

Actualización del acompañamiento psicológico en procesos de transición de menores transgénero en la Comunidad de Madrid

Update on psychological support in transition processes of transgender minors in the Community of Madrid

Nuria Asenjo Araque¹. Psicóloga clínica. Hospital Ramón y Cajal.

M^a Jesús Lucio Perez². Socióloga. Gestora de Pacientes.Unidad de Identidad de Género. H.U. Ramón y Cajal de Madrid

Resumen

La atención a la diversidad sexual y de género desde el ámbito sanitario tiene un breve recorrido en nuestro país. En el caso de la población infanto-juvenil ha habido un aumento exponencial, en las consultas de salud mental en general, y de las agendas especializadas en identidad de género, en particular, en los últimos años. A nivel comunitario se han desarrollado leyes y protocolos en base a procurar la atención integral multidisciplinar, adecuada y suficiente, desde una óptica profesional segura y garantista de los derechos fundamentales de los menores. En este artículo se aborda la necesidad del acompañamiento psicológico a menores y sus familias, en este tipo de procesos, así como la estructura, metodología, casuística y organización de esta atención protocolizada en la Comunidad de Madrid.

Palabras Clave: transgénero, trans, identidad de género, incongruencia de género, disforia de genero

Abstract

Attention to sexual and gender diversity from the health field has a brief history in our country. In the case of the child and adolescent population, there has been a rise in consultations for this reason in recent years. At the community level, laws and protocols have been developed based on looking for comprehensive, adequate, and sufficient multidisciplinary care, from a safe professional perspective that guarantees the fundamental rights of minors. This article addresses the need for psychological support for minors and their families, in this type of process, as well as the structure and organization of this protocolized care in the Community of Madrid.

Keywords: transgender, transgender, gender identity, gender incongruence, gender dysphoria

Introducción

La atención integral a los menores transgénero es relativamente reciente en nuestra Comunidad. La atención organizada desde un equipo multidisciplinar data de 2007, a raíz de la publicación de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas (Ley 3/2007). Esta Ley supuso un hito importante para las personas trans porque dejaba de condicionar la adquisición de una identidad registral, al hecho de haberse realizado una Cirugía de Reasignación de Sexo (CRS). Vino a defender el derecho a poder nombrarse e identificarse con el sexo sentido, cumpliendo únicamente los requisitos de tratamiento hormonal feminizante o masculinizante, y de evaluación psiquiátrica y psicológica, con diagnóstico de Disforia de Género, y descarte de psicopatología grave asociada. A los niños/as no se les tenía muy en cuenta en dicha Ley dado que no se esperaba que iniciaran ningún proceso de transición de género.

El escenario de la atención sanitaria multidisciplinar en la Comunidad de Madrid ha cambiado mucho desde aquellos inicios.

16 años nos separan de entonces y hoy por hoy, recién publicada la “Ley 4/2023 para la Igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI” (Ley 4/2023), podemos concluir que tanto en aquella Ley (pionera entonces, pero obsoleta y derogada hoy) como en la actual, se ha obviado el papel del psicólogo en los procesos de afirmación de género. Tanto es así, que los esfuerzos desafortunados contra una mal llamada “patologización” de eliminar la figura del psicólogo en los procesos de identidad de género (Gómez-Gil, E., et al., 2019), nos han llevado en la actualidad, a considerar que es el único colectivo que no necesita que la sanidad pública le garantice la atención psicológica especializada. En el caso de los menores trans se polarizan las opiniones respecto a la madurez requerida en la firma de aspectos tan determinantes como es la solicitud de cambio de nombre y sexo en el DNI. En la nueva Ley, a partir de los 16 años, no se requiere la firma de los progenitores o tutores legales que avalen tal decisión, ni ningún informe profesional.

Hace unos años, la función del apoyo y acompañamiento psicológico en las distintas fases del proceso de afirmación de género se supeditaba a una evaluación psiquiátrica y clínica (Gómez Gil, E. et al, 2020). Es decir, antes de y para justificar un tratamiento posterior, como paso previo, como “puerta de entrada”. El abordaje psicológico profesional especializado no se primaba en fases posteriores.

Actualmente en la Comunidad de Madrid, y recién estrenado el Protocolo sanitario de atención a personas trans (infanto- juvenil y adultos), existe una Ley Comunitaria (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 cuyo marco, dicho protocolo se ha desarrollado.

Por tanto, el objetivo de esta publicación es abordar de un modo actualizado y completo el papel del psicólogo en el acompañamiento de menores trans (transgénero, género no binario o queer, género fluido...) durante todo su proceso.

Proceso de incongruencia en la identidad de género

En primer lugar, hablaremos del proceso de incongruencia entre la identidad de género sentida y el sexo asignado al nacer. A menudo se confunden los términos sexo y género. Debemos partir de su diferenciación, para poder sentar las bases de la estructura de este artículo. El sexo se refiere a la asignación al nacer: como hombre, mujer o intersex (diferenciación sexual cromosómica, no correspondiente con XX ni con XY). El género es construido, por lo tanto, se nutrirá social y culturalmente de acuerdo con el entorno en el que viva la persona (entorno inmediato: la familia, el barrio, ciudad, comunidad, país...) En esta línea el género se construye según la persona “se vive” y se identifica con determinado rol social, expresión de género y tránsito social de género.

En la infancia, las preocupaciones o dudas sobre la identidad de género pueden aparecer, en diferentes momentos del ciclo vital (APA, 1994) desde los primeros 2-3 años y a menudo interfiere con las actividades diarias.

Algunos niños en edad preescolar pueden presentar comportamientos generalizados de otro género y pueden presentar el deseo expreso de ser del otro género, o menos habitualmente, pueden etiquetarse a sí mismos como un miembro del otro género (APA, 2013).

En los niños menores de 8 años es menos frecuente que expresen disforia anatómica extrema y persistente, en comparación con preadolescentes y adolescentes. Los factores relacionados con el malestar o disforia varían con la edad. Un niño muy pequeño, por ejemplo, puede mostrar signos de malestar o angustia y llorar con desesperanza, únicamente cuando los padres le dicen al niño que él o ella no es realmente un miembro del otro género, y que sólo desea serlo.

La angustia, incomodidad o disforia, puede no manifestarse en ambientes que apoyen el deseo del niño de vivir en el rol del otro género y puede aparecer solo si el deseo es interferido.

En preadolescencia, este malestar impide el desarrollo de relaciones típicas con iguales, y puede conducir al aislamiento respecto a sus pares y a experimentar angustia sostenida. Algunos niños pueden negarse a asistir al colegio, debido al acoso de los demás, o por la presión de vestir acorde a su sexo de nacimiento.

Apoyándonos en práctica clínica, podemos ver que la disforia o malestar experimentado por el menor, puede aparecer en diferentes fases de su desarrollo. Unos de los mitos que existen y que no se corresponde con la evidencia actual, es que los adolescentes trans que no han verbalizado ni evidenciado su incongruencia de género a temprana edad, no son “verdaderos” o que están en un periodo de confusión, que los llevará más adelante a una “no persistencia de la disforia”. Lo cierto es que hoy por hoy, a la luz de la evidencia clínica acumulada, podemos evidenciar que no solo es posible, sino frecuente y habitual que la disforia, el rechazo al sexo asignado al nacer y el malestar del desarrollo puberal se manifiesten entre los 12 y 18 años también sin ningún signo anterior, no conductual ni verbal que pudiese hacer presuponer o predecir la condición de identidad de género incongruente tras los años. De hecho, es justamente el desarrollo puberal, donde afloran las características sexuales secundarias, aproximadamente en el estadio Tanner II. Esto hace que el menor tome consciencia de su rechazo, o no, a los cambios físicos, hormonales, dentro de lo que es un rechazo o disforia al sexo asignado, que va más allá del consabido rechazo al desarrollo habitual en la adolescencia. Por ello, el acompañamiento profesional para ayudar a clarificar este hito vital es de gran relevancia, a fin de que el menor pueda desarrollarse y afianzar su identidad de una manera segura y sana (Asenjo Araque, N.,2013).

Proceso de atención psicológica individualizada a niños y adolescentes trans y a sus familias

La intervención más idónea pensada para ayudar a los niños y adolescentes con disforia de género o incongruencia con el género (OMS, 2019), es observar y explorar su identidad de género, garantizando un espacio seguro donde se pueda expresar el rol de género en el que se sientan cómodos (Asenjo Araque et al., 2021).

La primera consulta es decisiva, puesto que se trata de recoger toda la información relevante para ajustar el proceso de acompañamiento del menor y además establecer el rapport psicológico necesario para ello.

En segundo lugar, se recoge información detallada sobre el entorno familiar: aceptación, apoyo suficiente, roles, vínculos; entorno escolar: tipo de colegio, estructura directiva, rango de acción posible en sensibilización... (Bartolomé Tutor et al., 2017); sobre el entorno social cercano: nivel de aceptación y/o apertura del barrio, vecinos, centros de uso público... y también la estructura de personalidad del niño/a: fortalezas, puntos a reforzar, resiliencia...

Se valoran los casos en profundidad atendiendo los siguientes criterios: los casos en los que clara y justificadamente presenten más signos de disforia o rechazo corporal, niños/as cuyo discurso vivencial, durante la entrevista clínica en sesiones, refieran limitaciones importantes a nivel escolar y social, o incluso sufran acoso escolar (Asenjo-Araque, N., 2017).

En los casos en los que la disforia no aparezca como síntoma de malestar, con rechazo corporal, diseñamos las sesiones de acompañamiento psicológico centrándonos en la definición de la identidad de cada usuario o usuaria, en base al discurso narrativo que expresan repasando áreas vitales importantes. (Ver Anexo 1 "GUIA ENTREVISTA PRIMERA CONSULTA ADOLESCENTES")

Exploramos cómo se va fijando la expresión identitaria, y si hay más dificultades asociadas, no generadas especialmente de su incongruencia con la identidad de género, pero coexistentes.

En el escenario de actuación del profesional, el menor es oído, escuchado, tenido en cuenta y comprendido.

Expresa sus vivencias respecto a su género, respecto a su sexo asignado al nacer, el avance o no de su desarrollo puberal y la disforia o rechazo corporal que va vivenciando con ello.

En el acompañamiento psicológico a menores y sus familias, se trabaja fundamentalmente con la información proporcionada por el entorno afectivo cercano y el entorno social. Es la que vamos a manejar en consulta. Debemos estar muy alerta de que el niño o niña exprese sus demandas acordes a lo referido por su entorno (padres, educadores...). Por ello es fundamental que las sesiones se mantengan un tiempo razonable y no se precipiten decisiones terapéuticas invasivas, sin estar previamente justificadas con el balance riesgo-beneficio (Cohen Kettenis et al., 2008). Para ello se cuenta con la colaboración estrecha con otros profesionales (pediatras- endocrinólogos) que se encargan del seguimiento en todo momento de ese niño o niña y que proporcionan datos objetivos y precisos de desarrollo físico, tan importantes en la toma de decisiones “balance riesgo-beneficio”, antes mencionado (Coleman, E., Bockting W. et al.,2012).

El uso de opciones farmacológicas, como son los fármacos inhibidores de la pubertad, en menores, están actualmente en vías de ser reguladas dentro del Sistema Público de Salud. No obstante, se debe atender a la casuística particular y encuadre de abordaje terapéutico individualizado que garantice, con previo consentimiento de los niños/adolescentes y sus tutores, un seguimiento seguro y profesional, a medio y largo plazo (Olson, 2019)

En adolescentes a partir de los 16 años se suele solicitar, como opción farmacológica, el tratamiento hormonal feminizante o masculinizante. La mayoría de edad sanitaria para recibir tratamiento hormonal cruzado, establecida en el protocolo de atención sanitaria, como ejemplo, en la Comunidad de Madrid, son los 16 años (Protocolo sanitario infanto juvenil para menores trans de la Comunidad de Madrid, 2022. SERMAS). En otras comunidades hay variaciones, pero para los y las que alcanzan la mayoría de edad legal (18 años), las opciones de tratamiento médico incluyen, la feminización o masculinización del cuerpo por medio de terapias hormonales y/o la cirugía.

Se espera que ello suponga un alivio eficaz de la disforia de género para muchas personas (Murad, Elamin, Garcia, Mullan, Murad, Erwin, & Montori, 2010). El profesional debe ofrecer acompañamiento psicológico del proceso de afirmación de la identidad de género desde el inicio del proceso, pero con más razón en el periodo de cambios hormonales experimentados con el tratamiento, interviniendo con la familia, ajustando expectativas en base a los resultados-efectos del tratamiento y sobre el estado anímico del adolescente.

Nuevos modelos sociales de identificación con el genero

Actualmente se han acuñado nuevos términos que nutren identidades de género no binarias: como el bigénero, o el género fluido (Coleman, E. et al., 2022). Los preadolescentes buscan la identificación con iguales y en el momento actual es complejo tener una identificación clara e inequívoca, dados los nuevos modelos de identificación mencionados anteriormente. El menor se puede encontrar aislado, perdido, consumiendo mucho tiempo en redes sociales, por ejemplo, que le ofrecen información poco real y distorsionada acerca de las identidades adolescentes. Esto se ha agravado, si cabe, durante la pandemia, periodo durante el cual se ha maximizado el tiempo de uso de redes sociales y aplicaciones relacionadas.

A continuación, haremos una exposición actualizada de las categorías de modelos de identificación en cuanto a la identidad y expresión del género, con las que los menores atendidos se identifican.

Menores Trans (femenina/masculina). Nos referimos a menores con una incongruencia hacia el sexo asignado al nacer, presencia de disforia corporal y malestar respecto a los caracteres sexuales primarios y/o secundarios. Por tanto, la mayoría suelen comenzar tratamiento hormonal y tener como expectativa (según protocolo público a la mayoría de edad) la realización de cirugías de confirmación de género (mastectomías, vaginoplastia, etc....)

Menores No binarios o no binaries. Este término englobaría a las personas que no se identifican dentro de la cis-normatividad, es decir dentro de sentirse cómodos/as como mujer u hombre normativos. En algunos países podrían también identificarse como un tercer género o género neutro, como es el caso de Alemania. Se muestran estables en el tiempo dentro de esa identificación no-binarista. No suelen demandar tratamiento hormonal, aunque si puede aparecer la disforia hacia el pecho y el deseo de desprenderse de él, mediante cirugía en el caso de personas no binarias con asignación femenina al nacer.

Género Fluido. La persona se plantea tránsitos imprecisos y variables en el tiempo, de acuerdo con un determinado género, alternando con otras fases en las cuales se identifica como de otro género. Estos periodos de identificación fluyen, cambian y se nutren de las vivencias de esa persona, por lo tanto, son inestables en el tiempo. No suelen necesitar el tratamiento hormonal ni cirugías, puesto que no desean de modo permanente mantener una misma expresión de género.

Persona Trans No binaria (femenina/masculina). Se presenta una identidad incongruente con el sexo asignado al nacer, y se adopta una identidad social de acuerdo con el género sentido, pero sin necesidad de mostrar una expresión de género estereotipada extrema (o muy femenina o masculina) Se identifican de acuerdo con el pronombre que define su identidad de género sentida y suelen usar nombres acordes a esta identidad. A veces se presenta disforia corporal y rechazo a los caracteres sexuales primarios y /o secundarios, y por ello se deciden a usar el tratamiento hormonal y/o cirugías. Otras veces, sin embargo, estamos ante menores que no presentan una disforia tan exacerbada y no siguen tratamientos médicos.

La experiencia atencional en menores de 16 en la unidad de identidad de género (UIG) DE MADRID

A raíz de la llegada de los primeros casos de menores a la UIG en el año 2012, se modificaron los parámetros de atención y acogida en el circuito de derivación. En el momento actual se atienden 390 menores, junto con sus familias (Figura 1). Desde el final de la pandemia y hasta la fecha, se ha registrado un aumento de casi el doble de menores en primera consulta. La mayor parte de sexo femenino asignado al nacer y entre los 12 y 17 años. Estos datos coinciden con los recogidos a nivel mundial en otras unidades especializadas o en otras consultas monográficas de identidad de género. (Celis, M., 2019).

FIGURA 1

MENORES ATENDIDOS CON ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO EN UIG MADRID					
HASTA FEBRERO 2023					
	CHICAS TRANS (MALE-FEMALE)	CHICOS TRANS (FEMALE-MALE)	TRANS NO BINARIES	GENERO FLUIDO	TOTALES
MENORES DE 11 AÑOS	30	19	0	0	49
12-14 AÑOS	20	81	6	3	110
15-17 AÑOS	60	161	8	2	231
TOTALES	110	261	14	5	390

Por tanto, estamos ante un fenómeno mundial, un cambio a nivel sociológico en las tipologías de género y ante un nuevo acuñamiento de identidades sociales de género, que debemos diferenciar de los procesos que exigen tratamiento farmacológico y/o médico-quirúrgico.

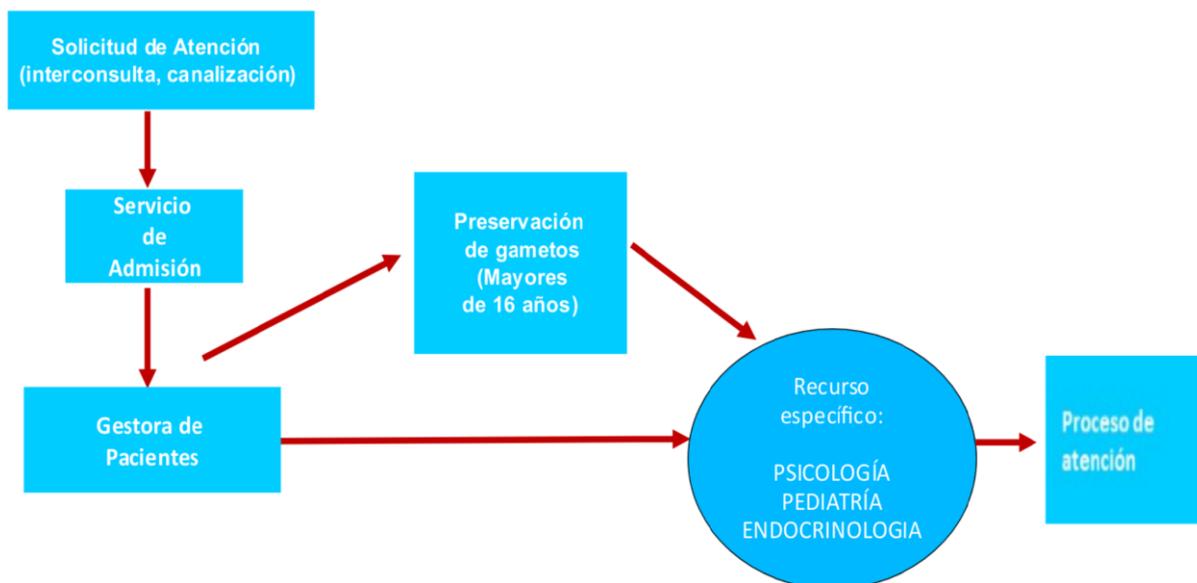
Por ello y dentro de una buena praxis, planteada dentro de equipos multidisciplinares, debemos aportar criterios consensuados de atención, que garanticen con suficiente eficiencia la atención especializada, en especial a menores en situación de diversidad sexual y de género.

En nuestra unidad postulamos un circuito de atención especializada, que bebe de las fuentes del modelo holandés (De Vries, A. L. C. y Cohen-Kettenis, P. T., 2012) y que detallamos en la Figura 2.

FIGURA

2

MODELO DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO (UIG)



3

Abordaje grupal

Se ofrece a la familia y al menor, la opción de asistir a grupos de apoyo, informativos y/o terapéuticos que se desarrollan en la UIG, a fin de que el proceso de afirmación de identidad social se vea beneficiado por ello. (Asenjo, N., 2015)

Se ofertan dos tipos de abordajes grupales, el Grupo **de Psicoeducación Informativo** y el Grupo **Terapéutico**.

Atendiendo al **Grupo de Psicoeducación Informativo**, se ofrece a la familia nuclear (padres, hermanos), familia extensa y amigos/as, que tengan interés en obtener información actualizada y contrastada, en torno al proceso que está iniciando su familiar.

Este grupo se imparte de octubre a junio, programando una sesión mensual de dos horas de duración por mes, con los siguientes objetivos: informar y psicoeducar sobre los diferentes términos referidos a la diversidad sexual y de género (DSG); desmitificar los roles del género con el que se identifica ; modular sus expectativas y aceptar sus propias limitaciones para tener un buen ajuste psicológico con respecto al proceso en el que están inmersos; crear y mantener relaciones sociales sanas; cuidar su salud mental y su calidad de vida; usar adecuadamente recursos comunitarios; crear o mantener redes de sociales de apoyo; mejorar de la calidad de la relación con su familiar; manejar adecuadamente las habilidades de comunicación eficaz con su familiar y manejar adecuadamente las situaciones potenciales de conflicto con el entorno.

En la última sesión de cada edición del grupo se realiza un repaso resumen por los puntos que más interés o dudas has suscitado durante el desarrollo del año.

Posteriormente se les administra a los familiares un cuestionario de satisfacción, con apartados, para que comenten los aspectos de mejora, con el fin de seguir avanzado cada año en el ajuste de contenidos que las familias demandan, y mejorar la calidad de las sesiones ofrecidas.

Hasta la fecha, el porcentaje de familiares que asisten a estos grupos es en torno al 60% de las familias de usuarios/as que asisten a la UIG.

Como ya hemos comentado anteriormente, uno de los pilares básicos en la eficacia del acompañamiento psicológico en procesos de afirmación de la identidad, es la familia. Por tanto, uno de los objetivos del **Grupo Terapéutico** es el trabajo de aceptación de la nueva situación de afirmación de la identidad por parte de los miembros clave de la familia nuclear. Esto es, padres y hermanos y/o abuelos/as, si para el menor hay una relación de complicidad y confianza establecida previamente.

Para la inclusión en este grupo se hace una selección de las familias que vemos más sensibles a la hora de necesitar este tipo de abordaje. Esta selección se realiza a través de entrevistas clínicas previas, explorando la situación de crisis o ruptura que está atravesando el usuario/a de la UIG y su familiar.

Inicialmente se les ofrece sesiones de atención individual, para poder “ir allanando el terreno” y luego posibilitar con más éxito su inclusión en los grupos terapéuticos.

Merece la pena implicar a todos los miembros de la familia, que resulten “aliados” de cara al adecuado apoyo y seguridad que necesita el menor durante todo el proceso. Empezaremos con y desde ellos a construir un programa de atención con objetivos consensuados y que progresivamente integren a los miembros de la familia más rígidos y herméticos. La actuación con estos últimos debe ser empática, desde el clima de la descarga emocional, del espacio seguro de confianza, desde el no enjuiciamiento previo (tienen también derecho a pasarlo mal y a expresar su rabia y sentimiento de injusticia respecto al acontecimiento vital que tienen por delante).

Esta actitud del profesional elabora una fibra intangible que arropa la relación terapéutica.

Lo fácil sería no contar con ellos, tacharles de “transfóbicos y rígidos” y descartarles del proceso de afirmación de su hijo o hija.

Es más, lo que algunos y algunas (profesionales incluso) sostienen, es que se les debería denunciar por no apoyar sin reticencias el proceso de su hijo o hija. Como profesionales debemos saber ver más allá de lo puramente legislativo, defensivo e ideológico. La necesidad la tenemos delante y frecuentemente es una necesidad de afrontar el **DUELO** que se les presenta.

Para abordar de modo eficaz este duelo por el proceso de afirmación de género de su hijo/a, se propone en este momento la derivación al **Grupo Terapéutico**, siempre y cuando sea posible.

Este grupo se ofrece, en la UIG, en sesiones mensuales de 2 horas, de octubre a junio. Las plazas son seleccionadas y limitadas a 12 familias por edición grupal.

Las fases de duelo familiar en un proceso de afirmación del género son un reflejo de las fases del Proceso de Duelo que todos conocemos (Kübler-Ross, 1973): Negación, Ira, Negociación, Depresión y Aceptación. En la fase de **Negación**, los padres, o al menos uno de ellos niega la realidad de lo que están viendo u oyendo de su hijo/a en cuanto a la expresión del género. “Si no lo veo, no existe” “Sólo existe en mis pesadillas y no es real” Es un mecanismo defensivo que va preparando para la siguiente fase.

Durante la fase de **Ira** hay un “insight”, un darse cuenta de que existe lo que están viviendo y es muy real. También aparecen sentimientos y pensamientos acerca de lo injusto que es que les pase a ellos. El enfado permanente es la tónica general que se respira aquí. Y cuando llegamos a la fase de **Negociación** podemos ver que es frecuente ver que los familiares hagan comparaciones personalizadas con otros males cercanos. Es su manera de conciliar el dolor.

En la fase de **Depresión**, estamos ante una etapa de recogimiento, de clausura de las emociones, de adentramiento en uno mismo, en muchos casos de autodestrucción. Incluso ideas de desaparición pasan por las mentes de padres en algunos casos. Una anestesia total de todo lo bueno y malo. Es una fase vital de introspección que ayuda a tomar impulso.

Y por fin llegamos a la **Aceptación**. Los padres invadidos por un momento de desgaste, de abatimiento, “de ruina”, dan el paso a una nueva construcción como padres afrontativos. En sus propias palabras: “tomamos aire y energía para continuar, porque esto, por supuesto, aún no se ha acabado, pero cada vez nos duele menos”.

El beneficio es mayor que de modo individual y se potencia el empoderamiento de los familiares como factor de protección.

Abordaje familiar individual

De cara a otro tipo de intervenciones, cuando el trabajo psicoterapéutico es necesario, se hace de modo individual y se citan a todos los miembros de la familia, que puedan acudir, y que están dentro de la vida del niño/niña. Se trabaja desde el marco del Modelo Familiar Sistémico (Minuchin, 1974) con los objetivos que se hubiesen consensuado previamente.

La familia constituye un factor sumamente significativo, un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior, que se refleja en la protección psico-social de sus miembros y desde el exterior donde se permite la acomodación a una cultura y la transformación de esa cultura (Minuchin, s. et Fishman, h. (1984).

La familia como matriz de identidad destaca el sentido de pertenencia y el sentido de identidad.

En el primero, la pertenencia de compañía con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares y con sustitución de pautas transaccionales en la estructura familiar que mantienen a través de los diferentes acontecimientos de la vida.

El sentido de identidad se centra en cada miembro influido por su sentido de pertenencia a una familia específica. Sin embargo, también en este proceso se encuentra inherente el sentido de separación y de individuación los cuales se logran a través de la participación en diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares, al igual que a través de la participación en diferentes contextos familiares.

En un proceso de afirmación del género, el sentido de la pertenencia y el sentido de la identidad se deben ajustar continuamente a fin de que el menor no se pierda dentro de la complejidad de los modelos de identidad de género hoy imperantes en nuestra sociedad. Debemos proporcionar el espacio seguro y controlado para que la familia restaure roles, y vínculos a veces muy dañados y en otras ocasiones solo trasladados a otro miembro de la familia y que operacionalmente son disfuncionales. Este abordaje se presta a familias muy seleccionadas, dado de que el ámbito público de atención tiene sus limitaciones de tiempo y personal. Se presenta como un modelo eficaz que evita la cronificación de conflictos enquistados a raíz del inicio de estos procesos y el desarrollo de sintomatología asociada.

Conclusiones

Según lo expuesto parece que el enfoque medicalizado, es decir únicamente tratamiento hormonal y/o quirúrgico de los procesos de identidad de género en menores (Rew, L., Young CC., Monge M., Bogucka R., 2020), no garantiza su adecuada atención y seguimiento seguro, a largo plazo. Es más que relevante, el hecho de que, en muchos países con más de 15 años de diferencia con España en el abordaje de procesos transgénero, (Ziegler E., Charnish E., Carroll B., Layman-Pleet L. ,2022) nos adviertan de la importancia de un acompañamiento psicológico, para evitar la aparición de sintomatología asociada al proceso, ajustar expectativas, y para apoyar integralmente el camino en los tránsitos de género.

Es de reiterada importancia una revisión constante de las praxis ejecutadas por profesionales en la atención a menores trans. Por ello, se insta a la creación de espacios profesionales seguros, unificando objetivos y metodología en cuanto al abordaje psicológico y psicoterapéutico de menores trans. Por último, destacar el desarrollo de indicadores de evaluación de eficacia, que posibiliten la igualdad en la calidad de la atención clínica, dentro de los protocolos sanitarios asistenciales.

ANEXO 1

GUIA ENTREVISTA PRIMERA CONSULTA ADOLESCENTES

1. Hola, yo me llamo.....y tú ¿cómo prefieres que te llame?
2. ¿Con qué pronombre te identificas?
3. ¿En qué crees que podemos ayudarte?
4. En el caso de identificarte como X, Y, Z.... ¿cómo has llegado a esa conclusión?
¿Antes hiciste una transición social masculina/femenina/ no binaria?
5. ¿Cuándo te diste cuenta, o te definiste más?
¿Qué hechos, herramientas o información te aclararon más tu identidad de género?
6. ¿Cuándo hiciste el “outing” (salir del armario)? ¿A quién se lo comunicaste primero?
Explica brevemente como fue, como te sentiste después, y cuál fue la reacción de los demás.
7. ¿Cuál es el nivel de aceptación que tienes de tu familia (padres, hermanos etc....)?
8. ¿Usas tu identidad social en el ámbito educativo?
9. ¿Usas los servicios públicos (baños etc....) según tu género sentido?
10. ¿Sientes que tienes apoyo y se respeta tu identidad de género en tu entorno?
(centro académico, barrio, amigos, familia...)
- 11: ¿Tienes disforia corporal? ¿Esta disforia es permanente o aparece en determinadas situaciones? ¿Utilizas algún método para mitigar la disforia? (aplanar el pecho, relleno para el pecho, ropa más ancha, binder para ocultar el pecho etc....)?
12. ¿Qué crees necesitar para bajar tu disforia corporal?
- 13: ¿Has explorado la necesidad de seguir un tratamiento hormonal que te ayude en la expresión de tu identidad de género sentida?
14. ¿Has explorado la necesidad de realizarte una cirugía de reconstrucción que te ayude en la expresión de tu identidad de género sentida?
15. ¿Tienes limitaciones en tu vida diaria que han motivado que abandones hobbies, o que hayan disminuido tu socialización etc....?

16. ¿Has sufrido episodios de rechazo o acoso escolar por expresión de tu identidad de género sentida? Explica brevemente como fue, si se solucionó y de qué forma.
17. ¿Has necesitado acudir a psicoterapia o salud mental antes de venir a esta consulta?
¿Por este motivo, o por otros?
18. ¿Consideras que el acompañamiento psicológico puede beneficiarte en este proceso?
19. ¿Crees que desde que has adoptado la identidad social de acuerdo con el género sentido? tienes menos angustia o malestar? ¿Te encuentras con más seguridad en ti mismo/a?
20. ¿Qué expectativas tienes acerca de tu proceso de identidad de género con lo que anteriormente has explicado acerca de tus necesidades? ¿Qué esperas conseguir?

Bibliografía

1. American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Press; 2013
3. Asenjo-Araque, N. (2017). Bullying victimization in variant gender children: Experience in Madrid's gender identity unit. *Sex Health Issues*, 2017
4. Asenjo Araque, N., Portabales Barreiro L., Rodríguez Molina, J.M., Lucio Pérez, M.J y Becerra Fernández, A. Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Rev Clínica Contemporánea*. Vol. 4, n.º 2, 2013 - Págs. 161-170 <http://dx.doi.org/10.5093/cc2013a13>
5. Asenjo N., Escolar M.C., Binué A., Portabales L., Rodríguez J.M. y Becerra A. (2015), La Atención Familiar a los menores transexuales. En M. T. Ramiro y T. Ramiro (Comps.). *Avances*

en Psicología Clínica, 2015. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

Accesible en: http://www.aepc.es/PsClinicaX/LIBRO_CAPITULOS_2015.pdf

6. Asenjo Araque N. Atención Psicológica en Menores Transgénero. En: Izquierdo Elizo A, Cuéllar Flores I, Padilla Torres D. Manual de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Madrid: McGrawHill; 2021 p. 371-6.

7. Bartolomé Tutor, A. (Comp.). Becerra Fernández, A., Asenjo Araque, N, Rodríguez Molina, J.M., Lucio Pérez, M.J. (2017). Disforia de género en la infancia, la adolescencia y la edad adulta: abordaje multidisciplinar. Menores e identidad de género. Aspectos sanitarios, jurídicos y bioéticos. Editorial Sepín.

8. Celis Sierra, M. Menores transgénero en el Reino Unido: Revista Clínica Contemporánea (2019), 10, e25, 1-7. <https://doi.org/10.5093/cc2019a17>

9. Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A. y Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. Journal of Sexual Medicine, 5, 1892-1897. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x>

10. Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W.P., Brown, G.R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F.L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Estándares de atención para la salud de las personas transgénero y de género diverso, versión 8. Revista Internacional de Salud Transgénero, 23(S1), S1-S260. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

11. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., . . . Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. International Journal of Transgenderism, 13(4), 165–232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>

12. De Vries, A. L. C. y Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical Management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59, 301-320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
13. Gómez-Gil, E., Esteva de Antonio, I., Fernández Rodríguez, M., Almaraz, M., Hurtado Murillo, F., Gómez Balaguer, M., et al. (2020a). Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el Sistema Sanitario Español: demandas, controversias y reflexiones [New care models for transgender people in the Spanish Health System: demands, controversies and reflections.]. *Rev. Esp. Salud Publica* 94: e202011123.
14. Gómez-Gil, E., Esteva de Antonio, I., Almaraz, M., Asenjo Araque, N., Fernández Rodríguez, M., Hurtado Murillo, F., et al. (2019). Atención sanitaria en España a personas transexuales y con variantes de género: Historia y evolución. [New care models for transgender people in the Spanish Health System: demands, controversies and reflections.]. *Psicosomatica y psiquiatría* 11, 63–75. Google Scholar
15. Kubler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. Nueva York: Routledge
16. Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. *BOE»* núm. 65, de 16 de marzo de 2007, páginas 11251 a 11253 (3 págs.) Referencia: BOE-A-2007-5585. Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/03/15/3>
17. Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. *BOCM»* núm. 98, de 26/04/2016, «BOE» núm. 169, de 14/07/2016. <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2016/03/29/2/con>
18. Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. «BOE» núm. 51, de 1 de marzo de 2023, páginas 30452 a 30514 (63 págs.) Referencia: BOE-A-2023-5366. Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4>
19. Minuchin, s. et Fishman, h. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires. Paidós

20. Minuchin, S. (1974) Families and Family Therapy. Harvard University Press, Cambridge.
21. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, Montori VM. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clin Endocrinol (Oxf). 2010 Feb;72(2):214-31. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x. Epub 2009 May 16. PMID: 19473181.
22. Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., ... y Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: protocol for the longitudinal, observational trans youth care study. JMIR research protocols, 8(7), e14434.
23. OMS-Organización Mundial de la Salud (2019). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 11.ª edición. Accesible en <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
24. Protocolo Infanto-juvenil para menores transgénero de la Comunidad de Madrid. 2022. Intranet. SERMAS
25. Rew L, Young CC, Monge M, Bogucka R. Review: Puberty blockers for transgender and gender diverse youth-a critical review of the literature. Child Adolesc Ment Health. 2021 Feb;26(1):3-14. doi: 10.1111/camh.12437. Epub 2020 Dec 15. PMID: 33320999.
26. Ziegler E, Charnish E, Carroll B, Layman-Pleet L. A Critical Review of Clinical Practice Guidelines for Care of Transgender and Gender Diverse Children and Youth for Use by Primary Care Practitioners. Transgend Health. 2022 Oct 7;7(5):397-406. doi: 10.1089/trgh.2020.0185. PMID: 36644485; PMCID: PMC9829138.