

ORIGINAL BREVE

Recibido: 18 de agosto de 2016
 Aceptado: 27 de diciembre de 2016
 Publicado: 1 de febrero de 2017

CARACTERÍSTICAS DE LOS MENORES DE EDAD CON DISFORIA DE GÉNERO QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE TRATAMIENTO DE IDENTIDAD DE GÉNERO

María Fernández Rodríguez (1,2), Patricia Guerra Mora (3), Eloya Martín Sánchez (4,5) y Grupo GIDSEEN.

(1) Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA).

Hospital San Agustín de Avilés. Asturias. España.

(2) Centro de Salud Mental I (CSMI) “La Magdalena”. Área sanitaria III. Hospital San Agustín de Avilés. Asturias. España.

(3) Hospital San Agustín de Avilés. Área sanitaria III. Asturias. España.

(4) Eloya MS Psicología. Asturias. España.

(5) Universidad Nacional de Educación a Distancia. Asturias. España.

Grupo GIDSEEN: Mari Cruz Almaraz Almaraz (Andalucía), José Antonio Álvarez-Diz (Asturias), Nuria Asenjo Araque (Madrid), Laura Audi Parera (Cataluña), Antonio Becerra Fernández (Madrid), Virginia Bellido Castañeda (País Vasco), Isabel Esteva (Andalucía), María Fernández-Rodríguez (Asturias), Marcelino Gómez-Balaguer (Comunidad Valenciana), Esther Gómez-Gil (Cataluña), Marisa Guadilla (País Vasco). Felipe Hurtado (Comunidad Valenciana), Juan Pedro López-Siguero (Andalucía), María Jesús Lucio (Comunidad de Madrid), Juana Martínez-Tudela (Andalucía), Oscar Moreno-Pérez (Comunidad Valenciana), Jesús Pérez-Luis (Islas Canarias), Susana Ponce de León (País Vasco), Itxaso Rica (País Vasco), José-Miguel Rodríguez Molina (Comunidad de Madrid), Carmen Sanisidro (Aragón), Marta Toni García (Navarra), Federico Vázquez (Cataluña), Angela Vidal Hagemeyer (Cataluña), Angelines Vidales Miguélez (Castilla-León), Aurelia Villar Bonet (Castilla-León).

RESUMEN

Fundamentos. La demanda de atención a menores con disforia de género se ha incrementado en los últimos años. El objetivo de la presente investigación fue describir el perfil de adolescentes que solicitaron consulta en la Unidad de Tratamiento de la Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) por presentar quejas de disforia de género.

Método. La muestra se compuso de 20 menores de 18 años que fueron atendidos entre marzo de 2007 y diciembre de 2015. Se hizo uso de la historia clínica para recoger la información. Se llevaron a cabo análisis de estadísticos descriptivos y se utilizó la razón sexo/género.

Resultados. Los 20 adolescentes representaron el 14,6% de la muestra total (137 personas). Tuvieron una media de edad de 15,20 (DT=1,473) y un rango entre 12 y 17. La razón sexo/género fue de 1/1 (10 pertenecieron al grupo de hombre a mujer y 10 al grupo de mujer a hombre). Cuando llegaron a la unidad el 100% convivía con su familia nuclear o extensa y en el 60% sus padres estuvieron separados. El 70% fue derivado desde salud mental. El 10% no presentó antecedentes asistenciales y al 35% se le prescribió tratamiento psicofarmacológico. El 95% no realizó autotratamiento hormonal. El 100% se definió como heterosexual. El 25% realizó una demanda exclusiva de intervenciones psicológicas y el 75% de tratamientos médicos.

Conclusiones. El perfil del menor es un adolescente aproximadamente de 15 años derivado mayoritariamente desde salud mental. La razón sexo/género es la misma para ambos sexos. Presentan antecedentes asistenciales y realiza una demanda prioritaria de tratamientos médicos, tanto hormonales como quirúrgicos.

Palabras clave. Adolescencia, Disforia de género, Personas transgénero, Necesidades y demandas de servicios de salud, Servicios de salud para las personas transgénero.

Correspondencia

María Fernández Rodríguez
 Centro de Salud Mental I “La Magdalena”
 Valdés Salas, 4
 33400 Avilés
 Asturias
 maria.fernandezr@sespa.es

ABSTRACT

Characteristics of Adolescents with Gender Dysphoria Referred to the Gender Identity Treatment Unit

Background. The demand for treatment among people with gender dysphoria has increased during the last years. The aim of the present research was to carry out an analysis of the demand of the teenagers that requested consultation at the UTIGPA (Gender Identity Treatment Unit of Principality of Asturias) as they presented complains of gender dysphoria.

Method. The sample included 20 minors that were treated between March 2007 and December 2015. The clinical history was made to collect information. It was made descriptive analysis and the reason sex/gender was used.

Results. The 20 teenagers represented the 14,6% of the whole sample (of 137 demands). The age average was 15,20 years (SD=1,473) and the range of years was between 12–17. The reason sex/gender was 1/1 (10 into the man to woman group and 10 into the woman to man group). At the arrival at the Treatment Unit, 100% of the individuals lived with their nuclear or extended family and in the 60% of the cases, their parents were separated. 70% of the cases were referred from mental health services. 10% hadn't got any past medical history and 35% had never received any prescription for a psychopharmacological treatment. 95% hadn't done any hormonal self-treatment. 100% defined themselves as heterosexual. 25% requested exclusively for psychological interventions and 75% asked for medical treatments.

Conclusions. The profile of the minor was a teenager of approximately 15 years old that was referred from mental health services. Contrary to the findings of other national and international researches, the rate sex/gender was equated in our research. The minor had got a past medical history and their priority request was for medical treatments, both hormonal and surgical therapies.

Key words. Adolescent, Gender dysphoria. Transgender persons. Health Services Needs and Demand. Health Services for Transgender Persons, Spain.

Cita sugerida: Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Martín Sánchez E y Grupo GIDSEEN. Características de los menores de edad con disforia de género que acuden a la unidad de tratamiento de identidad de género. Rev Esp Salud Pública.2017;91:1 de febrero e201701016.

INTRODUCCIÓN

La disforia de género (DG) en niños y adolescentes, aunque con otra terminología (trastorno de identidad de género), ha sido recogida en las clasificaciones diagnósticas desde la década de los 70⁽¹⁾. Para el DSM-5⁽²⁾ los sujetos con DG tienen una marcada incongruencia entre el género que se les ha asignado al nacer y el que sienten y/o expresan como propio. Este nuevo planteamiento tiene importantes implicaciones clínicas y sociales. Por un lado, sustituye al término trastorno de identidad de género por el de DG y, por otro, se centra en la disforia o malestar como problema clínico y no en la identidad propiamente dicha.

Solamente en los últimos años se ha contemplado desde una perspectiva despatologizante y normalizadora la atención integral de estos adolescentes. La última y actual versión de los estándares asistenciales de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH)⁽³⁾ plantea un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. Además, en consonancia con la 6ª versión⁽⁴⁾, amplía el apartado dedicado a la atención a los menores⁽⁵⁾. Establece que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan sus cambios, recomendando que se haya llegado al estadio II de Tanner.

En la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA), como en otras unidades asistenciales del territorio español, la demanda de atención de los menores con DG se ha ido incrementando progresivamente^(6,7,8). En los últimos 5 años en las unidades especializadas españolas fueron registrados más de 400 casos de menores⁽⁹⁾. En la investigación realizada en la UTIGPA con datos referentes al periodo 2007/2013⁽⁶⁾ ya se ponía de manifiesto el aumento del número de personas menores de edad que solicitan consulta. En este primer estudio, los menores suponían el 13,6% de la demanda total. Mientras que en el periodo comprendido entre el 2007 y 2009 solicitaron consulta solamente un 7,4%, en el periodo

2010-2013 se produjo un aumento considerable de casos nuevos (20,4%). La razón sexo/género en este trabajo para los menores de edad fue de 2,5 a favor del grupo de hombre a mujer (HM).

La unidad de Identidad de Género de Andalucía refiere una casuística entre 1999 y 2013 de 165 menores^(7,8). Con un rango de edad entre 5 y 17 años y una media de edad en la primera visita de 15,2 años. La mayor parte pertenecía al grupo de HM, 123 (74,5%) frente a 42 (25,5%) que eran del grupo de Mujer a Hombre (MH). El 87,9% (145) tuvieron entre 13 y 17 años y el 12,1% (20) igual o menos de 12 años. De estos 20 en edad infantil 17 (85%) eran de HM y 3 (15%) de MH. Con respecto a los 145 adolescentes 106 (73,1%) eran de HM y 39 (26,9%) de MH. La razón sexo/género para el grupo de menores de 12 años fue de 5,6/1 y para el grupo de adolescentes de 2,7/1, en ambos casos a favor del grupo de HM.

En la unidad del Hospital Ramón y Cajal de Madrid entre mayo de 2009 y diciembre de 2013 se triplicó la demanda de menores que solicitaron atención⁽¹⁰⁾. De los 45 menores que fueron atendidos durante ese periodo el 28 (62,2%) eran de HM y 17 (37,8%) de MH. Siendo la razón sexo/género de 1,65/1 a favor del grupo de HM. Aunque en el momento de la demanda las edades estaban mayoritariamente comprendidas entre los 15 y los 17 años, también había menores por debajo de ese rango.

Investigaciones internacionales también han detectado que la demanda de atención de niños y adolescentes va en aumento^(11,12,13,14). A diferencia de las investigaciones nacionales, se observa en la mayoría una tendencia inversa en la razón sexo/género, predominando, en años más recientes, las demandas del grupo de MH⁽¹¹⁾.

En las dos unidades especializadas de Toronto y Ámsterdam se realizó una investigación con una muestra de 748 menores⁽¹¹⁾. Procedían de la clínica de Toronto 328 ado-

lescentes, con una media de edad de 16,66 (DT=1,79) y un rango entre 13 y 19 años. Se realizó un primer estudio entre 1999 y 2005 con 53 menores, de los cuales eran del grupo de HM 36 (67,9%) y del de MH 17 (32,1%), obteniendo una razón sexo/género de 2,11/1 a favor del grupo de HM. En un segundo estudio se analizó el periodo comprendido entre 2006 y 2013 con 202 usuarios, de los cuáles eran de HM 73 (36,1%) y de MH 129 (63,9%), con una razón sexo/género de 1,76/1 a favor del grupo de MH⁽¹¹⁾. En la clínica de Ámsterdam también se analizaron dos periodos diferentes. Partieron de una muestra de 420 menores con una media de edad de 16,14 (DT=1,59). En el periodo comprendido entre 1976 y 2005 solicitaron consulta 122 personas, de los cuáles eran del grupo de HM 78 (63,9%) y del grupo de MH 44 (36,1%). La razón sexo/género en este primer periodo fue de 1,77/1 a favor del grupo de HM. En el periodo comprendido entre 2006 y 2013 solicitaron consulta 201 usuarios, de los cuáles eran de HM 73 (36,3%) y de MH 128 (63,7%), obteniéndose una razón sexo/género de 1,75/1 a favor de MH. Es decir, en ambas clínicas hubo un cambio significativo en la razón sexo/género entre los dos periodos, en los primeros años la ratio era a favor del grupo HM, mientras que en los años posteriores la razón fue a favor del grupo de MH⁽¹¹⁾.

En la clínica especializada de Melbourne⁽¹²⁾, en el periodo comprendido entre 2003-2011 la demanda se había multiplicado por ocho. Solicitaron consulta por DG 39 menores con una media de edad de 10 años (DT=4,13). De ellos 18 (46,15%) eran preadolescentes y 21 (53,85 %) adolescentes. De este último grupo, 13 (61,9%) correspondían al grupo de HM y 8 (38,1%) al de MH. Siendo la razón sexo/genero para los adolescentes 1,63/1 a favor del grupo de HM.

En un trabajo retrospectivo realizado en Indianápolis en la sección de endocrinología pediátrica⁽¹³⁾ se detectó un importante aumento de demandas por DG desde 2002. El 73,6% se generaron a partir de enero de 2013. La media

de edad de los 38 menores registrados fue de 14,4 (DT=3,2). Pertenecían al grupo de HM el 42,1% y al grupo de MH el 57,9%, siendo la razón sexo/género de 1,38/1 a favor del grupo de MH. Con respecto a las comorbilidades, el 63,1% presentó diagnósticos psiquiátricos o del desarrollo. El 31,6% depresión, el 15,8% déficit de atención con o sin hiperactividad y el 13,1% trastornos del espectro autista. También registraron menores con tendencias suicidas o autolesivas. El 36,8% tomó medicación psicotrópica.

En el estudio realizado en un centro pediátrico de California⁽¹⁴⁾ se observó que se cuadruplicó la demanda tras su apertura como servicio de atención de género multidisciplinar. Entre enero de 1998 y febrero de 2010 recogieron una muestra total de 97 personas menores de 21 años, de los cuáles eran del grupo de MH 54 (55,7%) y del grupo de HM 43 (44,3%). La edad media era de 14,8), siendo para el grupo de HM de 14,3 y para el grupo de MH de 15,2 años. No había diferencias significativas entre ambos grupos por edad. El 44,3% de la muestra presentó historia psiquiátrica significativa, incluyendo un 20,6% con comportamientos autolesivos y un 9,3% de intentos de suicidio.

En la investigación realizada en Londres por Holt et al.⁽¹⁵⁾ a lo largo del año 2012, se recogió una muestra de 218 niños y adolescentes que presentaban DG, con una media de edad de 14 años (DT=3,08) y un rango entre 5 y 17 años. El 37,2% pertenecían al grupo de HM, con una media de edad de 13,15 años y el 62,8% al grupo de MH, con una media de edad de 14,51 (DT=2,47). Por tanto, la razón sexo/género era de 1,65/1 a favor del grupo de MH. Las dificultades asociadas más comunes fueron el *bullying*, bajo estado de ánimo-depresión y comportamiento autolesivo. De forma significativa, las autolesiones eran más frecuentes en el grupo de MH y los trastornos del espectro autista en el grupo de HM. En cuanto a las características familiares, en el 58,3% de los casos sus padres estaban separados y el 9,2% había presenciado violen-

cia doméstica. El 36,7% convivía con ambos padres biológicos y un 31,2% solo con su madre. Costa *et al.*⁽¹⁶⁾ realizaron un estudio en Londres entre los años 2010 y 2014. Solicitaron consulta 436 adolescentes, con una media de edad de 15,74 y con una razón sexo/género de 1,7/1 a favor del grupo de MH.

El objetivo de la presente investigación fue realizar un análisis de la demanda de los adolescentes que solicitaron asistencia en la UTIGPA por presentar síntomas de disforia de género.

SUJETOS Y MÉTODOS

Participantes. La muestra se compuso de 20 usuarios menores de edad que solicitaron consulta en la UTIGPA durante el período comprendido entre marzo de 2007 y diciembre de 2015 por presentar quejas de DG.

Fuentes de información. Para la obtención de los datos del estudio se recurrió a la revisión de las historia clínicas. Se recogieron las variables razón sexo/género (se diferenciaron dos grupos, de hombre a mujer (HM) y de mujer a hombre (MH), ya que ningún sujeto de la muestra se definió con un género alternativo a estas dos categorías); edad cronológica en el momento en el que se realizó la primera consulta en la UTIGPA; convivencia en el momento de la demanda: con la familia nuclear, cuando convivían con al menos una de las figuras parentales, y con la familia extensa, cuando convivían con tíos y/o abuelos; contexto familiar: se establecieron tres categorías, padres separados, en pareja y monoparentalidad. Esta variable se dividió en dos categorías para el tratamiento de las diferencias, en función de si continuaban en pareja o pertenecían a otras situaciones familiares; derivación: por algún facultativo de salud mental (pública o privada), desde atención primaria u otras especialidades sanitarias o bien a través de otros medios: por iniciativa propia o a través de asociaciones; para establecer las diferencias esta variable se dividió en dos categorías, los que acudieron derivados desde profesionales sanitarios, frente a

otras derivaciones; antecedentes asistenciales diferenciados en cuatro grupos, que no tuvieron antecedentes, que tuvieron antecedentes exclusivamente relacionados con la DG, los que presentaron DG asociada a otras alteraciones emocionales o del comportamiento y un cuarto grupo que presentó únicamente antecedentes relacionados con otras alteraciones emocionales o del comportamiento. Estos diagnósticos (DSM-IV-TR, DSM 5 o CIE 10) fueron recogidos de informes clínicos elaborados por profesionales sanitarios de salud mental. De nuevo, esta variable se dicotomizó para el tratamiento de las diferencias, se tomó en cuenta si había o no antecedentes asistenciales; tratamiento psicofarmacológico anterior: evaluado en dos categorías: Sí o no; autotratamiento hormonal evaluado también en dos categorías sí o no; orientación sexual: atendiendo al género con el que se identificaban; demanda realizada: dos grupos, los que solicitaron explícitamente tratamientos médicos (terapia hormonal y cirugías) y el segundo grupo estuvo compuesto por los que solicitaron evaluación (entendida de forma amplia como acompañamiento, apoyo, orientación, información y asesoramiento).

Procedimiento. Una vez aceptado el estudio por parte del comité de investigación del Hospital Universitario de San Agustín de Avilés, se recogió esta información de la historia clínica teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos.

Análisis de datos. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0. Se realizaron análisis descriptivos para obtener las medias y porcentajes de las variables. Para el tratamiento de las diferencias en las variables se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney así como el estadístico χ^2 y el estadístico exacto de Fisher.

RESULTADOS

En la **tabla 1** se incluye una síntesis de los resultados. Desde marzo de 2007, cuando comenzó la actividad asistencial en la UTIGPA, hasta diciembre de 2015, se atendió a

Tabla 1
Características de los menores de edad atendidos en la UTIGPA

VARIABLES	Total	HM	MH	p	
Media de edad	15,20	15,10	15,00	0,70	
Rango	12-17	14-17	15-17		
Convivencia	Familia nuclear	85%	90%	80%	1,00
	Familia extensa	15%	10%	20%	
Contexto familiar	Padres separados	60%	60%	60%	1,00
	Padres en pareja	35%	30%	40%	
	Madre soltera	5%	10%	-	
Derivación	Salud Mental	70%	50%	90%	0,58
	Atención primaria /especialidades	10%	20%	-	
	Otros medios	20%	30%	10%	
Antecedentes asistenciales	Disforia de género	30%	30%	30%	0,35
	Disforia de género y otras alteraciones	35%	20%	50%	
	Otras alteraciones	25%	30%	20%	
	No tienen	10%	20%	-	
Tratamiento psicofarmacológico	Prescrito	35%	30%	40%	1,00
	No prescrito	65%	70%	60%	
Autotratamiento hormonal	No realizado	95%	90%	100%	1,00
	Realizado	5%	10%	-	
Orientación sexual	Heterosexualidad	100%	100%	100%	
	Otras	-	-	-	
Demanda	Tratamientos médicos	75%	50%	100%	0,03
	Tratamientos psicológicos	25%	50%		

137 personas, de las cuales 20 (14,6%) no tenían los 18 años (menores de edad). La razón sexo/género fue de 1/1. Fueron atendidos 10 menores del grupo de HM y 10 del de MH. El rango de edad en el momento en el que realizaron la primera consulta fue de 12 a 17 años. Solamente un sujeto tuvo 12 años (5%), 7 (35%) sujetos 14 años, 4 (20%) personas 15 años, 2 tuvieron 16 años (10%) y 6 ya cumplieron los 17 años (30%). Por tanto, la media de edad a la llegada fue de 15,20 (DT=1,473). El promedio de edad para el grupo de HM fue de 15,10 (DT=1,197) con un rango de edad entre 14 y 17. La media de edad para el grupo de MH fue de 15,30 con un rango de edad entre 15 y 17 (DT= 1,767). Esta diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p=0,70$).

En el momento de la primera consulta los 20 menores convivían con su familia nuclear o extensa. 17 (85%) vivía con la familia nuclear y 3 (15%) con miembros de la familia extensa. Con respecto a la situación o contexto familiar, 12 (60%) de los menores

tenían padres separados, 1 (5%) era hijo de madre soltera y 7 (35%) tenían padres que continuaban en pareja. Fueron derivados a la unidad por algún facultativo de salud mental 14 (70%); 2 (10%) desde atención primaria u otras especialidades y 4 (20%) a través de otros medios.

El 10% de la muestra (2) no presentó antecedentes asistenciales, correspondiendo este porcentaje exclusivamente al grupo de HM. 6 (30%) tenía antecedentes exclusivamente relacionados con quejas de DG, siendo el mismo número de personas para el grupo de HM (3) y de MH (3). El 35% (7), 5 personas de MH y 2 de HM, presentaban antecedentes asistenciales relacionados con la DG y otras alteraciones emocionales o del comportamiento. De este grupo, 1 (14,3%) presentaba tres diagnósticos asociados a la DG, depresión, intento autolítico y consumo perjudicial de tóxicos. El 14,3% presentó dos diagnósticos asociados, que se correspondían con depresión y ansiedad. El 71,4% restante

presentaba un diagnóstico asociado a la DG, que se refirió como trastorno de la conducta alimentaria, miedos, problemas de relación en el colegio, ansiedad y otra sintomatología no especificada. Por último, el 5 (25%) presentaba antecedentes asistenciales exclusivamente relacionados con alteraciones emocionales o del comportamiento, 2 pertenecieron al grupo de MH y 3 al grupo de HM. De este último grupo, 2 (40%) tenían tres diagnósticos (depresión, ansiedad e intento autolítico, y problemas ansioso-depresivos, insomnio e intento autolítico, respectivamente), otro 40% dos diagnósticos (mutismo y trastorno obsesivo compulsivo y problemas del estado de ánimo e intento autolítico) y el 20% un único diagnóstico (alteraciones del comportamiento). De los 20 adolescentes, 7 (35%) seguía tratamiento psicofarmacológico antes de llegar a la unidad frente a 13 (65%) que nunca se le prescribió.

El 95% de la muestra no realizó ningún tratamiento médico feminizante o masculinizante por su cuenta para adecuar su cuerpo al género sentido (19). Solamente 1 (5%) del grupo de HM se autotrató con hormonas. En relación a su orientación sexual, el 100% se definió como heterosexual respecto al género con el que se identificó.

En función de la demanda que realizaron a su llegada a la unidad, 5 (25%) solicitaron exclusivamente intervenciones psicológicas relacionadas con la evaluación y 15 (75%) demandaron directamente tratamientos médicos masculinizantes o feminizantes. Los 10 sujetos del grupo de MH solicitaron tratamientos médicos, mientras que del grupo de HM el 50% solicitaron evaluación y el 50% tratamientos médicos. Esta diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p=0,03$).

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación muestran que la razón sexo/género estuvo igualada, la edad media a la llegada fue similar para ambos grupos. la convivencia fue

fundamentalmente con la familia nuclear, estando el contexto familiar caracterizado por un predominio de padres separados, la derivación a la unidad procedió en su mayoría de facultativos de salud mental. Los resultados con respecto a los antecedentes asistenciales fueron diversos, una mínima parte de los sujetos carecían de antecedentes asistenciales. Asimismo, un porcentaje importante de la muestra tomaba tratamiento psicofarmacológico prescrito. La mayoría no realizaba autotratamiento hormonal antes de llegar a la unidad. Con respecto a la orientación sexual, todos los participantes se definieron como heterosexuales. Finalmente, la mayoría hicieron una demanda directa de tratamientos médicos.

En el periodo investigado la UTIGPA atendió a 20 menores. En consonancia con otras unidades asistenciales españolas^(7,10) e internacionales^(11,12,13,14) la demanda de adolescentes ha aumentado considerablemente en los últimos años. Datos obtenidos en investigaciones previas de la UTIGPA ya confirmaban esta tendencia⁽⁶⁾. Este incremento de solicitudes puede justificarse desde un contexto sociocultural que promueve una mayor visibilidad, tanto de los recursos asistenciales (estándares de cuidado, aumento de las unidades especializadas en el territorio español, proliferación de investigaciones empíricas, etc.) como de los movimientos reivindicativos, que permiten dar a conocer las necesidades de los menores con diversidad de género.

A diferencia de otras investigaciones^(7,12), en la nuestra no hubo menores de 12 años y, además, la razón sexo/género se equiparó. Nuestra media de edad fue similar para el grupo de HM y de MH. Con respecto a la unidad de Andalucía^(7,8), obtenemos resultados similares en cuanto a la media de edad y el alto porcentaje que solicitaron consulta a partir de los 13 años. Las diferencias se detectaron en el rango de edad, siendo en Andalucía los demandantes más jóvenes con un rango de edad inferior, 5 años, y también en la razón sexo/género, que es el triple a favor del grupo de

HM. Con respecto a la unidad de Madrid⁽¹⁰⁾, el rango de edad que mayoritariamente pide consulta es similar a nuestro estudio, entre 15 y 17 años. La razón sexo/género se sitúa en 1,65 a favor del grupo de HM, alejada de nuestra razón sexo/género que se igualó.

En investigaciones internacionales hay un cambio de tendencia. Obtienen en su mayoría una razón sexo/género inversa a favor del grupo de MH^(11,13,14,15,16). Los datos obtenidos en nuestro estudio, con respecto al rango y a la media de edad, se aproximaron a muchas de estas experiencias internacionales^(11,13,14,15,16).

La mayoría de los adolescentes convivían con su familia nuclear y, coincidiendo con alguna investigación⁽¹⁵⁾, en más de la mitad de los casos sus padres estaban separados. Con respecto al contexto sociofamiliar también se observan desde la práctica clínica importantes cambios. Hace años, tanto en investigaciones de nuestra unidad⁽¹⁷⁾ como en las realizadas en otros centros⁽¹⁸⁾, se ponía de manifiesto que, ante la falta de comprensión y apoyo por parte de las familias, muchas de las personas con DG habían tenido que abandonar sus hogares a edades tempranas.

La mayor parte de los sujetos fueron derivados por algún profesional de salud mental. Desde atención primaria u otras especialidades solo se derivó una pequeña parte. Los profesionales de salud mental son mayoritariamente los receptores de estas demandas, bien implícita o explícitamente. En consecuencia y desde esta sensibilización, suelen ser conocedores o poseer información de las unidades especializadas que abordan la DG. Posiblemente este itinerario para acceder a la UTIGPA justificaría que una parte importante de sujetos tengan antecedentes asistenciales por DG, bien como diagnóstico único o asociado a otras alteraciones. En consonancia con la investigación de Chen⁽¹³⁾ más de la mitad de la población de nuestro estudio fue diagnosticada de algún trastorno psicopatológico asociado o no a la DG y más de un tercio de los menores fueron tratados farmacológicamente. En otras investigaciones⁽¹⁴⁾ también

se aproximan al 50% los demandantes que presentan antecedentes asistenciales significativos. Sólo una mínima parte de los sujetos no tuvo antecedentes asistencial. En nuestro estudio, en contraposición con otras investigaciones, no hemos encontrado antecedentes asistenciales relacionados con el déficit de atención⁽¹³⁾ ni con trastornos del espectro autista^(13,15,19). Coincidimos con los resultados de las investigaciones internacionales en la presencia de trastornos del humor, intentos de suicidio o comportamiento autolesivo^(13,14,15).

A su llegada a la unidad, en general los menores solicitaron de forma explícita tratamiento hormonal y quirúrgico. Relatan una historia de vida en la que la DG ha estado presente desde la infancia. Aunque la mayoría de los adolescentes aceptan y valoran positivamente el apoyo y acompañamiento psicológico a lo largo del proceso, solo la cuarta parte realizaron esta demanda de forma explícita. Necesitan aclarar sus dudas respecto al proceso individual identitario que están experimentando en ese momento de su ciclo vital. La totalidad del grupo de MH pone en primer plano la urgencia de eliminar los signos visibles de femineidad. Mientras que solo la mitad de los adolescentes del grupo de HM hicieron una demanda inmediata de tratamiento hormonal y/o quirúrgico.

El cambio registral no es una demanda inmediata cuando llegan a la unidad, es más bien una demanda implícita. Los adolescentes suelen ser conocedores de los requisitos exigidos por la Ley 3/2007⁽²⁰⁾, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas²¹, que exige dos años de tratamiento médico supervisado por un especialista, así como la mayoría de edad. Una vez que comienzan con el tratamiento hormonal, si solicitan de forma reivindicativa que se conceda la rectificación registral antes de la mayoría de edad. Las incongruencias entre las exigencias legislativas y los actuales estándares de cuidado⁽³⁾, plantean la necesidad de que esta ley sea revisada.

La totalidad de los menores se definen como heterosexuales respecto al género con el que se identifican. Sin embargo, en los últimos años algunos adultos jóvenes, desde una crítica al binarismo sexo/género, comienzan a posicionarse más allá del propio concepto de género y sexo, llegando incluso a negarlos. Desde esta perspectiva, definen su orientación sexual como pansexualidad.

Una de las limitaciones de este estudio es que la reducida muestra de menores atendidos en la unidad dificulta la generalización de resultados. Conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los niños y adolescentes con disforia de género nos permitiría adecuar y adaptar la atención sociosanitaria a las necesidades y demandas de los usuarios más jóvenes.

El perfil del menor demandante en la UTI-GPA, es un adolescente de aproximadamente 15 años, del grupo de HM o de MH, con orientación heterosexual y que convive con miembros de su familia nuclear. Ha sido derivado prioritariamente por un facultativo de salud mental y presenta antecedentes asistenciales relacionados con quejas por DG, asociada o no a alteraciones psicológicas. Realiza una demanda prioritaria de tratamientos médicos, tanto hormonales como quirúrgicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Rodríguez M, Guerra-Mora P, Díaz-Méndez M, Grupo GIDSEEN. La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas C Med Psicosom. 2014;110:25-35.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5ª ed DSM-5. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. The World Professional Association for Transgender Health-WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7ª version. 2011. Disponible en http://www.wpath.org/publications_standards.cfm
4. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGD. The standards of care for gender identity disorders. 6ª version. Mineapolis: HBIGD; 2001.
5. Fernández-Rodríguez M, Guerra-Mora P, García-Vega E. La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2014; 34(122): 317-335.
6. Fernández-Rodríguez M, Guerra-Mora P, Martín Sánchez E. Algunos datos epidemiológicos de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 2016; 62(1): 33-40.
7. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, Grupo GIDSEEN. Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2013; 20(6): 585-591.
8. Esteva de Antonio I, Prior Sánchez I, García-Bray B, Almaraz MC, Yahyahoui R, Fernández-García Salazar R, Gómez-Gil E and Martínez-Tudela J. Gender Dysphoria in minors, a growing phenomenon in our society: demographic and clinical characteristics of this population in Spain. In : Gender Identity Disorders, developmental perspectives and social implications. Ciudad: Nova Science Publishers; 2014.
9. Esteva I, Almaraz MC, Grupo GIDSEEN. Transexualidad y Variantes de Género. En: Manual SEEN. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) [Internet]. Disponible en: <http://www.seen.es/endocrinologia/grupos/grupos.aspx>
10. 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. Rpcna. 2015; 2(1): 33-36.
11. Aitken M, Steensma T, Blanchard R, VanderLaan D, Wood H, Fuentes A et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. J Sex Med. 2015; 3: 756-763.
12. 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.
13. Chen M, Fuqua J, Eufstler EA. Characteristics of Referrals for gender dysphoria Over a 13-year period. J Adolesc Health. 2016; 58(3): 369-71.
14. Spack N, Edwards-Leeper L, Feldman H, Leibowitz S, Mandel F, Diamond D et al. Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. Pediatrics. 2012;20:418-425. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/15/peds.2011-0907>

15. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2016; 21(1): 108-18.
16. Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological Support, Puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med*. 2015; 12(11): 2206-14.
17. Fernández Rodríguez M. Análisis de la convivencia de un grupo de personas transexuales. *Mosaico*. 2012; 52: 84-89.
18. Cohen-Kettenis PT, Van Goozen S. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36: 263- 271.
19. Van Der Miesen A, Hurley H, De Vries A. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *Int Rev Psychiatr*. 2016; 28(1): 70-80.