



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

DISFORIA DE GÉNERO EN MENORES

María del Real Monedero

Dra. Beatriz Mongil López

Dra. Cristina Domínguez Martín

TRABAJO DE FIN DE GRADO

2018-2019

ÍNDICE:

- 1) RESUMEN
- 2) INTRODUCCIÓN:
 - a. CONCEPTOS
 - b. ADQUISICIÓN DE LA IDENTIDAD SEXUAL Y GÉNERO
 - c. DEFINICIÓN DSM5
- 3) REVISIÓN:
 - a. EPIDEMIOLOGÍA
 - i. ESTUDIOS INTERNACIONALES Y NACIONALES
 - ii. HCUV
 - b. COMORBILIDADES ASOCIADAS
- 4) MATERIALES Y MÉTODOS
 - a. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN
- 5) CONCLUSIONES
- 6) AGRADECIMIENTOS
- 7) ANEXOS
- 8) BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN:

La disforia de género es una entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico está aumentando progresivamente a lo largo de los últimos años.

Se desconoce la etiología de este proceso que condiciona en gran medida la vida del paciente. No sólo por la patología psiquiátrica que puede estar asociada, sino porque además, hasta hace unos años los Sistemas Sanitario y Jurídico español se han mantenido al margen de esta condición sexual tan compleja.

En la mayor parte de las muestras que se han analizado en los distintos estudios existe un claro predominio de THM frente a TMH; característica que no es compartida por la muestra tomada del HCUV.

INTRODUCCIÓN:

En muchas ocasiones el sexo de una persona coincide con su identidad sexual, su rol y orientación sexual; pero no siempre sucede de esta manera.

En 2006 (Real Decreto 1302/2006) se establecieron los criterios para la acreditación y asignación de centros, servicios y unidades de referencia del SNS, defendiendo una atención sanitaria de calidad, segura e igualitaria independientemente de las características de cada persona. Cabe destacar que no incluye ni excluye el tratamiento completo de la disforia de género (quedando excluido el tratamiento quirúrgico en la ley anterior, Real Decreto 63/1995, a excepción de la cirugía reparadora en estados intersexuales patológicos).

Con la nueva reforma de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, deja de considerarse una enfermedad o trastorno mental las distintas variantes de la diversidad de género. Por lo tanto, no se exige un tratamiento médico (hormonal, psiquiátrico o psicológico) o quirúrgico para poder rectificar de manera registral el sexo y el nombre de los individuos (tratamientos que hasta entonces eran necesarios para proceder a dicho cambio). También incluye un artículo con especial mención a menores y a extranjeros. En lo que respecta a los menores, estos podrán solicitar el cambio a través de sus progenitores o representantes legales (siendo necesario el consentimiento expreso del menor). Pero en caso de que alguno de los padres se oponga a dicha solicitud, se podrá llevar a cabo a través del Ministerio Fiscal donde el juez velará por el interés del menor.

A pesar de ello, siguen existiendo comportamientos y actitudes en contra de determinadas ideas relacionadas con la sexualidad del individuo, siendo en algunas

ocasiones un tema tabú. Por ello, considero necesario realizar una revisión a cerca de un tema tan concreto como es “la disforia de género”, centrándome en los menores de edad. En primer lugar, repasaremos algunos conceptos básicos que nos ayudarán a comprender algunos factores relacionados con la identidad de género:

- **CONCEPTOS:**

Incongruencia de género: discrepancia entre sexo biológico e identidad de género (CIE-11).

Identidad de género: vivencia interna y subjetiva de una persona sobre su propio género tal y como cada sujeto lo siente y se autodetermina. Esta identidad puede o no corresponder con el sexo asignado al nacer.

Identidad sexual: características sexuales biológicas de una persona, cromosomas, genitales internos y externos, composición hormonal y caracteres sexuales secundarios.

Intersexual: persona con trastorno del desarrollo sexual. Posee una configuración reproductiva, genética, genital y hormonal que no se puede categorizar estrictamente como hombre o mujer.

Orientación sexual o atracción sexual: acción o deseo que expresa el individuo hacia uno u otro sexo, pudiendo ser: homosexual, heterosexual o bisexual.

Rol de género: conjunto de normas sociales y comportamentales y expectativas y relacionadas con las diferentes identidades sexuales y de género en cada sociedad y cultura.

Sexo anatómico o gonadal: presencia de ovarios o testículos.

Sexo biológico: comprende el sexo génico, cromosómico, cariotípico y genital.

Sexo conductual o papel sexual: conducta de género, rol asumido por la persona ante la sociedad.

Sexo de crianza: relacionado con el concepto de género, rol que marca la familia en cuanto al cuidado y educación del menor.

Sexo fenotípico: en relación con los genitales externos.

Sexo genético: depende de la estructura cromosómica, siendo XY para los varones y XX para las mujeres.

Sexo sentido/sexo psicológico: sexo con el que la persona se siente identificada.

Trans: discordancia cuya identidad de género y/o expresión de género no corresponde a las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer, que se identifica o expresa en una identidad de género distinta a la asignada al nacer en base a su sexo genital.

Transgénero: persona cuya identidad de género difiere de la asignada al nacer. El término transgénero es un concepto no binario del género y, generalmente, es utilizado para las personas que no han alterado aún o no desean cambiar su apariencia estética.

Transexualidad: malestar intenso o disforia en con el sexo anatómico e identificación persistente con el otro sexo que conlleva a la persona a buscar la apariencia y el rol del género deseado.

Transexual hombre a mujer (THM): persona (mujer transexual) que se siente e identifica como mujer, aunque anatómica y biológicamente tiene caracteres sexuales de varón.

Transexual mujer a hombre (TMH): persona (varón transexual) que se siente e identifica como varón, aunque anatómica y biológicamente tiene caracteres sexuales de mujer.

En el 99% de los individuos coincide el sexo cromosómico, gonadal y genital; en el 1% restante no. Dentro de este grupo podríamos encontrar las incongruencias de género y los intersexuales.

La identidad sexual, por tanto, es un asunto muy complejo del que no se conocen todos los determinantes que interaccionan, algunos de ellos son: factores hormonales y bioquímicos intrauterinos, y primeros años de vida. No conocemos qué porcentaje de dicha identidad quedaría explicado por factores biológicos (genéticos) y qué porcentaje sería atribuible a factores psicosociales (entorno).

Sí que sabemos que el desarrollo gonadal viene determinado por la carga genética (cromosomas X e Y, lo que conlleva la ausencia o presencia de testosterona); tiene lugar entre la semana 6-12 de gestación. Así mismo, la acción hormonal sobre el cerebro del feto juega un papel importante en el desarrollo de circuitos neuronales que se pondrán en marcha de nuevo hacia la pubertad. En definitiva, el desarrollo de la identidad de género es un proceso multifactorial y no conocido en su totalidad.

- **ADQUISICIÓN DE LA IDENTIDAD SEXUAL Y EL GÉNERO:**

Durante el 1º año de vida: los niños se dan cuenta de que existen dos tipos de personas (hombre y mujer) en función de características anatómicas y determinados signos como: pendientes, longitud del cabello etc.

Entre los 18-24 meses son capaces de clasificarse dentro de uno de los dos grupos.

A partir de los 3 años son capaces de generalizar esta clasificación y lo plasman en aspectos de la vida diaria.

Antes de los 5 años no son del todo consecuentes con dicha clasificación. De modo que aunque crean que son un niño o una niña, no descartan la posibilidad de que en un futuro puedan cambiar de sexo.

Solo entre los 5 y 7 años se muestran convencidos de esta identidad sexual, concordante con su sexo biológico, que no cambiará a lo largo del tiempo.

- **EI DSM-5 (2014) DEFINE LA DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS COMO:**

A) Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):

1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

B) El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con un trastorno del desarrollo sexual (p.ej., trastorno adrenogenital congénito como 225.2 (E25.0) hiperplasia adrenal congénita o 259.50 (E34.50) síndrome de insensibilidad androgénica).

REVISIÓN:

- EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISFORIA DE GÉNERO:

ESTUDIOS EN POBLACIÓN NO ESPAÑOLA:

- 1) *Trastorno de la identidad sexual: Aspectos epidemiológicos, sociodemográficos, psiquiátricos y evolutivos. Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace (2001).* (Estudio A del gráfico 1 y 2) En este estudio se evidencia un aumento de la prevalencia del trastorno de la identidad sexual, considerando los autores, que podría ser debido a la mayor aceptación por parte de la sociedad. Sugieren que el mantenimiento de la incidencia se debe a que el trastorno de la identidad sexual viene determinado neurobiológicamente.
- 2) *Criterios acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud, actualizados según los criterios homologados por el Consejo Interterritorial. Según el estudio Van Kesteren y cols (1996), estudio holandés, la prevalencia de disforia se sitúa alrededor de 1/11.900 hombres y 1/30.000 mujeres. Estudio B del gráfico 1 y 2.*
- 3) *American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5).* Estudio C gráfico 1 y 2. Tanto en la edad infantil como en la edad adulta encontramos más varones con disforia que mujeres. En la adolescencia ya no encontramos esta diferencia. De manera excepcional ocurre lo contrario en Japón y Polonia. También es verdad que no todos los adultos buscar asistencia sanitaria, por lo tanto, las cifras podrían estar subestimadas.
- 4) *The Royal Australian College of General practitioners (2015).* Estudio D gráfico 1 y 2. Se estima que la prevalencia de la disforia de género en Nueva Zelanda es 1/6.000

(siendo la relación nacido hombre/mujer 6:1). Sin embargo, creen que la prevalencia real es mayor.

- 5) *Disforia de género en la infancia y adolescencia: guía de la práctica clínica, Valencia (2015) (Estudio E gráfico 1 y 2)*. En esta guía clínica se coteja la idea de que existen más personas con disforia de género del sexo masculino (biológico) que sienten disconformidad con su sexo asignado, que mujeres con esta discordancia. También se resalta que no en todos ellos persiste su disconformidad en la edad adulta. Además, podemos apreciar cómo la prevalencia de esta entidad varía considerablemente de unos estudios a otros.
- 6) *Outbreak: On Transgender Teens and Psychic. Epidemics, Psychological Perspectives (2017)*. Gracias a este artículo ya podemos observar un cambio en la relación entre THM y TMH. En Canadá, Holanda y Reino Unido podemos comprobar como con el paso de los años ha ido aumentando el número de TMH, llegando incluso a superar (y casi duplicar) al de THM. En Finlandia encontramos una relación de casi 6:1 TMH/THM.
- 7) *Dramatic increase of gender dysphoria in youth. (2017)*. En estos estudios de seguimiento demuestran que alrededor del 20% de los niños prepúberes que cumplen los criterios de DSM-5 de disforia de género mantendrán su postura de identidad sexual en la edad adulta. Sin embargo, aquellos cuya disforia sexual se intensifica en la adolescencia, mantendrán su disconformidad en la edad adulta en un mayor porcentaje de casos. También afirman que la disforia de género está aumentado en su país (así como en el resto del mundo). Desconocen la causa, aunque algunas de las razones que proponen son: factores ambientales, mayor acceso a la atención sanitaria, mayor acceso al conocimiento (internet), mayor apertura y atención en la sociedad, disminución de la estigmatización social al respecto. Concluimos por tanto, que también existe un incremento de los casos de disforia de género en Suecia en los últimos años. Siendo más frecuente la transición varón a mujer.

ESTUDIOS EN POBLACIÓN ESPAÑOLA:

- 1) *Atención de la Transexualidad (mscbs.gob) (Estudio F gráfico 1 y 2)* De toda la información recogida por el Ministerio de Sanidad sobre pacientes atendidos en centros sanitarios españoles hemos seleccionado dos comunidades, Andalucía y

Cataluña. En las que se evidencia un ascenso progresivo en el número de pacientes con TIG (trastornos de identidad de Género):

Años	Andalucía (pacientes nuevos)	Cataluña (pacientes nuevos)
1999	23	-
2000	77	27
2001	70	30
2002	72	44
2003	82	44
2004	65	32
2005	89	29
2006	91	60
2007	99	86
Total de pacientes	668	352
Prevalencia estimada	1/9685 (nacidos varones) 1/15.456 (nacidas mujeres)	1/21.031 (nacidos varones) 1/48.096 (nacidas mujeres) media anual en los últimos 5ª: 0,72/100.000hab/a.
THM/TMH (de hombre a mujer/de mujer a hombre)	1,9:1	2,6:1

Además, podemos deducir que existen más casos de disforia de género varones (nacidos varones que desean ser mujer, THM) que de nacidas mujeres (que desean ser varones, TMH).

2) *Disforia de género en la infancia y adolescencia: guía de la práctica clínica, Valencia (2015)*. En esta Guía se comenta la existencia rangos muy amplios para describir la prevalencia de esta entidad, tanto en España como en otros países, aunque encontramos de nuevo un número superior de THM que de TMH.

3) *ADOLESCERE. Disforia de género en la infancia y adolescencia (2018)*. En España, hasta 2016, en las Unidades de Asistencia se han atendido 5.187 demandas (10% en <17 años). Pero desde 2010 se han atendido 98 casos en <12 años y 456 adolescentes. Por lo tanto ponemos de manifiesto de nuevo ese incremento en el número de pacientes atendidos con disforia de género en nuestro país.

4) *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia (2015)*. En este artículo estudian una muestra de pacientes atendido en la Unidad de Género del Hospital Ramón y Cajal desde 2009 hasta 2013. Además, comparan los datos obtenidos con unidades similares; concluyendo que existen diferencias en cuanto a la persistencia del diagnóstico. Quedando reflejado, por tanto, el aumento de la incidencia de pacientes que demandan asistencia sanitaria en este tipo de

unidades; siendo más frecuente la disforia de hombre a mujer y existiendo mayor número de visitas entre los 15 y los 17 años. Además, la mayoría de ellos continúan con su disconformidad sexual a lo largo del tiempo.

5) *Transexualidad y adolescencia: una revisión sistemática. INFAD Revista de Psicología (2018)*. Se objetiva en 7 estudios un incremento de casos de disforia en edad infantil y adolescentes en las últimas décadas. Además, observan un aumento de la prevalencia a medida que aumenta la edad. A pesar de que los datos sobre prevalencia no son los mismos en todos los estudios, en todos ellos encontramos mayor incidencia de transexuales mujeres frente a varones.

6) *Rev Esp Endocrinol Pediatr. Cambios físicos y analíticos en menores transexuales bajo tratamiento médico (2017)*. Consideran que se necesitan más estudios para conocer la incidencia real de la transexualidad en España. Creen que la incidencia que muestran los estudios de los que se disponen subestiman la cifra real. En función de la edad:

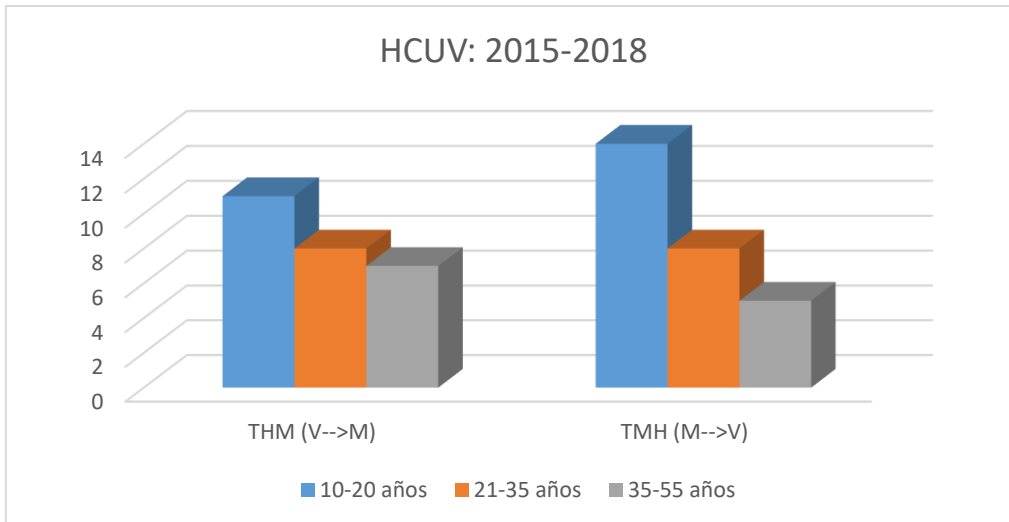
- Menores de 12 años: ratio H/M → oscila entre 6/1 y 3/1. De estos, algunos autores creen que solo del 6-27% persistirá en la edad adulta.
- Adolescentes: ratio H/M → casi 1/1. De estos, casi el 100% persistirá en la edad adulta.

EN EL HCUV: DESDE 2015 (finales) HASTA 2018:

Total de 53 pacientes:

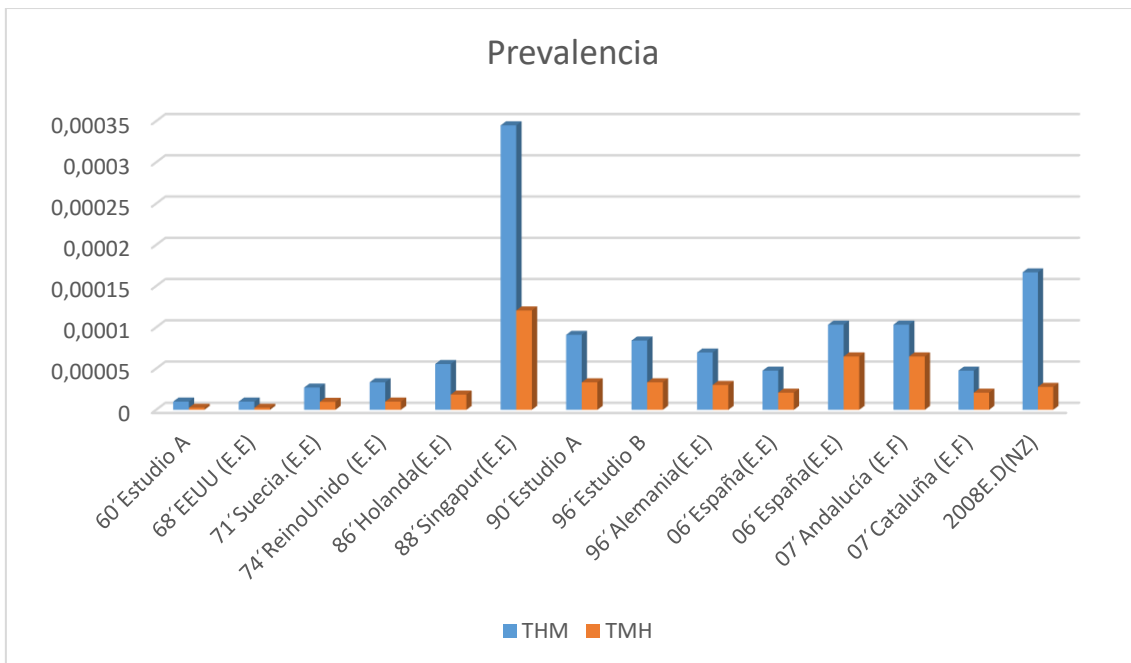
- 26 varones que desean ser mujeres:
 - o De 10 a 20 años: 11
 - o De 21 a 35 años: 8
 - o De 35 a 55: 7
- 27 mujeres que desean ser varones:
 - o De 10 a 20 años: 14
 - o De 21 a 35 años: 8
 - o De 35 a 55: 5

Relación varón/mujer (THM/TMH): 0,96



*Gráfico 1: número de pacientes THM y TMH por rango de edad.

COMPARATIVA DE DATOS:

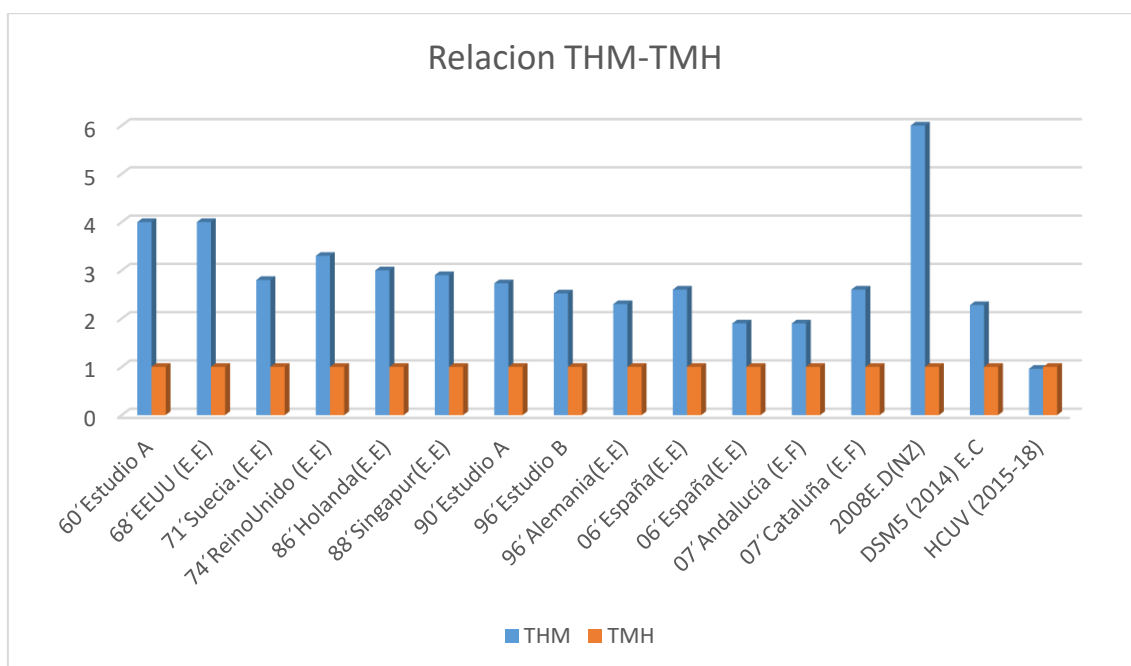


*Gráfico 2: prevalencia disforia de género en varones y mujeres de diferentes estudios.

CONCLUSIONES DEL GRÁFICO:

Como se puede observar en el gráfico, en todos los estudios que se han tenido en cuenta para realizarlo, el número de THM es superior al de TMH. Además, a lo largo de los años podemos comprobar cómo está aumentando de manera progresiva el número de personas que presentan disforia de género.

Se desconoce la causa de este suceso. Si bien es verdad que muchos autores apuntan a que este incremento puede deberse a varios factores como: facilidad en el acceso a la información, a centros de asistencia sanitaria, a cambios socioculturales etc.



*Gráfico 3: relación entre THM y TMH, estudios anteriores y datos HCUV.

Con este gráfico podemos apreciar como existe una discrepancia notable entre el número de THM y TMH. Siendo mayoritario el número de casos de THM en todos los estudios excepto en la población estudiada en el HCUV, en cuyo caso observamos el proceso contrario (existe un ligero incremento de TMH con respecto a THM).

Un estudio más reciente de Lisa Marchiano (2017) apoya esta tendencia observada en nuestra población y demuestra cómo en los últimos años se ha observado un aumento llamativo en el número de niños y jóvenes que se ha identificado como trans. Pero además ha aumentado el número de mujeres que han solicitado asistencia sanitaria, con respecto a varones (tendencia contraria a la hasta entonces establecida).

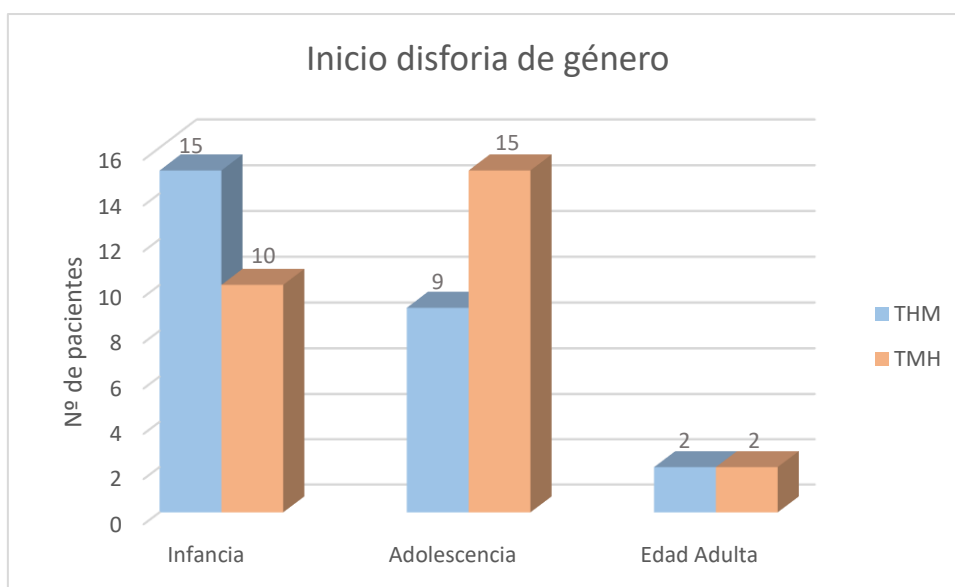
En el año 2014, ya encontramos un estudio, *DSM5*, en el que de manera excepcional encontrábamos esta tendencia en dos países (Japón y Polonia).

Por lo tanto podemos concluir que existe una tendencia ascendente en cuanto al número de personas que presentan disforia de género y que además la relación THM/TMH no solo se está equiparando, sino que en algunos estudios se está invirtiendo dicha proporción.

En lo que respecta a los datos recogidos del HCUV:

Inicio de la disforia:

- En la infancia: 15 han decidido ser mujeres y 10 varones.
- En la adolescencia: 15 desean ser varones y 9 mujeres.
- En la edad adulta: 2 desean ser varones y 2 mujeres.



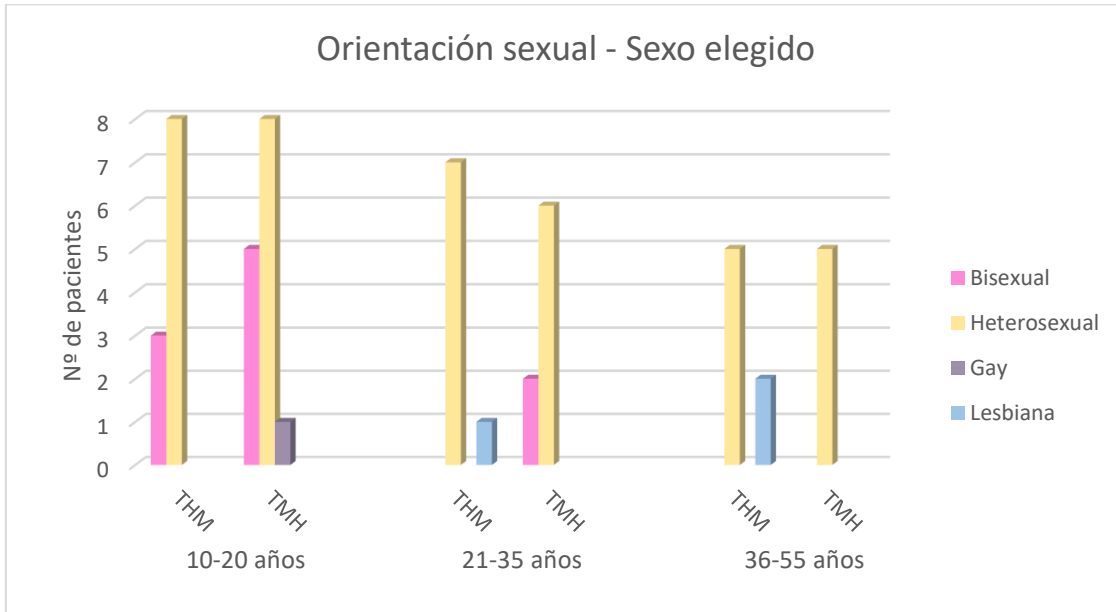
**Gráfico 4: Edad de inicio de la disforia de género en la muestra HCUV.*

De estos datos deducimos que en la infancia inician la disforia más THM que TMH, tendencia que se invierte en la adolescencia. Comenzando en la edad adulta esta discrepancia entre sexo sentido y asignado en el mismo número de pacientes independientemente del tipo de disforia.

Orientación sexual:

- Entre los 10 y los 20 años:
 - o Del total de las mujeres (THM): 8 son heterosexuales y 3 bisexuales.
 - o Del total de los varones (TMH): 8 son heterosexuales, 5 bisexuales y 1 gay.
- Entre los 21 y 35 años:
 - o Del total de mujeres (THM): 7 son heterosexuales y 1 es lesbiana.
 - o Del total de varones (TMH): 6 son heterosexuales y 2 son bisexuales.

- Entre los 36 y 55 años:
 - o Del total de mujeres (THM): 5 son heterosexuales y 2 lesbianas.
 - o Del total de varones (TMH)→ todos son heterosexuales.



*Gráfico 5: relación entre orientación sexual y sexo elegido por franja de edad.

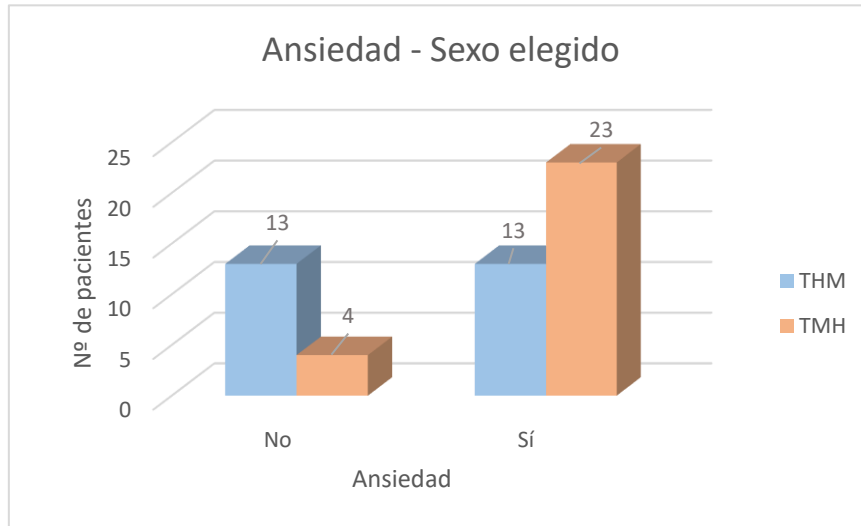
Según el estudio *Signal 2016*, entre el 80 y el 95% de los niños que presentan disconformidad con su sexo de nacimiento, en la edad adulta se sienten conformes con ello aunque la mayoría de ellos presentará una tendencia homosexual. No ocurre lo mismo con nuestros pacientes, puesto que como observamos en el gráfico, la mayoría presentan una orientación heterosexual.

- **COMORBILIDAD ASOCIADA:**

Comorbilidad asociada en pacientes del HCUV:

○ **ANSIEDAD:**

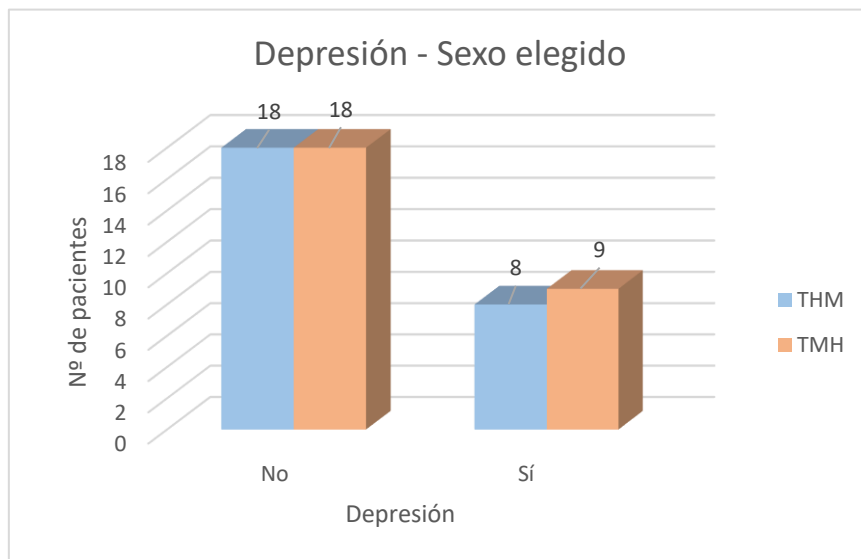
Presentan ansiedad el doble de varones (sexo elegido) que de mujeres. Debemos tener en cuenta que padecen este trastorno casi 3/4 partes de la muestra.



*Gráfico 6: Relación entre ansiedad y sexo elegido.

○ **DEPRESIÓN:**

Presentan depresión 8 mujeres (THM) y 9 varones (TMH). A pesar de ello, la mayoría de los pacientes con disforia no están diagnosticados de depresión.



*Gráfico 7: Relación entre depresión y sexo elegido.

Comorbilidad asociada en otros estudios:

Dentro de los trastornos psiquiátricos encuentran los siguientes datos:

- *En el estudio Haraldsen y Dahl (2000):* no encuentran mayor grado de psicopatología en estos pacientes en comparación con la población general.
- *Rev Esp Endocrinol Pediatr;* Cambios físicos y analíticos en menores transexuales bajo tratamiento médico (2017). Consideran que las tasas de enfermedades psicológicas como: depresión, ansiedad, ideación suicida e intento de suicidio (hasta 9% en algunas series) están elevadas con respecto a la población general.
- En estudios más antiguos (anteriores al año 2000) sí que objetivan mayores tasas de enfermedades psiquiátricas y abuso de tóxicos (alcohol y drogas). También es verdad que hasta casi 1/3 de ellos habían recibido tratamiento psiquiátrico previo.

Concluimos por tanto que en nuestra muestra el trastorno mental más frecuente es la ansiedad pero no encontramos otras enfermedades psicológicas como sí detectan en otros estudios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la realización de este estudio partimos de una base de datos recogida desde 2015 hasta 2018 en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Esta base de datos contiene información acerca de los pacientes atendidos en dicha unidad que presentan disforia de género (53 en total), diferenciando los TMH y las THM.

En esta recogida de datos epidemiológicos, se tuvo en cuenta tanto el número de pacientes como la edad de inicio de la disforia y su orientación sexual. También obtuvimos información sobre la patología asociada a la disforia (comorbilidad psiquiátrica).

Una vez concluido este paso, decidimos realizar una búsqueda bibliográfica para posteriormente poder analizar y comparar los datos obtenidos en otros estudios con respecto a la muestra del HCUV. Esto nos permitirá adquirir nuevos conocimientos sobre este tema tan complejo y desconocido por la sociedad.

- **PROTOCOLO DE ATENCIÓN MÉDICA A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE INCONGRUENCIA DE GÉNERO: Ámbito Sanitario.**

En el protocolo de atención médica a las personas con incongruencia de género y desde el sistema sanitario de Castilla y León, se proponen las siguientes pautas de actuación a través de un equipo multidisciplinar compuesto por: médicos de atención primaria, endocrinos, psiquiatras, psicólogos, ginecólogos y urólogos.

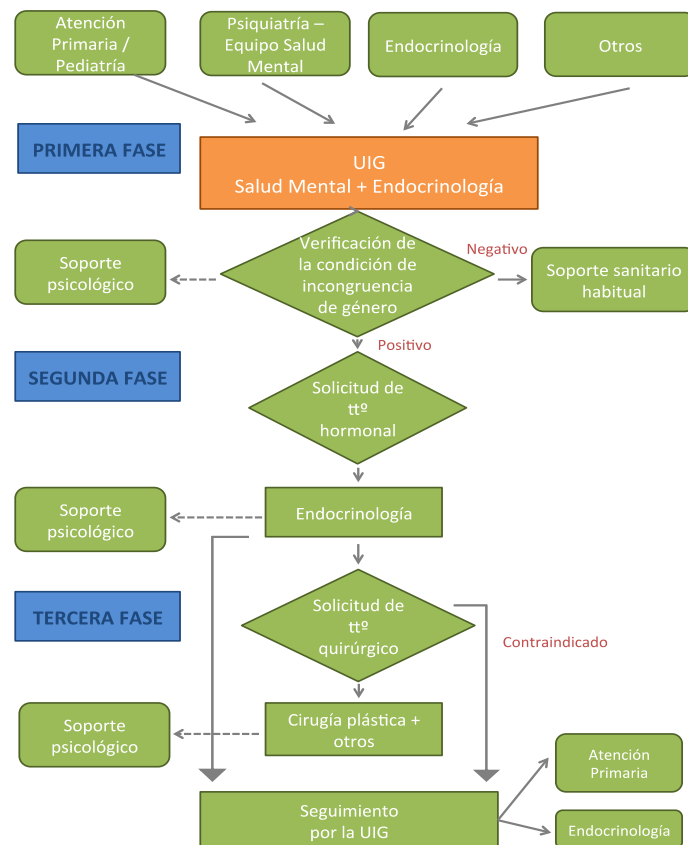
La vía de entrada inicial sería (como norma general) el médico de Atención Primaria (AP):

Equipo de Atención Primaria: ¿Qué tiene que hacer?:

1. Sospecha / detección de casos.
2. Valoración inicial, de la persona y su entorno socio-familiar.
3. Informar a la persona y su familia de las posibilidades que ofrece el sistema regional de salud.
4. Derivación a los equipos de Salud Mental.
5. Seguimiento del proceso.
6. Atención a otros procesos de salud y actividades preventivas.
7. Acompañamiento a la persona y su familia.

Será importante discernir entre disforia de género y otras entidades/expresiones de la diversidad de género. Por ello, tanto la historia clínica como una buena anamnesis serán claves en el proceso. Haremos hincapié en la exploración de la infancia y de la adolescencia y cómo se han vivido. Posteriormente se valorará la necesidad de la derivación a un Área de Salud Mental (bien porque lo considere en profesional sanitario o bien porque lo demande el propio paciente o su familia). En estadios prepúberes, se suele hacer el seguimiento desde AP.

Una vez que el paciente ha acudido a Salud Mental, podrá ser derivado al Servicio de Endocrinología y Nutrición y posteriormente a otros especialistas. Estos grupos de trabajo multidisciplinarios se denominan Unidad de Identidad de Género (UIG). En Castilla y León, desde el año 2000, trabajaban conjuntamente el Servicio de Salud Mental con el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.



Atención sanitaria en la UIG a personas en edad pediátrica:

No existen grandes diferencias con respecto al protocolo a realizar en otras edades. Pero una buena anamnesis será la base para poder distinguir entre entidades psiquiátricas susceptibles de tratamiento (trastornos de la personalidad), disforia de género (no condicionada por agentes externos) y posibles alteraciones del estado de ánimo que pueden coexistir con la disforia (ansiedad y depresión).

También se tendrá en cuenta el apoyo socio-familiar y se ofrecerá asistencia psicológica y seguimiento tanto a los menores como a la familia.

Tanto la identidad sexual como el desarrollo personal se están labrando en estos primeros años, por lo tanto será importante no tomar decisiones que provoquen alteraciones irreversibles en el menor.

La sintomatología compatible con la disforia de género suele acontecer alrededor de los 11 años. A pesar de ello, el inicio del tratamiento hormonal no se podrá realizar hasta que se haya valorado la situación del menor desde el punto de vista psicopatológico.

Debido a que existen épocas en la vida del menor que conllevan cambios en la trayectoria vital, en Valladolid se han creado unas consultas denominadas “consultas de transición”, para realizar un seguimiento más estrecho en estas circunstancias.

Desde el punto de vista endocrinológico, el tratamiento hormonal en menores consta de dos fases, en ambos casos el tratamiento será evaluado de manera individual y teniendo en cuenta el estadio puberal.

CONCLUSIÓN:

La prevalencia de disforia de género está aumentando de manera progresiva tanto en España como en otros países. Se desconocen las causas que han provocado esta situación, aunque se proponen varios factores que pueden influir como: mayor facilidad en el acceso a la asistencia sanitaria, a las redes sociales y al conocimiento, disminución de la estigmatización en la sociedad.

En lo que respecta a la muestra estudiada del HCUV, comentaremos varios aspectos que nos ayudarán a consolidar algunas ideas. En primer lugar, el número de pacientes THM es ligeramente inferior al número de TMH, característica compartida solo con dos estudios de todos los seleccionados. Además, de los datos de nuestro estudio deducimos que en la infancia inician la disforia más THM que TMH, tendencia que se invierte en la adolescencia. Finalmente, la orientación heterosexual es la que predomina en pacientes con disforia en todas las franjas de edad.

También es importante comentar que en la mayoría de los estudios recientes no se relaciona la disforia de género con patología psiquiátrica grave; sí encontramos (también en nuestra muestra) ansiedad y/o depresión como comorbilidad asociada en un número significativo de los pacientes. En nuestro caso, cabe destacar que la ansiedad es el trastorno más prevalente siendo más frecuente en los TMH.

Por último, destacaré que muchos de los autores comentan la necesidad de continuar con nuevos trabajos e investigaciones que permitan extraer conclusiones extrapolables a todas las poblaciones.

AGRADECIMIENTOS:

Debo agradecer la ayuda recibida por parte, no solo de la tutora del TFG, Dra. Beatriz Mongil López, psiquiatra del HCUV; sino también de los profesionales sanitarios que han invertido parte de su tiempo en la recogida de información que me ha permitido realizar este documento. Destacaré a Laura Gallardo Borge, psiquiatra del HCUV y a María Antonia Maniegas, psicóloga del HCUV.

ANEXO:

"DISFORIA DE GÉNERO EN MENORES"



Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina

María del Real Monedero
Dra. Beatriz Mongil López
Dra. Cristina Domínguez Martín



Introducción

La disforia de género es una entidad poco frecuente cuyo diagnóstico está aumentando en los últimos años. Se define como una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, con una duración mínima de seis meses y cumpliendo como mínimo 6 de las características que propone el DSM 5

Muestra de 53 pacientes (26 THM y 27 TMH), base de datos recogida desde 2015-2018 en la Unidad de Psiquiatría del HCUV. Se estudian datos epidemiológicos y se comparan con otros estudios.

Material y métodos

Objetivo

Dar a conocer la disforia de género y estudiar algunas de sus características.

Resultados



Conclusiones

- La prevalencia de la disforia de género está aumentando sin que en el momento actual conozcamos la causa.
- En la muestra del HCUV encontramos más pacientes TMH que THM, característica compartida solo con dos estudios de los seleccionados.
- La orientación heterosexual predomina en todas las franjas de edad.
- Como comorbilidad asociada, destacan ansiedad y depresión.

-Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. PLoS ONE [Internet]. 2018 [citado 2019] 13(8): 1-44. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330>

-Lisa Marchiano. Outbreak: On Transgender Teens and Psych. Epidemics, Psychological Perspectives [Internet]. 2017 [citado en 2019], 6(3), 345-366. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/108010322925.2017.1350804>

-Frisen L, Soder O, Rydelius PA. Dramatic increase of gender dysphoria in youth. Lakartidningen [Internet]. 2017 [citado 2019]; 114:1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28245028?log=activity>

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA:

1. Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. PLoS ONE [Internet]. 2018 [citado 2019] 13(8): 1-44 Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330>
2. F. López Sánchez. Disforia de género en la infancia y adolescencia. *Adolescere. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina y Adolescencia* [Internet]. 2018 [citado 2019]; 4(2): 15-25. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol6num2-2018/Adolescere%202018%20%20WEB.pdf>
3. Fernández García Olga, Ballester-Arnal Rafael, Iglesias Campos, Paula, Morell-Mengual Vicente, Gil-LLario María Dolores. Transexualidad y adolescencia: una revisión sistemática. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. S.I. [Internet]. 2018 [citado 2019]; 2 (1): 91-104. Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1175/1041>
4. Lisa Marchiano. Outbreak: On Transgender Teens and Psychic. *Epidemics, Psychological Perspectives* [Internet]. 2017 [citado en 2019], 60:3, 345-366, Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00332925.2017.1350804>
5. Mora Palma Cristina, Guerrero Fernández Julio, Itza Martín Nerea, Ortiz Villalobos Arancha, González Casado Isabel. Physical and analytical changes in Transgender Youth with pharmacological treatment. *RevEspEndocrinolPediatr.* [Internet]. 2017 [citado 2019]; 8 (3): 29-39. Disponible en: <https://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=437&idlangart=ES>
6. Frisen L, Soder O, Rydelius PA. Dramatic increase of gender dysphoria in youth. *Lakartidningen* [Internet]. 2017 [citado 2019]; 114:1-6. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28245038?log\\$=activity](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28245038?log$=activity)
7. Hurtado-Murillo Felipe. Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *RevEspEndocrinolPediatr* [Internet] 2015 [Citado 2019]; 6 (Suppl): 45-52. Disponible en: <http://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E12/P1-E12-S510-A283.pdf>

8. Sean R. Atkinson, Darren Russell. Gender dysphoria. Australian Family Physician [Internet]. 2015 [citado 2019]; 44(11): 792-796. Disponible en: <http://www.racgp.org.au/afp/2015/november/gender-dysphoria/>
9. Mardomingo María Jesús. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. España: Ediciones Díaz de Santos; 2015.
10. Asenjo-Aranque Nuria, García-Gibert Cristina, Rodríguez-Molina José Miguel, Becerra-Fernández Antonio, Lucio Pérez María Jesús y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. RPCNA [Internet]. 2015 [citado 2019]; 2(1):33-36. Disponible en: <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-19.pdf>
11. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
12. Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Criterios acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud, actualizados según los criterios homologados por el Consejo Interterritorial. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/Fesp/Fesp_24.pdf.
13. Asenjo-Aranque Nuria, García-Gibert Cristina, Rodríguez-Molina José Miguel, Becerra-Fernández Antonio, Lucio Pérez María Jesús y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. RPCNA [Internet]. 2015 [citado 2019]; 2(1):33-36. Disponible en: <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-19.pdf>
14. Alonso Abolafia A, Alonso Blanco A, Aparicio Meix J.M, Burillo Traid C, Carcedo Robles C, Casado Flores J, Chinchilla Moreno A, Correas J, Crespo Hervás D, García-Vicent V, Garraus M, González Lucas R, Guzmán Álvarez G, Hellín Sanz T, Jiménez Giménez M, Jiménez Hernández J.L, López-Rico M, Mardomingo Sanz M, Martín Álvarez L, Martín Vázquez M.J, Martín I, Muñoz Villa A, Navarro Jiménez R, Ochoa Mangado E, Pardo González F, Quintero Gutiérrez del Álamo F.J, Ramos Brieva J.A, Saiz Ruiz J, San Sebastián Cabasés J, Sánchez Mascaraque P, Sierrasesúмага L, Vega Piñeiro M, Vela Fossas R.M. Madrid: Ergon; 2010
15. Gómez Gil E, Peri Nogués J.M., Perpiñá Andrés S., Rabascó de Pablo J. Trastorno de la identidad sexual: Aspectos epidemiológicos, sociodemográficos, psiquiátricos y evolutivos. Psicocom [Internet]. 2001 [citado 2019]; 58(59): 76-83. Disponible en: http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Medico_trastornoidentidadsexual.pdf