

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)

Isabel Esteve de Antonio¹, Nuria Asenjo Araque², Felipe Hurtado Murillo³, María Fernández-Rodríguez⁴, Ángela Vidal Hagemeyer⁵, Óscar Moreno-Pérez⁶, María Jesús Lucio Pérez⁷, Juan Pedro López Siguero⁸, Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN).*

¹Endocrinología y coordinación, Unidad de Transexualidad e Identidad de Género. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica. Málaga (España)

²Psicología. Unidad de Identidad de Género. Hospital Ramón y Cajal. Madrid (España)

³Psicología. Unidad de Identidad de Género. Hospital Dr. Peset. Valencia (España)

⁴Psicología. Unidad de Transexualidad e Identidad de Género. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias (España)

⁵Psicología. Unidad de Identidad de Género. Hospital Clínic. Barcelona (España)

⁶Endocrinología y Unidad de Identidad de Género. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante (España)

⁷Sociología. Unidad de Identidad de Género. Hospital Ramón y Cajal. Madrid (España)

⁸Pediatría. Unidad de Transexualidad e Identidad de Género. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga (España)

*Grupo Formado por:

Almaraz MC. (Andalucía), Álvarez-Diz JA. (Asturias), Asenjo N. (Madrid), Audi L. (Cataluña), Becerra A. (Madrid), Esteve I. (Andalucía), Fernández-Rodríguez M. (Asturias), Gómez-Balaguer M. (C. Valenciana), Gómez-Gil E. (Cataluña), Hurtado F. (C. Valenciana), López-Siguero JP. (Andalucía), Martínez-Tudela J. (Andalucía), Moreno-Pérez O. (C. Valenciana), Pérez-Luis, J. (Canarias), Rodríguez-Molina JM. (Madrid), Sanisidro C. (Aragón), Toni M. (Navarra), Vázquez-San Miguel F. (País Vasco), Vidales A. (Castilla-León), Vidal A. (Cataluña).

La publicación ya ha sido aceptada por Endocrinología y Nutrición (Ref. ENDONU-D-15-00039) y también ha sido remitida para publicación en Anales de Pediatría y revista de la Sociedad Española de Psicología y de Sexología.

Resumen

La disforia de género (DG) en la infancia y adolescencia es una condición compleja, siendo importante la detección precoz y el tratamiento integral, ya que con

ello se mejora la calidad de vida, disminuye la comorbilidad mental y la propia DG. En este documento de posicionamiento, el Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología (GIDSEEN), integrado por especialistas de Endocrinología, Psicología, Psiquiatría, Pediatría y Sociología, establece unas recomendaciones sobre la evaluación y tratamiento de la DG en niños y adolescentes. El manejo interdisciplinar de la DG debe llevarse a cabo en unidades con equipos especializados (Unidades de Transexualidad e Identidad de Género, UTIGs) y considerando que cualquier intervención sanitaria

Correspondencia:

Isabel Esteve de Antonio

E-mail: miesteva@wanadoo.es

Juan Pedro López Siguero

E-mail: lopez.siguero@gmail.com

debe seguir los principios del rigor científico, la experiencia acumulada, los principios éticos y deontológicos y la prudencia necesaria ante tratamientos crónicos, agresivos e irreversibles.

Palabras clave: *Disforia de género; infancia y adolescencia; posicionamiento.*

Abstract

Gender dysphoria (GD) in childhood and adolescence is a complex condition, early detection and comprehensive treatment is essential, because it involves an improvement in the quality of life, a decreased mental comorbidity and improves GD. In this position statement, Gender Identity and Sexual Development Working Group of the Spanish Society of Endocrinology and Nutrition (GIDSEEN), composed by specialists in Endocrinology, Psychology, Psychiatry, Pediatrics and Sociology, sets out recommendations on evaluation and treatment of GD in children and adolescents. Interdisciplinary management of GD should be carried out in specialized units (UTIGs), considering that any clinical intervention should follow the principles of scientific rigor, experience, ethical and deontological principles and the necessary caution in front of chronic, aggressive and irreversible treatments.

Key Words: *Gender dysphoria; childhood and adolescence; statement.*

INTRODUCCIÓN

La discordancia entre la identificación de género sentida y el sexo asignado y de crianza, produce un sentimiento disfórico que puede manifestarse en diferentes grados de intensidad en cada persona y momento vital¹. La disforia de género en la infancia y adolescencia es una condición compleja y asociada a intenso malestar, siendo por ello de suma importancia la detección precoz y el tratamiento integral, ya que así se mejora la calidad de vida, disminuye la comorbilidad mental y la propia disforia de género^{2,3}.

Un número cada vez mayor de niños/as y adolescentes, identificados como "transgénero" (incongruencia transitoria o persistente con el sexo biológico), están buscando asesoramientos y asistencia médica para conseguir cuanto antes el desarrollo de características físicas acordes a su género afirmado⁴.

El Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología (GIDSEEN), integrado por especialistas de Endocrinología, Psicología, Psiquiatría, Pediatría y Sociología, trabaja de forma multidisciplinar desde el año 2010 en torno a la Disforia de Género (DG) y la Diferenciación Sexual⁵. Uno de los principales objetivos de este grupo ha sido

consensuar y unificar un protocolo de evaluación y de intervención para los menores con DG basado en guías internacionales y contextualizado a la realidad del estado español, de la misma forma que han llevado a cabo otros países⁶⁻¹¹.

UNIDADES ESPECIALIZADAS INTERDISCIPLINARES

El presente documento desarrolla el posicionamiento del grupo GIDSEEN sobre la atención especializada en el ámbito sanitario de la Transexualidad y, en concreto, la necesidad de cautela para el manejo de la DG que se manifiesta en la edad infantil y adolescente. La atención a la Transexualidad e Identidad de Género, en el momento actual, se entiende como una acción interdisciplinar, dentro de unidades especializadas (UTIGs) que, desde hace más de 10-15 años, funcionan en el ámbito sanitario público nacional y en estrecho contacto con el entorno escolar, familiar y jurídico¹²⁻¹⁵. Estas unidades asumen los consensos internacionales y han sido acreditadas y evaluadas con criterios de calidad asistencial institucional.

El grupo GIDSEEN objetiva, sin embargo, que en el transcurso de los últimos años han proliferado en España "pseudounidades no oficiales" de atención a la transexualidad, tanto dentro del sistema público de salud como en el entorno privado. En concreto muchas de ellas, sin ninguna o escasa regulación, están tratando a niños y niñas, respondiendo a las demandas de sus familias, generalmente desorientadas y poco informadas sobre el modelo terapéutico más idóneo y recomendado para sus hijos e hijas.

A este respecto, la mayor parte de los profesionales que formamos las UTIGs queremos aportar nuestra reflexión continua y experiencia, con el fin de que se asegure y se regule la atención al colectivo de menores con DG. Esto podría evitar alteraciones psicológicas y físicas, en el futuro adolescente y adulto, de quienes hoy reciban un abordaje precoz y/o inadecuado.

Dichas "nuevas" unidades necesitan estar dotadas de un cuadro profesional debidamente acreditado, tanto por los organismos sanitarios oficiales, como por los colegios profesionales de cada especialidad implicada, evitando que personas sin la titulación básica suficiente, y amparándose, por ejemplo, en estudios de postgrado, puedan llevar a cabo actuaciones para las que no están autorizados.

IDENTIDAD DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Se considera que la identidad de género se conforma en los primeros años de vida. Dependiendo de los

autores se podría establecer entre el primer y el cuarto año de vida. Sin embargo, esto no significa que la identidad, ni general ni sexual, quede necesariamente cerrada y completa¹⁶⁻¹⁸. La identidad se desarrolla a lo largo de toda la vida, en función de las experiencias sociales de la persona y la identidad de género sigue el mismo camino. No es hasta los 6-7 años cuando se considera más estabilizada y siempre de acuerdo a 3 componentes, la "etiqueta de género" (realidad de ser niño o niña), "estabilidad del género" (sentimiento de que este género no va a cambiar con el tiempo) y "consistencia del género" (sentimiento de estabilidad independientemente de la apariencia física). La identidad de género se irá afianzando si este aprendizaje ocurre de forma adecuada y siempre muy relacionado con el entorno afectivo y la autoestima del menor.

Cabe destacar, que "el comportamiento de género cruzado" (a veces conocido como "rol de género") no es equivalente a la disforia de género; de hecho, la mayoría de los menores con un comportamiento no conforme con el género no resultan tener una identidad transgénero^{4,19}.

La adolescencia comienza con la pubertad y con todos los cambios que ésta supone para el organismo. Es un proceso de desarrollo endocrino y psicológico que va más allá de lo meramente corporal. Es frecuente que este periodo conlleve cierta inestabilidad, provocada por la brusquedad de los cambios y la lógica readaptación a los mismos. De ahí que la llamada "crisis de la adolescencia" no resulte rara y que, por el contrario, resulte mucho más extraño pasar por la adolescencia como algo liviano.

Pero para quien no está esperando estos cambios corporales, las expectativas sobre los mismos van a generar muchas incertidumbres ¿cómo serán los cambios?, ¿con qué intensidad se producirán?, ¿a qué ritmo?, ¿cuál será el resultado?.

En la adolescencia, como se viene exponiendo, no sólo se ocasionan modificaciones físicas, también se produce un gran desarrollo intelectual, incluyendo la aparición del pensamiento simbólico en el estadio de las operaciones formales y la autoconciencia (nunca antes de los doce años y a veces mucho más tarde).

Otro factor a tener en cuenta es la persistencia de la disforia de género. Diferentes estudios dan resultados dispares, pero hay un denominador común: la persistencia en niños es claramente menor que en adultos. Los datos de persistencia indican que una gran mayoría (80-95%) de niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentando tras la pubertad la disforia de género²⁰⁻²², dificultando con ello el establecimiento de un diagnóstico definitivo en la adolescencia²³.

Por el contrario, se sabe que si la identidad cruzada continúa tras inicio de la pubertad, la DG se mantendrá en general en la edad adulta^{8,19}. Por consiguiente las valoraciones psicológicas en niños deben ser más cuidadosas aún que en adultos, deben ser realizadas por personal especializado en DG y deben evitar en lo posible intervenciones médicas dañinas o irreversibles^{16,24-26}.

ACTITUD ANTE LA DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Dadas las consecuencias parcial o totalmente irreversibles de los tratamientos hormonales, es absolutamente necesario realizar un cuidadoso diagnóstico y una evaluación exhaustiva individualizada en Unidades especializadas^{15,27}. Debemos tener en cuenta que la identidad sexual y de género forma parte de la personalidad y ésta es un sistema dinámico que se desarrolla en relación recíproca con el medio y que incluye al mismo tiempo factores disposicionales, culturales y sociohistóricos²⁸. Por consiguiente, el profesional que realiza el diagnóstico tiene que tener una buena formación en psicopatología del desarrollo en la infancia y adolescencia, y ser competente en el diagnóstico y tratamiento de problemas mentales, además de ser un amplio conocedor de la disforia de género³.

Una vez constatada la persistencia de la DG mediante una adecuada evaluación psicológica, y objetivado el inicio de la pubertad por una evaluación endocrinológica, se puede considerar una terapia que disminuya los niveles de esteroides sexuales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Estos objetivos se pueden conseguir a través del bloqueo puberal con análogos de GnRH. Hasta la fecha esta terapia con análogos es indicada con 2 requisitos para la indicación de este tratamiento, ser mayor de 12 años y presentar estadio puberal igual o superior al II de Tanner; a partir de los 16 años se incorpora progresivamente la terapia cruzada con esteroides sexuales. Es obligado informar al menor y a sus tutores de los efectos de estos tratamientos sobre la fertilidad y la maduración psicoemocional, y también respecto a la complejidad y limitaciones de las futuras cirugías genitales reconstructivas^{15,20,27}.

La escasez de datos de eficacia y seguridad a largo plazo de las terapias en menores hace necesaria una evaluación cercana por grupos experimentados en DG, ya que los ensayos clínicos no se han considerado éticos.

Todo lo anterior exige que la atención a la DG sea precedida por un diagnóstico, con seguimiento suficiente, en un marco de equipos multidisciplinares y con un protocolo específico registrado por los organismos competentes.

Cualquier intervención sanitaria debe seguir los principios del rigor científico, la experiencia acumulada, los principios éticos y deontológicos y la prudencia necesaria ante tratamientos crónicos, agresivos e irreversibles. Estos tratamientos a menores tienen además el problema añadido de estra huérfanos, por el momento, de un marco legal explícito.

Al poner de manifiesto esta realidad, como grupo de trabajo especializado y que representa a la mayoría de los profesionales de las UTIGs de España, instamos a los organismos pertinentes a que se actúe de modo ágil y eficaz, definiendo la regulación asistencial y marco legal, en el menor con Disforia de Género, y/o en situación de diversidad de género.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. The standards of care for gender identity disorders. 6.a ed. Minneapolis: HBGIDA; 2001.
3. The World Professional Association for Transgender Health [portal en internet]. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7.a ed. 2011. [Citado el 15 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.wpath.org/publications_standards.cfm
4. Rosenthal SM. Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(12):4379-89.
5. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E and GIDSEEN Group. Coordination of Health Care for Transsexual Persons: A Multidisciplinary Approach. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2013;20(6):585-91.
6. Zucker KJ. Gender identity disorder in children and adolescents. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:467-92.
7. De Vries ALC, Cohen Kettenis PT, Delamerre-Van de Wall H. Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *Int J Transgenderism*. 2007;9(3): 83-94.
8. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow- up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol*. 2008;44:34-45.
9. Fisher AD, Ristori J, Bandini E, Giordano S, Mosconi M, Jannini EA, et al. Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *J Endocrinol Invest*. 2014;37(7):675-87.
10. Hewitt JK, Paul C, Kasiannan P, Grover SR, Newman LK, Warne GL. Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *Med J Aust*. 2012; 196(9):578-81.
11. Vanderburgh R. Appropriated therapeutic care for family with prepubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adol Soc Work J*. 2009;26:1435-54.
12. Esteva I, Gómez-Gil E, Almaraz MC, Martínez-Tudela J, Bergero T, Oliveira G, et al. y Grupo GIDSEEN. Organización de la asistencia a la Transexualidad en el Sistema Sanitario Público Español. *Gac Sanit*. 2012; 26(3):203-9.
13. Gómez-Gil E y Esteva de Antonio I. Ser Transexual. 2.a ed. Barcelona: Editorial Glosa; 2006.
14. Gómez-Gil E, Esteva I, Almaraz MC, Godás T, Halperin I, Soriguer F, et al. Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000 a 2009. *Rev Clin Esp* 2011;211(5):233-39.
15. Moreno-Pérez O, Esteva De Antonio I y Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Clinical Practice Guidelines for Assessment and Treatment of Transsexualism. SEEN Identity and Sexual Differentiation Group (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr*. 2012;59(6):367-82.
16. Esteva I, Gonzalo M, Yahyaoui R, Domínguez M, Bergero T, Giraldo F, et al. Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *Cuad Med Psicosom*. 2006;78:65-70.
17. Hurtado-Murillo F, Donat-Colomer F, Colomer-Revuelta J y cols. Promoción, prevención e intervención en salud sexual y reproductiva en infancia y adolescencia desde Atención Primaria. *Rev Sexología*. 2014;3(2):21-42.
18. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Díaz Méndez M y Grupo GIDSEEN. La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. *C Med Psicosom*. 2014;110:25-35.
19. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(12):1413-23.

20. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJG. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sex Med.* 2008;5:1892-7.
21. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of Childhood Gender Dyshphoria: A Quantitative Follow-Up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(6):582-90
22. Steensma TD, Biemond R, de Boer F & Cohen-Kettenis PT. Desisting and Persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2011;16(4):499-516.
23. Kreukels BP, Cohen-Kettenis P. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinology.* 2011;7:466-72.
24. Asenjo-Araque N, Rodríguez JM, Portabales L, López B, Escolar M, Becerra A. La Transexualidad en niños y adolescentes: Nuestra experiencia en la Unidad de trastornos de identidad de género (UTIG) del Hospital Ramon y Cajal de Madrid. *Avances en Psicología Clínica.* 2013;773-78.
25. Asenjo-Araque N, García-Gibert C, Rodríguez-Molina JM, Becerra-Fernández A, Lucio-Pérez MJ y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes* 2015;2(1):33-36. Disponible en <http://www.revis-tapcna.com/sites/default/files/14-19.pdf>
26. Becerra-Fernández A, Lucio-Pérez MJ, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Pérez-López G, Frenzi M, et al. Transexualidad y adolescencia. *Rev Int Androl.* 2010;8(4):165-71.
27. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3rd, Spack NP, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(9):3132-54.
28. Richaud de Minzi MC. Diferentes perspectivas acerca de la personalidad en la niñez. *Rev Iberoam Diag Eval Psicológica* 2004;17(1):27-38.