicos y nueve Centros de Salud. Además, cabe destacar que según el INE (Instituto Nacional de Estadística) en 2011, había 8.518 jóvenes de 12 a 18 años y 47.545 adultos de 40 a 60 años (32).

Asimismo, se contará con la ayuda tanto de los centros sanitarios como de los centros educativos ya que, en ambos lugares, los usuarios interesados podrán recibir la información necesaria sobre las sesiones y, en caso de querer asistir al curso, deberán rellenar el cuestionario de inscripción (*Anexo 4*).

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivos generales

El objetivo principal del proyecto será fomentar el apoyo de los progenitores y aportarles la formación y las herramientas necesarias para afrontar la transición de género de sus hijos previniendo la ansiedad, el estrés y la depresión.

3.2.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos que, como profesionales sanitarios, se quieren lograr tras terminar el proyecto educativo son los siguientes:

En el área cognitiva:

Los padres serán capaces de:

- Definir el concepto de disforia de género.
- Describir los signos y síntomas.
- Explicar los diferentes tratamientos posibles.
- Especificar las distintas fases del proceso asistencial.
- Abordar las patologías asociadas a la GD.
- Puntualizar en las implicaciones legales más relevantes de la Comunidad de Madrid.

En el área de habilidades:

- Aprender a verbalizar el miedo e incertidumbre.
- Adquirir la capacidad de ponerse en contacto y trabajar con diversas asociaciones relacionadas.

En el área actitudinal o afectiva:

- Ser conscientes de la gran importancia de involucrarse en el proceso.
- Identificar su estado emocional para valorar sus propias necesidades y hacer frente a las posibles dudas que surjan.

3.3 Contenidos

Las sesiones se desarrollarán según el cronograma. Para ello, se enseñará el concepto básico de disforia de género haciendo especial hincapié en comprender e interiorizar los contenidos y otorgando unas pautas sencillas para servir de apoyo a sus hijos, cuyo fin será mejorar la salud psicológica de los participantes y los adolescentes.

Los contenidos de las sesiones serán los siguientes:

- Introducción: En la cual se explicará la finalidad de las sesiones y se hará una presentación de los profesionales que impartirán el taller.
- Definición, epidemiología, signos y síntomas más frecuentes.
- Tratamiento y consideraciones legales en la Comunidad de Madrid.
- Recursos: Asociaciones e Unidades de Trastornos de Identidad de Género.
- Patologías asociadas frecuentes: estrés, ansiedad y depresión.
- Importancia del apoyo de los padres durante el proceso de transición.
- Afrontamiento psicológico. Expresión de emociones.

3.4 Planificación general

Cronograma general: Se impartirán cuatro sesiones de una hora y una quinta sesión de una hora y media de duración a lo largo de una semana (lunes, miércoles y jueves).

Número de participantes: El grupo de participantes será de máximo de 10 personas.

Docentes: El taller será impartido por dos enfermeras cualificadas y con suficiente experiencia en UTIG.

Lugar de celebración: En el aula de formación del Centro de Salud Las Margaritas (Getafe).

3.5 Sesiones, técnicas de trabajo y materiales necesarios

A continuación, se expone una tabla en la que se refleja de forma resumida el cronograma general de las sesiones, incluyendo los contenidos a tratar en cada sesión.

		CONTENIDOS
Primer día	1ª sesión (1 hora de duración)	<ul style="list-style-type: none">• Presentación de participantes.• Introducción.• Concepto de disforia de género.
	2ª sesión (1 hora de duración)	<ul style="list-style-type: none">• Signos y síntomas más frecuentes.• Tratamiento. Implicaciones legales.
Segundo día	3ª sesión (1 hora de duración)	<ul style="list-style-type: none">• Fases del proceso asistencial.• Asociaciones y UTIG en la Comunidad de Madrid.
	4ª sesión (1 hora de duración)	<ul style="list-style-type: none">• Patologías asociadas.• Beneficio del apoyo de los padres.
Tercer día	5ª sesión (1 hora y media de duración)	<ul style="list-style-type: none">• Estado emocional. Afrontamiento.

Tabla 5: Contenidos de las sesiones educativas. Elaboración propia

Primer día: 1ª y 2ª sesión.

En la **primera sesión** los objetivos a conseguir serán promover la participación y la confianza entre los asistentes a las sesiones, además de conocer y profundizar en el concepto de disforia de género.

Los objetivos de la **segunda sesión** se centrarán en hacer que los alumnos sean capaces de identificar la sintomatología, aprendan sobre los posibles tratamientos y conozcan las implicaciones legales actuales en la Comunidad de Madrid.

Durante la realización de las sesiones, se utilizarán diversas técnicas de trabajo que serán necesarias para transmitir los conocimientos deseados, promover el desarrollo de habilidades y producir cambios actitudinales. En la siguiente tabla, quedan reflejados los objetivos, las diferentes técnicas utilizadas, el tiempo empleado y los recursos necesarios para llevarlas a cabo.

		TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
PRIMER DÍA	1ª SESIÓN	Investigación en el aula (Presentación: técnica de ovillo)	35'	Mesas y sillas en disposición circular
	Objetivos: - Fomentar la participación de los asistentes. - Conocer el concepto de GD.	Investigación en el aula (Tormenta de ideas)	15'	Pizarra
		Investigación en el aula (Cuestionarios)	10'	Pretest Bolígrafos
	2ª SESIÓN	Expositiva (Charla- coloquio)	60'	Ordenador Proyector Power Point
	Objetivos: - Identificar signos y síntomas. - Describir los diversos tratamientos.			

Tabla 6: Primer día: 1ª y 2ª sesión. Elaboración propia

Segundo día: 3ª y 4ª sesión.

Los objetivos a desarrollar en la **tercera sesión** son conocer el proceso asistencial de la GD viendo la trayectoria de los profesionales de la salud implicados en el proceso de cambio y, tomar conciencia de todas las asociaciones y organizaciones de la Comunidad de Madrid que ofrecen diversos servicios a este colectivo.

En la **cuarta sesión**, el objetivo fundamental es hacer que los participantes comprendan y reflexionen sobre la necesidad de soporte familiar que necesitan los adolescentes transgénero y de los diversos trastornos que pueden desencadenarse al estar relacionados con la GD.

		TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
SEGUNDO DÍA	3ª SESIÓN Objetivos: - Diferenciar entre las distintas fases del proceso asistencial. UTIG. - Identificar las asociaciones trans.	Expositiva (Charla-participativa)	20'	Ordenador Proyector Power Point
		Análisis (Análisis de casos)	20'	Ordenador Proyector Power Point Papel y bolígrafo
		Expositiva (Exposición más discusión)	20'	Ordenador Proyector Power Point
	4ª SESIÓN Objetivos: - Enumerar las patologías asociadas. - Valorar el apoyo de los padres durante el proceso.	Investigación en el aula (Foto- palabra)	30'	Imágenes
		Expositiva (Charla- coloquio)	10'	Ordenador Proyector Power Point
		Análisis (Caso/ testimonio)	20'	Caso Papel y bolígrafos

Tabla 7: Segundo día: 3ª y 4ª sesión. Elaboración propia.

Tercer día: 5ª sesión.

En la **quinta sesión**, a través de un video/documental se busca que los participantes empaticen con las personas que sufren GD y tras su visualización, puedan expresar sus sentimientos y pensamientos sobre esta situación. Además, se realizará un juego de roles que implicará el desarrollo de habilidades para el afrontamiento familiar.

		TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
TERCER DÍA	5ª SESIÓN Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Verbalizar y expresar sus miedos.- Desarrollar habilidades sociales para afrontar la situación.	Análisis (Video y discusión)	50'	Ordenador Proyector Video: "El sexo sentido"
		Desarrollo de habilidades (Juego de roles)	25'	Papel y bolígrafo Mesa y sillas para interactuar
		Investigación en el aula (Cuestionarios)	15'	Postest Cuestionario de satisfacción

Tabla 8: Tercer día: 5ª sesión. Elaboración propia.

3.6 Evaluación

3.6.1 Evaluación de la estructura y proceso

La evaluación se llevará a cabo a través de una escala de satisfacción (*Anexo 5*) que se les entregará a los asistentes al finalizar cada sesión durante los dos primeros días. El objetivo de este instrumento cualitativo será observar el nivel de satisfacción de los asistentes y detectar la posible causa de falta de asistencia a las sesiones posteriores.

En la última sesión se entregará un cuestionario de calidad (*Anexo 6*) para evaluar la satisfacción de los participantes en los talleres formativos, teniendo en cuenta la organización de las sesiones, la atención percibida, las actividades formativas y la actividad docente; además, los participantes podrán realizar una evaluación global, y dejar reflejadas sugerencias que servirán como indicadores de mejora en sesiones posteriores.

3.6.2 Evaluación de resultados

Para evaluar los objetivos cognitivos se realizará un pretest y un postest (*Anexo 7*) en la primera y última sesión, que servirán para observar si la implementación de conocimientos ha sido adecuada a lo largo de las sesiones.

Los objetivos actitudinales y de habilidades, serán evaluados tras la realización de casos prácticos. A continuación de las simulaciones se hará un “*debriefing*”, donde los participantes en un entorno seguro expresarán sus inseguridades y puntos a mejorar mientras un observador externo, (uno de los enfermeros que imparte el taller) evalúa el proceso (*Anexo 8*).

4. Bibliografía

- (1) Hurtado-Murillo Felipe. Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2015 May 6;6(1):45-52.
- (2) Tellier P, Kaltiala-Heino R, Työlajärvi M, Lindberg N. Gender dysphoria in adolescent population: A 5-year replication study. *Clinical Child Psychology & Psychiatry* 2019 April;24(2):379-387.
- (3) Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Cuchí-Alfaro M, García-Camba E, et al. Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand. *Archives Of Sexual Behavior* 2017 July;46(5):1307-1312.
- (4) Alegría CA. Gender nonconforming and transgender children/youth: Family, community, and implications for practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 2016 October;28(10):521-527.
- (5) F. Beek T, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BPC. Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry* 2016 February;28(1):5-12.
- (6) Castro-Peraza María Elisa, García-Acosta Jesús Manuel, Delgado Naira, Perdomo-Hernández Ana María, Sosa-Alvarez María Inmaculada, Llabrés-Solé Rosa, et al. Gender Identity: The Human Right of Depathologization; *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019 Mar 18;16(978).
- (7) Grau JM. Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología* 2017 /05/24;75(2):059.
- (8) Berenbaum SA. Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 2018 December;59(12):1244-1247.
- (9) Trastornos de identidad de género: guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. *Endocrinol Nutr* 2003 /01/01;50(1):19-34.
- (10) Meyer-Bahlburg HFL. "Diagnosing" Gender? Categorizing Gender-Identity Variants in the Anthropocene. *Arch Sex Behav* 2019 Jan 03.
- (11) Esteva de Antonio I, Asenjo Araque N, Hurtado Murillo F, Fernández Rodríguez M, Vidal Hagemeyer Á, Moreno-Pérez O, et al. 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). *Endocrinol Nutr* 2015 /10/01;62(8):380-383.
- (12) Leibowitz S, de Vries, Annelou L C. Gender dysphoria in adolescence. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)* 2016;28(1):21-35.
- (13) Tembours Molina MC. Desarrollo puberal normal: pubertad precoz. *Revista Pediatría de Atención Primaria* 2009(16):127-142.

- (14) Priest M. Transgender Children and the Right to Transition: Medical Ethics When Parents Mean Well but Cause Harm. *American Journal of Bioethics* 2019 February;19(2):45-59.
- (15) Aduay A, Sandoval J, Ríos R, Cartes A, Salinas H. Terapia hormonal en la transición femenina a masculino (ftm), androgénica, para trans masculino o para hombre transgénero. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2018 Jun 1;83(3):318-328.
- (16) E Coleman, W Bockting, M Botzer, P Cohen-Kettenis, G De Cuypere, J Feldman, et al. Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. *The International Journal of Transgenderism* 2018 Jul 1;19(3):287.
- (17) SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. Trastornos de identidad de género: guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. *Endocrinología y Nutrición* 2003;50(1):19-34.
- (18) Moreno-Pérez Ó, Esteva De Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1). *Endocrinol Nutr* 2012 /06/01;59(6):367-382.
- (19) Stanton MC, Ali S, Chaudhuri S. Individual, social and community-level predictors of wellbeing in a US sample of transgender and gender non-conforming individuals. *Cult Health Sex* 2017 01;19(1):32-49.
- (20) García Nieto I; Infancias y adolescencias trans: herramientas y conocimientos para mejorar su abordaje. *AEPap* 2017:19-26.
- (21) Asenjo-Araque N, Rodríguez-Molina JM, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). *Semergen* 2011 /02/01;37(2):87-92.
- (22) Asenjo Araque N, Potabales Barreiro L, Rodríguez Molina JM, Lucio Pérez MJ, Becerra Fernández A. Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Clínica Contemporánea* 2013;4(2):161-170.
- (23) Simons L, Schrager SM, Clark LF, Belzer M, Olson J. Parental support and mental health among transgender adolescents. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine* 2013 December;53(6):791-793.
- (24) Spivey LA, Edwards-Leeper L. Future Directions in Affirmative Psychological Interventions with Transgender Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2019 Mar-Apr;48(2):343-356.
- (25) Levitan N, Barkmann C, Richter-Appelt H, Schulte-Markwort M, Becker-Hebly I. Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: poor peer relations and general family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019 Mar 15.
- (26) Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy* 1983;9(2):171-180.

- (27) Seibel BL, de Brito Silva B, Fontanari AMV, Catelan RF, Bercht AM, Stucky JL, et al. The Impact of the Parental Support on Risk Factors in the Process of Gender Affirmation of Transgender and Gender Diverse People. *Frontiers In Psychology* 2018 March 27; 9:399-399.
- (28) Menvielle EJ, Rodnan LA. A therapeutic group for parents of transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011 Oct;20(4):733-743.
- (29) Menkin D, Flores DD. Transgender Students: Advocacy, Care, and Support Opportunities for School Nurses. *NASN Sch Nurse* 2019 May;34(3):173-177.
- (30) Eade DM, Telfer MM, Tollit MA. Implementing a Single-Session Nurse-Led Assessment Clinic into a Gender Service. *Transgender Health* 2018 April 1;3(1):43-46.
- (31) Comunidad de Madrid. LEY 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid (1). 2016 Mar, 29; I. Disposiciones generales.
- (32) Instituto Nacional de Estadística. Población por municipios, sexo y edad; 2011; Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e244/avance/p02/I0/&file=1mun00.px>.
- (33) Asenjo-Araque N, Rodríguez Molina JM. ESDETRA: Escala de Depresión en Transexuales. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2009.
- (34) Asenjo-Araque N, Rodríguez Molina JM. ESANTRA: Escala de Ansiedad en Transexuales. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2009.

5. Anexos.

5.1 Anexo 1: ESDETRA (Escala de Depresión para Personas Transexuales).

ITEMS	Puntuación				
1. Me siento muy triste	1	2	3	4	5
2. Odio mi cuerpo	1	2	3	4	5
3. Solo me apetece estar en la cama	1	2	3	4	5
4. Mi aspecto personal es bastante malo	1	2	3	4	5
5. He llegado a fantasear con la idea del suicidio	1	2	3	4	5
6. Pienso que me van a suceder cosas malas	1	2	3	4	5
7. No rindo en el trabajo o los estudios	1	2	3	4	5
8. Llora más que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
9. Estoy siempre apático/a	1	2	3	4	5
10. A menudo me siento culpable	1	2	3	4	5
11. Si noto que me miran me pongo muy triste	1	2	3	4	5
12. Me cuesta tomar decisiones más que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
13. No me apetece ver gente	1	2	3	4	5
14. Cuando tengo sexo solo me preocupa que la otra persona disfrute	1	2	3	4	5
15. Si mi imagen corporal no se adapta a mis deseos prefiero morirme	1	2	3	4	5
16. Me doy asco	1	2	3	4	5
17. Me cuesta planificar actividades	1	2	3	4	5
18. Me repele verme en el espejo	1	2	3	4	5
19. Apenas consigo dormir	1	2	3	4	5
20. No tengo fuerzas para hacer nada	1	2	3	4	5
21. Las comidas que antes me gustaban ya no me llaman la atención	1	2	3	4	5
22. Mi vida es un desastre	1	2	3	4	5
23. Mi deseo sexual es más bajo que en la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
24. No disfruto con nada	1	2	3	4	5
25. Me siento culpable por hacer sufrir a mis seres queridos	1	2	3	4	5
26. Cualquier contratiempo me entristece mucho	1	2	3	4	5
27. No tengo apetito	1	2	3	4	5
28. Mi vida es un fracaso	1	2	3	4	5
29. No hago nada o casi nada para divertirme	1	2	3	4	5
30. Veo el futuro muy negro	1	2	3	4	5
SUMAS COLUMNAS					
TOTAL					

Figura 1: Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA) extraída de (33).

5.2 Anexo 2: ESANTRA (Escala de Ansiedad para Personas Transexuales).

ITEMS	Puntuación				
1. Me siento nervioso/a	1	2	3	4	5
2. Estoy tenso/a	1	2	3	4	5
3. Estoy alterado/a	1	2	3	4	5
4. Me siento angustiado/a	1	2	3	4	5
5. Estoy preocupada/a	1	2	3	4	5
6. Estoy tan excitado/a que me cuesta dormir	1	2	3	4	5
7. Me siento inseguro/a	1	2	3	5	5
8. Estoy a disgusto	1	2	3	4	5
9. Hablar de mi transexualidad me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
10. Pensar en ligar me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
11. Cuando me critican me enfado demasiado	1	2	3	4	5
12. Cuando pienso en el tratamiento hormonal me angustio	1	2	3	4	5
13. Discuto mucho con mi pareja, amigos o mi familia	1	2	3	4	5
14. Mi futuro me preocupa mucho	1	2	3	4	5
15. Pierdo los papeles fácilmente	1	2	3	4	5
16. Soy muy inquieto/a	1	2	3	4	5
17. Pensar en tener relaciones sexuales me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
18. Cuando discuto me altero mucho	1	2	3	4	5
19. Me da miedo contar mi situación	1	2	3	4	5
20. Esperar me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
21. Pensar en mi futuro me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
22. Cuando estoy nervioso/a sudo, tengo sensaciones en el pecho, el estómago...	1	2	3	4	5
23. Cuando tengo que tomar una decisión importante lo paso muy mal	1	2	3	4	5
24. Cuando quiero hacer una crítica me pongo demasiado nervioso/a	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento observado/a me molesta más que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
26. Si no estoy de acuerdo con algo del tratamiento me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
27. Me pongo agresivo/a con cierta facilidad	1	2	3	4	5
28. Las cirugías del tratamiento me producen mucha angustia	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo un problema real, me angustio y lo exagero	1	2	3	4	5
30. Cuando he cometido un error me preocupo más de lo normal	1	2	3	4	5
SUMAS COLUMNAS					
TOTAL					

Figura 2: Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA) extraída de (34).

5.3 Anexo 3: Cartel informativo tipo folleto para captación.

Importancia de la familia en la **DISFORIA DE GÉNERO**



CONTENIDOS:

- *Introducción*
 - *Definición, epidemiología, signos y síntomas más frecuentes*
 - *Tratamiento y consideraciones legales en la Comunidad de Madrid*
 - *Recursos: Asociaciones e Unidades de Identidad de Género*
 - *Patologías asociadas frecuentes: estrés y depresión*
 - *Importancia del apoyo de los padres durante el proceso de transición*
 - *Afrontamiento psicológico: Expresión de emociones*
-

¿DÓNDE?

**Centro de Salud Las Margaritas
(Getafe).**

¿CUÁNDO?

**Lunes 17, miércoles 19 y
jueves 20 de mayo del 2019.**

De 18:00- 19:30 h.

Ilustración 1: Cartel informativo. Elaboración propia.

5.4 Anexo 4: Cuestionario de inscripción a las sesiones.

La formación se llevará a cabo en cinco sesiones los días 13, 15 y 17 de mayo del 2019 en el Centro de Salud Las Margaritas (Getafe).

Lunes 13 de mayo del 2019:

- 1º sesión: 17:00- 18:00h.
- 2º sesión: 18:00- 19:00h.

Miércoles 15 de mayo del 2019:

- 3º sesión: 17:00- 18:00h.
- 4º sesión: 18:00-19:00h.

Viernes 17 de mayo del 2019:

- 5º sesión: 17:00- 18:30h.

Para poder asistir a las sesiones se deberá rellenar la siguiente información:

1. Información personal	
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Apellidos:	_____
Nombre:	_____
Fecha de nacimiento:	/ / Edad: ____
N.º de teléfono:	
2. Datos de inscripción	
N.º de hijos:	____
¿Alguno tiene diagnóstico de disforia de género?:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso de contestar <u>No</u> en la anterior:	
- ¿Y sospecha de disforia de género?:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tiempo desde la sospecha/ diagnóstico de disforia de género:	
<input type="checkbox"/> Mayor de 3 años	
<input type="checkbox"/> Menor o igual de 3 años	
Sexo biológico del hijo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad: ____
Fecha de nacimiento del hijo:	/ / Edad: ____

Firma del padre/ madre o tutor:

Sello del Centro:

Se han adoptado medidas de seguridad para garantizar la confidencialidad y seguridad de los datos según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Elaboración propia.

5.5 Anexo 5: Escala de satisfacción de las sesiones educativas.

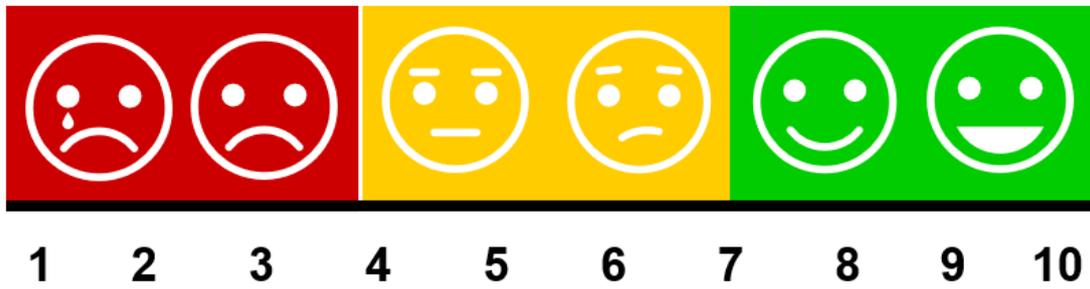


Figura 3: Escala de satisfacción. Elaboración propia.

5.6 Anexo 6: Cuestionario de calidad y satisfacción.

El siguiente cuestionario nos permite observar el grado de satisfacción percibido por los participantes en las sesiones formativas. Le rogamos que lo cumplimente para poder observar las áreas de mejora durante la formación y fomentar todo aquello que le haya sido útil.

Para rellenar el cuestionario, deberá marcar con una cruz el valor de la casilla que crea conveniente, siendo el 1 la mínima puntuación y 10 la máxima posible.

Muchas gracias de antemano por su colaboración.

Organización de las sesiones y atención:

1. La organización del curso es coherente:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. La duración de las sesiones es la adecuada:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. El horario de las sesiones está bien estipulado:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. La atención recibida y acogida por parte de los docentes:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Atención recibida y acogida por parte de la organización formativa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Actividad formativa:

1. Los materiales utilizados durante el desarrollo de las sesiones (documentación, videos, casos prácticos, imágenes...) han sido de utilidad:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Los recursos físicos/ material tangible para impartir las sesiones (sala formativa, medios audiovisuales...), se ajusta a las necesidades:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Los conocimientos adquiridos han sido adecuados:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Docencia:

1. Grado de conocimiento de los docentes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Aclaración de dudas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Claridad de las explicaciones.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Adecuación del lenguaje transmitido por los docentes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Grado de captación de la atención de los participantes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Evaluación global de la actividad formativa:

1. Las sesiones cumplen mis expectativas.

SI	NO
----	----

2. Recomendaría la actividad formativa.

SI	NO
----	----

3. La duración de las sesiones ha sido:

Insuficiente	Adecuada	Muy larga
--------------	----------	-----------

Comentarios adicionales y sugerencias:

5.7 Anexo 7: Evaluación de objetivos cognitivos: Pretest y postest.

Cuestionario: Evaluación de objetivos.

¿Qué es la disforia de género?

¿Cuáles son las fases de atención sanitaria a un paciente con disforia de género?

¿Cuáles son los trastornos asociados a esta situación?

¿Considera que es importante el apoyo de los padres durante el proceso? ¿Por qué?

Y, por último, ¿qué conclusiones ha sacado a lo largo de las sesiones?

Elaboración propia.

