

ANÁLISIS DE DETRANSICIÓN EN LA UNIDAD DE INCONGRUENCIA DE GÉNERO DEL HOSPITAL CLÍNICO DE VALLADOLID.

TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN MEDICINA
CURSO 2023/2024



Universidad de Valladolid

AUTOR: Sandra García del Amo
Tutor: Dra. Esther Delgado García
Co-tutor: Emilia Gómez Hoyos

ÍNDICE

1.RESUMEN	3
2.INTRODUCCIÓN	5
3.OBJETIVOS	10
4.MATERIAL Y MÉTODOS	11
4.1.DISEÑO DE ESTUDIO	11
4.2.CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	11
4.3.PROTOCOLO DE ESTUDIO	11
4.4.VARIABLES A ESTUDIO.....	11
4.5.ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	13
5.RESULTADOS	13
5.1.ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA	13
5.2.DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE MOTIVARON A LA DETRANSICIÓN DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO	16
6.DISCUSIÓN	18
6.1.MOTIVO DE LA DETRANSICIÓN.....	18
6.2.DURACIÓN DE LA TRANSICIÓN.....	19
6.3.RELACIÓN DE LA DETRANSICIÓN CON DIFERENTES VARIABLES.....	19
6.4.ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL.....	20
6.5.POSIBLES LIMITACIONES DEL ESTUDIO:	21
7.CONCLUSIONES	21
8.BIBLIOGRAFÍA	21

1. RESUMEN

Introducción y objetivos: La detransición es un fenómeno poco frecuente, siendo un proceso heterogéneo mal estudiado. Por ello, los objetivos de este estudio son conocer mejor la incidencia de estas detransiciones así como describir las características de los sujetos y evaluar las causas que motivaron a ello.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de sujetos que inician la detransición seguidos en la unidad de incongruencia de género del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) de Enero 2014 a Diciembre 2023. Se registraron un total de 204 sujetos y se recogieron variables socio-demográficas, variables relacionadas con la transición, variables de la esfera psicológica y relacionadas con la detransición. El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 23.0.

Resultados: Se registraron un total de 7 sujetos con incongruencia de género que nacieron con sexo biológico masculino. El 100%, se identificaban como transgénero femenino. La edad de inicio de la transición fue a los 17 [13-22] años y la de detransición a los 24 [16-52] años. La duración de la transición fue de 2 [1-39] años. El 85,7% habían iniciado la transición hormonal, el 42,9% habían sido sometidos a algún tipo de cirugía de transición y el 71,42% habían iniciado la transición social. El 85,7% estuvieron con tratamiento hormonal, fundamentalmente terapia hormonal de afirmación de género. Respecto a la transición quirúrgica 2 sujetos realizaron mamoplastia y otro lo completó con vaginoplastia. Previo al inicio de la transición el 71,4% tenían apoyo psicológico fundamentalmente por trastorno del espectro autista. Durante el proceso de transición, 5 sujetos recibieron acompañamiento psicológico y en el proceso de detransición, uno de ellos, no continuó con el apoyo. Entre los motivos que llevaron a iniciar la detransición, el 57,1% presentaban dudas sobre su identidad de género, el 14,3% refirió deterioro en su calidad de vida sexual, el 14,3% refirió no haber obtenido los efectos corporales esperados y el 14,3% explicó la no necesidad de vivir su identidad de género. El 71,4% de ellos detuvieron la terapia hormonal, mientras que únicamente el 14,3% se sometió a terapia hormonal de reversión y otro 14,3% no había iniciado tratamiento.

Conclusiones: Nuestro trabajo refleja que las detransiciones fueron motivadas por diferentes causas en sujetos que habían recibido tratamiento médico y/o quirúrgico. Desde el punto de vista asistencial, quizá lo más importante, es la prevención de las detransiciones mediante unidades multidisciplinarias y atendiendo de forma adecuada la demanda de la persona

Palabras clave: disforia de género, transición, detransición, arrepentimiento, apoyo psicológico.

2. INTRODUCCIÓN

La definición de disforia de género ha sido objeto de múltiples cambios a lo largo de los últimos años y probablemente en el futuro seguirá habiendo cambios. A continuación, se recogen algunos de los términos que se utilizarán en este trabajo (1):

- Identidad de género: es la vivencia interna del género, tal y como la propia persona lo percibe y no de cómo lo perciben los demás. El término de identidad es algo muy amplio que puede incluir el aspecto físico, sentimientos y emociones, gustos y aficiones, forma de pensar, capacidades mentales y un largo etcétera. La identidad de género se autodetermina y no se diagnostica por terceros
- Sexo biológico: son las características biológicas que definen a los seres humanos como varones y hembras y dan lugar a un fenotipo con sus características anatómicas.
- Expresión de género: es la manifestación de la identidad de género de la persona, incluyendo forma de hablar, modo de vestir o comportamiento personal.
- Transexualidad que es un término en desuso que indica una discordancia entre el sexo biológico definido por la genitalidad asignada al nacer y la identidad de género de la persona.
- Trans o Trans*: término que refleja las distintas realidades o diversidades sexogenéricas y pretende cobijar la heterogeneidad a la hora de concebir el cuerpo, la identidad y las vivencias de cada persona, que van más allá de las normas sociales aprendidas y de los estereotipos.
- Disforia de género: es el malestar clínicamente significativo causado por la discordancia entre el sexo asignado al nacer y el género sentido. El término de “disforia de género” es una referencia hacia un síntoma (en el caso de que lo haya) y no a una condición diagnóstica.
- Disforia de inicio rápido o temprano: es aquella disforia que ocurre, sin ningún conflicto identitario previo y que de forma inesperada e insistente solicita adecuaciones corporales por referir que sufre disforia intensa por una incongruencia de género. Este proceso suele verse más frecuentemente en adolescentes

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Organización Mundial de la salud (OMS) han ido evolucionando sus modelos de clasificación de enfermedades. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) desarrollado por APA, se sustituyó el término de trastorno de identidad de género por disforia de género. Se recoge como disforia la incongruencia entre la identidad de género y el sexo asignado al nacer, así como el deseo del individuo de no poseer sus rasgos sexuales, tanto primarios como secundarios causando un malestar significativo y un deterioro funcional. En el 2022, la OMS publica la nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11). En esta edición, se retira la transexualidad del capítulo de enfermedades mentales e incorpora un capítulo especial denominado “condiciones relativas a la salud sexual” en donde se incluye la incongruencia de género. El CIE-11 define la incongruencia de género como la marcada y persistente incongruencia entre el género sentido o experimentado y el género asignado al nacer. (1)

Esta evolución en los sistemas de clasificación se ha llevado a cabo con el objetivo de despatologizar la disforia de género y con el ánimo de disminuir el estigma social que existía, así como mejorar la calidad de vida y la protección de sus derechos civiles. (2)

La atención, el apoyo y el acompañamiento a las personas trans se debe realizar en un primer momento en unidades multidisciplinares formadas por profesionales expertos de distintas áreas de la medicina. En general, suelen ser integrantes de especialidades como: pediatría, otorrinolaringología, geriatría, cirugía plástica, ginecología, urología, reproducción humana, genética, hematología, farmacología, salud mental, y endocrinología. El principal objetivo es el acompañamiento de la persona ya que la identidad de género se autodetermina y no se diagnostica por terceros. (1)

En estas unidades suele incluir profesionales de salud mental. Los estudios que tenemos hasta la fecha, orientan que las diversidades sexogenéricas no implican la existencia de otros trastornos psicológicos. Sin embargo, esta población puede presentar problemas psicosociales y de salud mental relacionados a los desafíos con los que se tienen que enfrentar para ser aceptados socialmente. (3)

Los principales problemas que se suelen observar son el rechazo social o familiar, posibles abusos y violencia sexual, discriminación laboral, acoso escolar, estigmatización, falta de autoestima, fobia social, trastornos de la conducta alimentaria, conductas autodestructivas (autolesivas y autolíticas), entre otras. Todo esto lleva a que estas personas, tengan más probabilidad de presentar problemas como depresión, intentos autolíticos, abuso de sustancias o problemas con la imagen corporal entre muchos otros.

El trabajo de la psicología en las unidades multidisciplinarias es valorar la demanda particular que puede tener cada persona y si precisa o desean acompañamiento durante el proceso de transición tanto el individuo como sus familiares. (3)

En los últimos años, la despatologización de la disforia de género por parte de instituciones internacionales, la mayor visibilidad en los medios de comunicación y la mayor aceptación social ha asociado que la demanda de atención sanitaria haya aumentado en nuestro país. (3)

La atención sanitaria integral debe tener como objetivos la valoración global de la persona, potenciar la autoestima y dotar de mayores habilidades sociales para manejar los síntomas disfóricos. Una vez controlados estos aspectos, la medicalización, en caso de que sea necesaria, tendrá mayores garantías de éxito. (3)

La medicalización no es el único recurso para la mejoría de la disforia. En caso de iniciarla, se aconseja que sea llevado a cabo por profesionales con experiencia y con conocimientos en el tema y consensuada por el individuo de acuerdo con sus necesidades y con la madurez de su identidad. Los documentos o guías de tratamiento más utilizadas hasta la fecha son las de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH 8.ª versión), y las guías clínicas de la Endocrine Society de 2017. Si bien, puede ser que en algunos puntos estén obsoletas y/o generen polémica. A parte de estas guías existen otros documentos de importancia como la guía australiana (*Australian Standards of Care and Treatment Guidelines*, la NHS) o las de la Universidad de San Francisco.(3)

Hay que tener en cuenta que en el momento actual no existen ensayos clínicos aleatorizados y que las recomendaciones se basan en recomendaciones de expertos, o en estudios con bajo nivel de evidencia. La mayoría de los estudios son retrospectivos de cohortes y han demostrado que el tratamiento hormonal es seguro.(3)

Inicialmente antes de comenzar un tratamiento hormonal de afirmación de género (THAG) se debe realizar una correcta anamnesis que incluya: (1)

- **Antecedentes familiares:** eventos vasculares, trombofilias y neoplasias hormonodependientes.
- **Antecedentes personales de interés:** alergias medicamentosas, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes psicosociales, antecedentes médicos de interés y antecedentes quirúrgicos, tratamiento médico que esté realizando.

- **Exploración física:** antropometría (peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, presión arterial), tensión arterial, caracteres sexuales secundarios y desarrollo puberal.
- **Pruebas complementarias:** se pueden realizar diferentes pruebas con el objetivo de identificar posibles patologías que contraindiquen de tratamiento hormonal de afirmación de género (THAG). En el momento actual, las distintas pruebas a realizar están recogidas en el protocolo vigente de Sacyl.

Es fundamental el control, si hubiera, de patologías así como la promoción de hábitos de vida saludable.

El inicio del THAG debe ser adaptado a los deseos de la persona transgénero, siendo una elección libre y con la suficiente capacidad para tomar una decisión plenamente informada y consentir el tratamiento. Para ello habrá tenido que ser informado de forma clara sobre los efectos de las hormonas, riesgo –beneficio y a las comorbilidades que puedan presentarse. (3)

El tratamiento se realizará dentro de la legislación nacional y autonómica vigente con la firma del consentimiento informado debidamente cumplimentado y custodiado. El seguimiento incluye vigilar tanto el cumplimiento como seguridad del tratamiento seleccionado.(3)

En ocasiones, se puede desear realizar alguna cirugía de confirmación. En nuestro país, las cirugías más frecuentemente demandadas son: mamoplastia, mastectomía, cirugía genital masculinizante y feminizante. La valoración de la intervención deseada deberá realizarse de forma individual y consensuada entre el usuario y el cirujano, explicando en qué consiste el acto quirúrgico, así como complicaciones que se pueden derivar del mismo. Es importante trabajar las expectativas que se pueden tener y en este ámbito puede ser necesario el apoyo de equipo multidisciplinar. Como en todo acto quirúrgico es importante que esté controladas cualquier comorbilidad que puede presentar el usuario, además es importante que el equipo quirúrgico tenga experiencia en el campo para evitar frustraciones y posteriores arrepentimientos y detransiciones. (3)

En los últimos años y sobre todo a partir del 2016 hemos podido ver un aumento de un fenómeno conocido como detransición. Se conoce como detransición al proceso personal de detener o revertir de manera total o parcial, los cambios sociales o físicos obtenidos con el tránsito. Es un proceso mal estudiado, poco frecuente, (aunque no se tienen datos de la prevalencia actual) y asocia a confusión terminológica.

No es de extrañar que se utilicen otros términos como arrepentimiento (regrets) o desistencia como sinónimos sin tener relación. En el caso de desistencia, hace referencia a la remisión de la disforia de género sin haber iniciado el proceso de afirmación de género.(3)

Aunque son pocos los datos que se tienen se cree que es más frecuentes en hombres “detrans” (*assigned male at birth = AMAB*), pero se visibilizan más en las mujeres (*assigned female at birth = AFAB*). (3)

En la literatura se recoge que se puede diferenciar distintos tipos de detransiciones: (3)

- **Detransiciones primarias**, genuinas o core: aquellas en las que la persona se reidentifica con el género asignado al nacer.
- **Detransiciones secundarias**, en las que la persona mantiene su identidad transgénero
- **Retransiciones**: procesos de redescubrimiento o conocimiento personal de las personas trans* que les puede conducir hacia formas no binarias que inicialmente no contemplaban o incluso a una desmedicalización por empoderamiento y ganancia de autoestima.

Se han intentado identificar las principales causas que pueden estar relacionadas con la detransicion. En la tabla 1, se reflejan:

Destransiones primarias:

- Insuficiente valoración de la persona, sus circunstancias y ecosistema
- Psicopatología confundente (autismo, trastorno de la conducta alimentaria, traumas infantiles, etc.)
- Medicalización irreflexiva de diversidades sexogenéricas
- Medicalización en fases fluidas de construcción identitaria
- Confusión entre identidad, orientación, expresión, rol, masculinidad, feminidad

Destransiones secundarias:

- Malos resultados médicos o quirúrgicos
- Intolerancia farmacológica
- Frustraciones no resueltas, expectativas no cumplidas
- Entorno o ecosistema hostil o transfobo
- Pérdida de apoyo familiar o de pareja
- Medicalización irreflexiva de la diversidad

Tabla 1. Causas de detransiciones (Modificado de Manual SEEN Incongruencia de género. Papel de la endocrinología en la atención integral a las personas transgénero y con diversidad sexogenérica Manual de Endocrinología y Nutrición - ISBN 978-84-606-8570-8 - 29/12/2023)

En el momento actual no hay datos epidemiológicos que permita conocer la prevalencia de este fenómeno. Según datos de series de Estados Unidos tienen una prevalencia del 13.1% o bien de 0.2% en datos de la serie holandesa. La situación de nuestro país no dista de la situación mundial, con escasa información de este proceso. La principal información procede de la Unidad de Identidad de Género de Valencia, que ha publicado datos de detransición entorno al 1,8% siendo la mayoría de ellas secundarias.(3)

Como ocurre en el proceso de transición, en la detransición puede ser necesario el apoyo psicológico atendiendo a las circunstancias y necesidades individuales. Del mismo modo, es necesario un seguimiento por parte un equipo multidisciplinar preparado para prestar la atención y orientación y acompañamiento necesario. La asistencia sanitaria debe de realizar una valoración adecuada de las historias identitarias, analizar el ecosistema en el que esta persona se desenvuelve, aportar los suficientes recursos y habilidades sociales con el fin prevenir las destransiciones. (3)

Dado los escasos datos epidemiológicos que existen sobre las destransiciones, desde el Servicio de Endocrinología de Hospital Clínico de Valladolid se plantea conocer las detransiciones de la Unidad de Incongruencia de Género. (3)

3. OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es evaluar y estudiar la incidencia de las detransiciones en la Unidad de incongruencia de género del Hospital Clínico de Valladolid (HCUV).

Los objetivos secundarios son:

- Describir las características de los sujetos que detransicionan.
- Evaluar las causas que motivaron la detransición.
- Comparar resultados de diferentes estudios realizados.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Aceptado por comité ético del HCUV con código PI-24-80-C.

4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Se incluye un total de 204 sujetos seguidos en la unidad de Incongruencia de Género de HCUV desde 1 Enero de 2014 hasta 1 Diciembre de 2023. En el estudio se incluyeron todos aquellos que presentaron detransición durante este periodo.

4.3. PROTOCOLO DE ESTUDIO

Los participantes del estudio fueron acogidos por los integrantes de la unidad del HCUV. Se siguieron las pautas recogidas en el protocolo vigente del Sacyl , incluyendo acogida a la unidad, realización de historia clínica completa y de pruebas complementarias en el caso que fuera oportuno y recogida y custodia del consentimiento informado en caso que se iniciara tratamiento hormonal.

Todas estas variables se registraron en una base de datos diseñada para el presente estudio. En caso de ausencia de alguna información clínica, se recurrió a los programas informáticos “Informes Clínicos” y “Jimena IV”.

4.4. VARIABLES A ESTUDIO

a) Variables socio-demográficas

- Sexo biológico: hombre/mujer
- Sexo sentido: Hombre/mujer/neutro
- Intervenciones: No intervenciones realizadas, mastectomía o mamoplastia, Histerectomía, cirugía de feminización o masculinización de la voz, vaginoplastia, mastectomía y anexectomía o histerectomía, mamoplastia y vaginoplastia,
- Edad (años) a los que se inicia la transición
- Edad (años) a los que se inicia la detransición
- Apoyo psicológico antes de la etapa de transición: si/no

b) Variables relacionadas con la transición

- Tipo de disforia de género: disforia de inicio rápido si/no
- Transición social: si/no
- Transición hormonal: si/no
- Transición quirúrgica: si/no
- Edad (años) a la que se inicia el tratamiento médico
- Apoyo psicológico durante la transición: si/no
- Apoyo familiar en la etapa de transición: si/no
- Tipo de tratamiento hormonal utilizado durante la etapa de transición: bloqueo puberal, terapia hormonal de afirmación de género (THAG) o ambas

c) Variables relacionadas con la esfera psicológica

- Antecedentes de alteración de la salud mental: si/no
- Tipo de psicopatología previa al inicio de la transición: depresión, ansiedad, ideas autolíticas, intento de suicidio, trastorno de la conducta alimentaria (TCA), trastorno del espectro autista, trastorno psicótico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias.

d) Variables relacionadas con la detransición

- Tiempo (en años) que transcurre desde que inicia la transición hasta que el sujeto inicia la detransición
- Tipo de detransición: primaria o secundaria
- Motivo que conlleva a la detransición: dudas en la identidad de género, no alivio de la disforia de género, no obtención de los efectos corporales esperados, deterioro de la calidad de la vida sexual, no necesidad de vivir su identidad de género, satisfacción con los cambios obtenidos o no deseo de avanzar más, encuentra otras alternativas

- Medidas adoptadas para la detransición: detección de la terapia hormonal, terapia hormonal de reversión, cirugía de reversión, no se ha iniciado el tratamiento
- Apoyo psicológico en la detransición: si/no

4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La base de datos está registrada en la Agencia Nacional de protección de datos (www.agenciadeprotecciondedatos.es) y cumplirá todo lo referente a la Ley de Biomedicina 14/2007 y el RD de biomuestras y biobancos RD 1716/2011. Los datos serán almacenados en una base de datos del paquete estadístico SPSS 23.0 (SPSS Inc. II, USA) con licencia oficial de la Universidad de Valladolid.

Se realizará un análisis de normalidad de las variables continuas con el test de Kolmogorov-Smirnov.

- Las variables continuas se expresarán como media (desviación standard), las variables paramétricas se analizarán con la t-Student no pareada y pareada, y las no paramétricas con los test de Friedman, Wilcoxon, K Kruskal y U-Mann. Si se precisan comparar variables en más de dos grupos se utilizará el test de ANOVA (con test post hoc de Bonferroni).
- Las variables cualitativas se expresarán como porcentajes (%) y se analizarán con el test de Chi-cuadrado (con correcciones de Fisher y Yates cuando sea necesario).

El nivel de significación para todas las pruebas del estudio fue del 5% ($\alpha=0,05$) y se utilizaron en todos los casos test bilaterales.

5. RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

Se registraron un total de 7 sujetos con incongruencia de género que nacieron con sexo biológico masculino. De ellos 7 (100%) se identificaban como transgénero femenino. La edad de inicio de la transición fue a los 17 [13-22] años y la de detransición fue a los 24 [16-52] años.

La duración de la transición fue de 2 [1-39] años. De todos los sujetos 6 (85,7%) habían iniciado la transición hormonal, 3 (42,9%) se habían sido sometidos a algún tipo de cirugía de transición y 5 (71,42%) habían iniciado la transición social.

En la tabla número 1 se recogen los datos sobre los sujetos del estudio.

Sujeto	Sexo biológico	Edad inicio transición (años)	Transición social	Transición Hormonal	Transición quirúrgica	Edad inicio detransición (años)	Tiempo entre transición y detransición (años)
1	Hombre	17	SI	SI	SI	43	29
2	Hombre	22	SI	SI	NO	24	2
3	Hombre	15	SI	SI	NO	16	1
4	Hombre	14	SI	SI	SI	43	29
5	Hombre	19	NO	SI	NO	20	1
6	Hombre	17	NO	NO	NO	18	1
7	Hombre	13	SI	SI	SI	52	39

Tabla número 1: Variables epidemiológicas y relacionadas con el transición realizada de las personas que destransicionaron

Del total de la muestra, 3 sujetos presentaron disforia de inicio rápido y otros 3 de ellos no la presentaron. 6 sujetos estuvieron con tratamiento hormonal, fundamentalmente terapia hormonal de afirmación de género (THAG). Respecto a la transición quirúrgica 2 sujetos realizaron mamoplastia y otro lo completó con vaginoplastia. Los tipos de tratamiento hormonal y cirugías a las que se habían sometido los sujetos aparecen reflejados en la tabla número 2.

Sujeto	Disforia inicio rápido	Tto Hormonal	Cirugía
1	NO	THAG	Mamoplastia
2	NO	THAG	-
3	NO	THAG	-
4	SI	THAG	Mamoplastia
5	SI	THAG	-
6	SI	THAG	-
7	¿	¿	Vaginoplastia

Tabla número 2: tipos de intervenciones quirúrgicas y tipo de transición hormonal que reciben los sujetos del estudio

De los sujetos sometidos al estudio se identificaron comorbilidades psicológicas en 5 (71,4%), que se recogen en la tabla 3 y en la figura 1. Previo al inicio de la transición 5 sujetos (71,4%) recibían apoyo psicológico fundamentalmente por trastorno del espectro autista. En cuanto al apoyo familiar recibido durante la transición, 5 (71,4%) de los sujetos recibieron este apoyo.

Sujeto	Apoyo psicológico pre-Transición	Apoyo psicológico durante Transición	Apoyo familiar durante transición	Apoyo psicológico detransición	Alteración salud mental previo	Tipo de alteración salud mental
1	NO	SI	NO	SI	SI	Ansiedad
2	SI	NO	SI	NO	NO	-
3	SI	SI	SI	SI	SI	Trastorno conducta alimentaria
4	NO	NO	NO	NO	NO	-
5	SI	SI	SI	SI	SI	Trastorno espectro autista
6	SI	SI	SI	SI	SI	Trastorno espectro autista
7	SI	SI	SI	NO	SI	Intento de suicidio

Tabla número 3: datos sobre el apoyo psicológico y familiar recibido y la presencia de comorbilidades psicológicas asociadas en cada uno de los sujetos

COMORBILIDADES PSICOLOGICAS ASOCIADAS

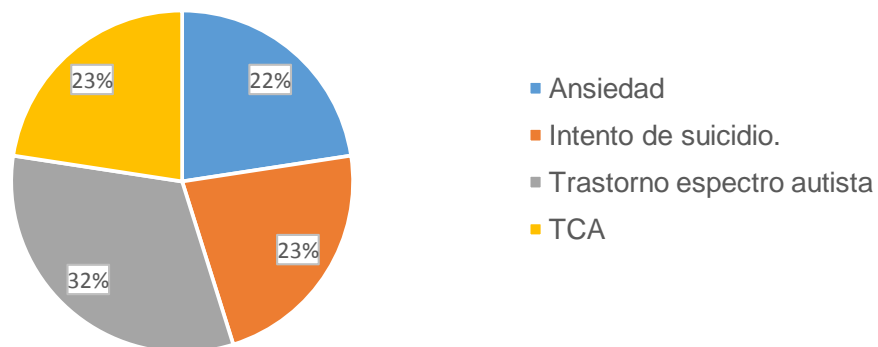


Figura número 1: tipos de alteraciones de la salud mental previo al proceso de transición

5.2. DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE MOTIVARON A LA DETRANSICIÓN DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO

Del total de la muestra, 4 sujetos (57,1%) presentaron detransición primaria. Entre los motivos que llevaron a iniciar la detransición, 4 (57,1%) de los participantes presentaban dudas sobre su identidad de género, 1 (14,3%) refirió deterioro en su calidad de vida sexual, otro refirió no haber obtenido los efectos corporales esperados y, el último, explicó como motivo la no necesidad de vivir su identidad de género.

Respecto a las medidas que se adoptaron para llevar a cabo la detransición, 5 personas (71,4%) detuvieron la terapia hormonal, mientras 1 (14,3%) se sometió a terapia hormonal de reversión y otra (14,3%) no había iniciado tratamiento.

En la *tabla 4* se recogen las características de la detransición y en la *figura 2* la distribución de los motivos de detransición.

Sujeto	Tipo de detransición	Motivo de detransición	Medidas de detransición
1	Secundaria	Deterioro de la calidad de la vida sexual	Detener terapia hormonal
2	Secundaria	No necesidad de vivir su identidad de género	Detener terapia hormonal
3	Secundaria	No efectos corporales esperados	Detener terapia hormonal
4	Primaria	Dudas sobre la identidad de género	Detener terapia hormonal
5	Primaria	Dudas sobre la identidad de género	Detener terapia hormonal
6	Primaria	Dudas sobre la identidad de género	Terapia hormonal de reversión
7	Primaria	Dudas sobre la identidad de género	No iniciado tratamiento

Tabla número 4: datos sobre la detransición de cada uno de los sujetos del estudio, tipo, motivo y medida que se adoptó.

Motivo de detransición

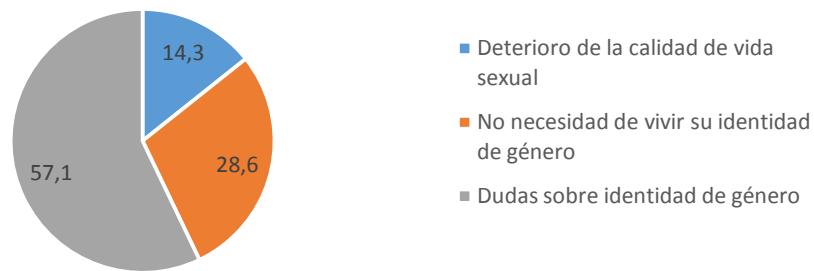


Figura número 2: motivos de detransición

Se analizaron diferentes factores que se consideraron que podían influir en el tiempo en el que los sujetos del estudio iniciaron la detransición (periodo inferior de 2 años vs periodo superior a 2 años con el tratamiento). En este caso, no hay evidencia suficiente para afirmar que alguna de estas variables está significativamente asociada con el tiempo de detransición en esta muestra.

Variable	Tiempo transición <2 años 4 (57,14%)	Tiempo transición >2 años 3 (42,85%)	p
Edad (años) (>17 años n =4)	3	1	0,710
Apoyo psicológico pre-transición (n=5)	4	1	0,277
Apoyo psicológico durante transición (n=5)	3	2	1,00
Transición quirúrgica (n=3)	0	3	0,061
Apoyo familiar durante transición (n=5)	4	1	0,277

Tabla número 5: análisis de factores que pueden influir en el tiempo de transición

6. DISCUSIÓN

Presentamos nuestro estudio con una cohorte de sujetos designados al nacer con género masculino que decidieron transicionar al género femenino. Comparando los resultados de nuestro estudio con otros estudios realizados podemos sacar algunas conclusiones, así como diferencias y similitudes entre ellos.

Como hemos podido observar en los resultados de nuestro estudio el 100% de los sujetos iniciaron la transición con una edad inferior a los 18 años. Estos datos se asemejan a los publicados en otros estudios como el estudio realizado a 226 sujetos en la Universidad de Identidad de Género (UIG) Valencia Doctor Peset en el que la edad de inicio de transición fue a los 13.6 años. (4)

6.1. MOTIVO DE LA DETRANSICIÓN

Analizando los motivos de la detransición uno de los que se tiene en cuenta de manera fundamental es el arrepentimiento. Sin embargo, el proceso de detransición no tiene por qué asociarse con el arrepentimiento. Cuando se analizó este motivo como la variable fundamental de la detransición se observó que las tasas eran bastante bajas.

De hecho, en un meta análisis que incluía a 7928 individuos que se habían sometido a cirugía de afirmación de género se obtuvo que solo el 1% de ellos habían sentido arrepentimiento después del proceso. Sin embargo, algunos estudios podrían subestimar las tasas de arrepentimiento debido a la probabilidad de que los sujetos abandonen el seguimiento en aquellas clínicas donde previamente eran seguidos. Si asumimos que los estudios clínicos subestiman las tasas de arrepentimiento podríamos estimar estas tasas fueran en torno a un 5%. (4)

En un estudio holandés que incluyó a casi 7000 personas que recibieron terapia hormonal y cirugía entre 1972 y 2015, demostró que, aquellos que se sometieron a cirugía tenían las tasas de arrepentimiento bajas (0.3% en hombres-trans y 0.6% en mujer –trans) con un tiempo medio de arrepentimiento de 11 años. Este estudio también refleja alta tasas de pérdida de seguimiento. (2)

Si observamos los motivos de detransición en nuestro estudio ninguno presentó como motivo de detransición arrepentimiento, siendo el motivo más frecuente (57,14%) las dudas sobre la identidad de género.

Muchas veces estos motivos se tratan de factores externos, es decir, discriminación o falta de apoyo de familiares y seres queridos, así como las dificultades para adaptarse a la sociedad actual por ejemplo a la hora de encontrar empleo. La importancia de factores externos en la decisión de detransicionar se estudió en una evaluación de 2,242 personas que habían iniciado la detransición, de las cuales el 83% mencionó al menos 1 de estos factores externos como motivo de su decisión de detransicionar. (2)

A nivel nacional es estudio de la Unidad de Identidad de Género (UIG) Valencia Doctor Peset, con una cohorte de 226 personas observó que 14 de ellas iniciaron la detransición y en el 35,7% la causa de su detransición fue la falta de apoyo familiar, seguida con insatisfacción personal (21,4%) (5)

Un dato importante que hemos podido observar comparando diferentes estudios es que la presencia de intervenciones quirúrgicas de afirmación de género conlleva un retraso de la decisión de iniciar la detransición. En nuestro estudio los sujetos que presentaban una transición quirúrgica (42,9%) tardaron 29 [29-39] años en comenzar la detransición a diferencia de aquellos sin ningún tipo de intervención (57,1%) que tardaron 1 año en iniciar la misma [1-2].

6.2. DURACIÓN DE LA TRANSICIÓN

Según datos de 175 sujetos estudiados en United Kingdom (UK) se observó que el 6,9% de los participantes comenzó la detransición a los 16 meses de iniciar la transición y un 3,4% no cumplió criterios de detransición pero tenía un patrón muy sugestivo de detransición.(2). Otro estudio de Estados Unidos de 862 personas reflejó que el 25,6% de los individuos menores de 18 años habían interrumpido el tratamiento hormonal en los siguientes 4 años a su inicio. (5)

En nuestro estudio, la duración de la transición tuvo una mediana 2 [1-39] años, aproximándose a los datos ofrecidos por los estudios previamente mencionados.

6.3. RELACIÓN DE LA DETRANSICIÓN CON DIFERENTES VARIABLES

En el estudio de la Unidad de Identidad de Género (UIG) Valencia del Hospital Doctor Peset, observaron que la mayoría de edad legal (OR 0.04, IC 95% 0.01-0.22, p 0.001) fue factor protector de la detransición y que el género no binario (OR 184.8, IC 95% 4.95-6894.07, p 0.005) y la falta de apoyo familiar (OR 108.79, IC 95% 9.09-1301.51, p <0.001) resultaron ser un factor de riesgo. (4)

Se ha visto que el apoyo familiar tiene una relación significativa con la detransición y es causa de inicio de la misma en una gran parte de sujetos. En nuestro estudio hemos valorado factores de riesgo (entre ellos el apoyo familiar) que puedan influir en si el periodo de tiempo en que se inicia la detransición es más acortado o no, sin encontrar relación. Esto puede ser debido a que el tamaño muestral de nuestro estudio es reducido, y limita la relación en caso que la hubiere.

Hay un reconocimiento cada vez mayor por parte de los clínicos sobre la necesidad de apoyar a los sujetos que detransicionan, creyendo que es necesario un apoyo psicológico continuo para el manejo de posibles comorbilidades que acompañen al proceso de la detransición como pueden ser la ansiedad o la vergüenza que pueden sentir al iniciar la detransición.(2) Es fundamental que los clínicos comuniquen a los individuos que van a seguir guiándoles en su evolución, pues se ha visto en un estudio realizado por MacKinnon et al. que algunos sujetos que detransicionan lo hacen suspendiendo de manera brusca la terapia hormonal, debido al estigma que existe. (4)

En nuestro estudio analizamos la influencia de la edad de inicio de la transición o el apoyo psicológico recibido con la duración de la misma, sin encontrarse un resultado estadísticamente significativo. Esto puede ser atribuido al tamaño muestral. Es interesante que se sigan recogiendo datos para poder realizar este tipo de valoraciones en un futuro.

6.4. ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL

Se ha visto que la presencia de problemas de salud mental así como problemas neurodegenerativos provocan un empeoramiento de la presentación clínica de la incongruencia de género, como por ejemplo el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Por esto es de crucial importancia el apoyo psicológico en el proceso inicial de la transición (1)

En el estudio antes mencionado del Hospital Doctor Peset, el 87,61% de las personas presentaba, además, algún problema de salud mental siendo mayoritariamente la depresión (29,3%). De los 226 sujetos, 14 de ellos iniciaron la detransición y el 50% de estos tenían algún tipo de comorbilidad psicológica, volviendo a ser la más frecuente la depresión (57,14%) (4)

En nuestro estudio presentaban antecedentes de salud mental un total de 5 de nuestros 7 individuos (71,4%), siendo la comorbilidad asociada más frecuente el trastorno del espectro autista.

6.5. POSIBLES LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Las posibles limitaciones de este estudio podrían ser el tamaño de la muestra, no representando esta al total de la población, sino a una pequeña parte de aquellos sujetos que buscan ayuda clínica cuando inician su detransición.

Serán necesarios más estudios como este con muestras más amplias de sujetos para intentar identificar de manera más precisa cuales son los principales motivos que llevan a un sujeto a iniciar la detransición, así como los posibles factores predictores de la misma.

7. CONCLUSIONES

Existen muchas razones y experiencias que conducen a los sujetos a detransicionar. Es fundamental resaltar la importancia de proporcionar a estos sujetos un apoyo psicológico de manera continua y especializada durante todo el proceso, tanto durante la transición como durante la detransición, así como la necesidad de un enfoque a nivel multidisciplinar y personalizado.

Nuestro estudio resalta la necesidad de realizar más investigaciones sobre el tema, para lograr entender de manera más precisa sus causas y poder desarrollar estrategias efectivas para que los individuos reciban el apoyo necesario para su bienestar, tanto físico como psicológico.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. A.Becerra Fernández, G. Pérez López. Manual de Medicina Transgénero. Editorial Médica Panamericana;
2. Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties | Archives of Sexual Behavior [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-023-02626-2>
3. Marcelino Gómez Balaguer. Patricia Cabrera García. Mónica Tomé García. Tema 1. Incongruencia de género. Papel de la endocrinología en la atención integral a las personas transgénero y con diversidad sexogenérica. En: Manual de Endocrinología y Nutrición.
4. DD66106.pdf [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD66106.pdf>
5. Dolotina B, Daniolos PT. Dynamic Gender Identities and Expressions: Detransition and Affirming Non-linear Gender Pathways Among Transgender and Gender Diverse Youth. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 1 de octubre de 2023;32(4):803-13.

Autora: Sandra García del Amo
Tutora: Dra. Esther Delgado García/ Dra Emilia Gómez Hoyos
Servicio de Endocrinología Hospital Clínico Universitario Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La detransición es un fenómeno poco frecuente, siendo un proceso heterogéneo **mal estudiado**. El objetivo es evaluar la incidencia de las detransiciones, conocer sus causas y características.

MATERIAL Y MÉTODOS

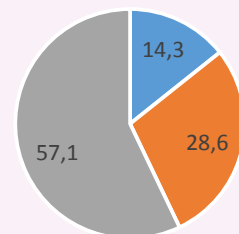
Estudio **retrospectivo, descriptivo y analítico** de una cohorte de 204 sujetos seguidos en la unidad de incongruencia de género del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) de Enero 2014 a Diciembre 2023. Se registraron variables demográficas, relacionadas con la transición, con la esfera psicológica y con la detransición.

RESULTADOS

Se registraron un total de **7 sujetos** con incongruencia de género que nacieron con sexo biológico masculino. La edad de inicio de la transición fue a los 17 [13-22] años y la de detransición a los 24 [16-52] años. La duración de la transición fue de 2 [1-39] años.

n	Transición social	Transición Hormonal	Transición quirúrgica	Disforia de inicio rápido
1	SI	SI	SI (mamoplastia)	NO
2	SI	SI	NO	NO
3	SI	SI	NO	NO
4	SI	SI	SI (mamoplastia)	SI
5	NO	SI	NO	SI
6	NO	NO	NO	SI
7	SI	SI	SI (mamo+vaginoplastia)	¿?

Motivo de detransición



- Deterioro de la calidad de vida sexual
- No necesidad de vivir su identidad de género
- Dudas sobre identidad de género

Tabla 1: variables relacionadas con la transición

n	Apoyo psicológico pre-Transición	Apoyo psicológico durante Transición	Apoyo familiar durante transición	Apoyo psicológico detransición	Alteración salud mental previo	Tipo de alteración salud mental
1	NO	SI	NO	SI	SI	Ansiedad
2	SI	NO	SI	NO	NO	-
3	SI	SI	SI	SI	SI	Trastorno conducta alimentaria
4	NO	NO	NO	NO	NO	-
5	SI	SI	SI	SI	SI	Trastorno espectro autista
6	SI	SI	SI	SI	SI	Trastorno espectro autista
7	SI	SI	SI	NO	SI	Intento de suicidio

Tabla 2: datos sobre el apoyo psicológico y familiar recibido y la presencia de comorbilidades psicológicas asociadas en cada uno de los sujetos

Se analizaron diferentes factores (edad mayor 17 años, apoyo psicológico pre y durante la transición, apoyo familiar durante transición y transición quirúrgica) y no se encontró evidencia suficiente para afirmar que alguna de las variables está significativamente asociada con el tiempo de detransición en esta muestra.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA



Las detransiciones fueron motivadas por diferentes causas en sujetos que habían recibido tratamiento médico y/o quirúrgico. Desde el punto de vista asistencial, quizá lo más importante, es la prevención de las detransiciones mediante unidades multidisciplinares y atendiendo de forma adecuada la demanda de la persona.