

■ Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia

Nuria Asenjo-Araque, Cristina García-Gibert, José Miguel Rodríguez-Molina, Antonio Becerra-Fernández y M^a Jesús Lucio-Pérez y Grupo GIDSEEN
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Resumen

Este trabajo describe cuantitativamente la casuística de la Unidad de Identidad de Género del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid desde 2009 hasta 2013. También se expone la persistencia de este diagnóstico en el tiempo según los datos obtenidos en nuestra unidad y se comparan estos datos con los de unidades similares. La muestra estuvo compuesta por 45 pacientes con una media de edad de 16 años. Se consultó la base de datos Pubmed para la obtención de resultados acerca de la persistencia del diagnóstico en unidades similares. Se exponen datos cuantitativos sobre la atención psicológica a este tipo de pacientes y se comentan variables relacionadas con la persistencia y estabilidad del diagnóstico en el tiempo, concluyendo diferencias entre los resultados obtenidos en nuestra unidad y las revisadas en este aspecto. Teniendo en cuenta la demanda de atención profesional en la unidad, la atención a menores es suficientemente importante como para necesitar de un abordaje específico y especializado. Los resultados discordantes en referencia a la persistencia del diagnóstico, en comparación con otras unidades hace necesario seguir investigando de forma longitudinal el curso de los síntomas referentes a la disforia de género.

Palabras clave: transexualidad, disforia de género, trastorno de identidad de género, menores, adolescentes.

Abstract

Gender dysphoria in children and adolescents: A review of the approach, diagnosis and its persistence. This article describes quantitatively the casuistry of the Gender Identity Unit (Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid) from 2009 to 2013. Furthermore the persistence of this diagnosis over time according to the data obtained in our unit is put forward and this data is compared with that of similar units. The sample consisted of 45 patients with an average age of 16 years old. Pubmed database was consulted to obtain results on the persistence of the diagnosis in similar units. Quantitative data on the psychological care given to these types of patients are presented and the variables related to the persistence and stability of the diagnosis over time are discussed, concluding differences between the results obtained in our unit and those revised on this aspect. Considering the demand of professional care in the unit, the care of minors is sufficiently important to need a specific and specialized approach. The opposing results regarding the diagnostic persistence, in comparison to other units emphasizes the need for further longitudinal research on the state of the symptoms in relation to gender dysphoria.

Keywords: transsexuality, gender dysphoria, gender identity disorder, underage, adolescents.

El diagnóstico de Disforia de Género en la Infancia/Disforia de Género en la Adolescencia (DSM-V; APA, 2014), antes denominado Trastorno de Identidad de Género en la infancia/adolescencia (DSM-IV-TR; APA 2005 y CIE-10; OMS, 2000), es un cuadro descrito recientemente. Las Unidades de Identidad de Género han debido ajustar y reelaborar su protocolo de abordaje, dado que es un diagnóstico extenso, complejo y muy individualizado (Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011; Berguero,

Cano, Giraldo, Esteva, Ortega y Gómez, 2004; Spack et al., 2012).

La atención a personas con Disforia de Género (DG) implica asegurar una correcta respuesta a la demanda que expone el paciente. La atención a menores bajo esta condición añade características diferenciales que influirán en la exploración y el abordaje posterior. En los niños y adolescentes se pueden presuponer dificultades en cuanto a la habilidad para expresar su estado, en muchas ocasiones en base al discurso subjetivo de los padres o tutores responsables de su cui-

Correspondencia:

Nuria Asenjo Araque.

Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Crtra. Colmenar Viejo, Km.9, 100-28034. Madrid - España.

E.mail: nasenjo@gmail.com

Grupo GIDSEEN: Grupo de trabajo de Identidad Sexual y de Género de la Sociedad Española de Endocrinología

dado (Becerra et al., 2010). Además al ser el paciente un sujeto en desarrollo, se presupone que todo en lo que está inmerso el menor es cambiante, inestable o inmaduro. Podríamos decir que es necesario discernir con un criterio objetivo qué es lo que demanda el menor y si lo que demanda tiene que ver con el género, en este caso, o más bien con el proceso de reafirmación de su personalidad propio de la edad en la que se encuentra.

Respecto a la población diana en cuestión (menores que expresan síntomas relativos a su identidad de género) la labor profesional es doblemente complicada al tener que, por un lado, ofrecer un diagnóstico seguro que confirme la situación en la que se encuentra el menor y por otro que dé seguridad a la familia, de modo que ese diagnóstico sea veraz, auténtico y se mantenga en el tiempo. Este último punto es crucialmente significativo, puesto que no se consigue a corto plazo el adaptar ideas, imagen, vínculo y relación construida con un hijo/a, que a pesar del sorteo genético de la asignación sexual, tiene una identidad sentida y vivenciada que no le corresponde.

En la Unidad Trastornos Identidad de Género (UTIG) de Madrid en los últimos cuatro años se ha visto triplicada la demanda de casos de menores que solicitan atención. La mayor parte son derivados por sus médicos de Atención Primaria o pediatras y también por los psicólogos y psiquiatras infanto-juveniles de los Centros de Salud Mental de referencia. Actualmente no existen profesionales especializados en el diagnóstico e intervención de estos pacientes, salvo en las unidades específicas para el abordaje de la DG.

El hecho de que el inicio de la atención a dicha condición en el ámbito infanto-juvenil desde la sanidad pública sea relativamente reciente y que la atención a menores implique cierto ajuste de la atención y el tratamiento respecto al trato en adultos, hace necesaria una revisión de la casuística atendida en la unidad y de su curso, comparando éste con los datos de otras unidades especializadas. En este sentido no existe demasiada literatura acerca de la frecuencia de la DG, uno de los motivos es su reciente abordaje. Aún y así este análisis puede determinar el camino que sigan las intervenciones realizadas, el planteamiento de tratamientos permanentes o que tengan efectos a largo plazo.

Método

En este estudio se examinó al total de los pacientes menores y sus familias, que accedieron a la UTIG de Madrid desde 2009 hasta 2013. Para el análisis de la casuística en relación a los menores atendidos en la unidad, se examinaron las historias clínicas de los menores en tratamiento como de los mayores de 18 años que iniciaron su tratamiento siendo menores, obteniendo una muestra total de 45 menores, junto a sus familias.

Para realizar un diagnóstico fiable, la evaluación se basa en la entrevista clínica, a través de la cual se realiza una anamnesis pormenorizada que abarca todas las áreas del paciente y su historia vital. Además se recurre a otras técnicas como los diarios de actividades cotidianas, el registro de ítems descriptivos del estado de ánimo del menor, así como el nivel de malestar que experimenta en su día a día. Esta información proviene del propio paciente y de la familia.

Para el diagnóstico en población adulta se emplean una serie de instrumentos como la entrevista clínica, para la recogida de la historia psico-biográfica (Asenjo-Araque y Rodríguez-Molina, 2009).

En relación al encuadre dentro de la consulta con el psicólogo, es destacable resaltar que al paciente menor no se le administra ningún tipo de prueba objetiva, ni cuestionario para adolescentes o adultos

que “midan” su transexualidad, sino que, más bien se trata de un periodo dilatado en el tiempo hasta su mayoría de edad, donde se le procura, al menor y a la familia, un espacio libre para expresar sentimientos, pensamientos, experiencias, recuerdos, emociones, etc., relativas a la auténtica identidad del paciente desde que nace hasta que llega a la consulta y como hemos mencionado, durante las consultas con el psicólogo. Esta diferencia se basa en las características particulares de la atención a menores, sobre las que podemos considerar que un seguimiento longitudinal es indispensable para realizar un diagnóstico fiable, y no su evaluación en un único punto en el tiempo. Más adelante se recoge información relativa al diagnóstico diferencial respecto a otros cuadros descritos dentro del DSM-5 (APA, 2014) que correlacionen con la transexualidad (aversión sexual, dismorfofobia, etc.) (Rodríguez, Asenjo, Lucio y Becerra, 2011). Por último, recopilamos toda la información para comprobar si el menor cumple los criterios del diagnóstico de Disforia de Género en Infancia descrito en el DSM-5, a lo largo del periodo en el cual acude a citas con el psicólogo/a hasta cumplir la mayoría de edad.

El paciente es atendido durante este periodo por el coordinador de la UTIG, que da la bienvenida al paciente y a su familia, establece el primer contacto y se proporciona información sobre el proceso que se llevará a cabo; la gestora de pacientes, socióloga, incluye al paciente menor en un registro a fin de categorizar y enumerar las demandas expresadas para, en otro momento del proceso, si se confirma el diagnóstico, gestionar y facilitar coordinación multidisciplinar que el paciente requiera (psicología, endocrinología, psiquiatría, cirugía). Proporciona también informes escritos, asesoramiento registral, legal, etc.; y el psicólogo/a de la UTIG, quien atiende tanto al menor como a la familia (de forma individual y grupal). Un desarrollo más detallado de nuestra guía de atención al menor lo encontrarán publicado recientemente (Asenjo-Araque, Rodríguez, Portabales, López, Escolar y Becerra, 2013). En este marco de atención se ha garantizado la fiabilidad del diagnóstico y por tanto el poder determinar o no su persistencia a lo largo del tiempo.

Resultados

Se describen en este apartado cuantitativamente los datos recogidos desde Mayo de 2009 hasta diciembre de 2013 en los últimos cuatro años de actividad en la UTIG de Madrid. En este periodo fueron atendidos 45 casos, la mayoría de ellos accedieron a la Unidad entre los 15 y 17 años. Fueron derivados a la Unidad por su pediatra o médico de cabecera de atención primaria y sólo dos de ellos fueron derivados por los Servicios de Salud Mental Infanto-Juveniles de área. En la UTIG de Madrid han pasado por la Unidad 28 casos de Hombre (H) a Mujer (M) y 17 de M a H.

Los datos por rango de edad de los menores de 18 años: hasta los 11 años: 5 casos de H a M. De 12-14 años: 2 casos de M a H. De 15-17 años: 8 casos de H a M; 4 casos de M a H (19 menores de 18 años). El resto a fecha 2014 han superado la mayoría de edad (25 adultos que accedieron siendo menores de 18 años). El número total de casos de menores de 18 años (en el momento en que acudieron) en los que persiste el diagnóstico y que continúan siguiendo el tratamiento en la UTIG: es de 43 (95% del total).

El número de menores que abandonaron la UTIG antes de la mayoría de edad de 2 (4,4%) por motivos de cambio de residencia. El número de menores y adolescentes con los que se ha intervenido a nivel familiar ha sido de 42 (95%). La media de asistencia en cuanto a las familias de menores que acuden al Programa de Escuela de

Familias grupal, mensual es de 8 familias. El número de familias que asisten a atención individualizada con citas semanales es de 18.

Haremos referencia a continuación los resultados obtenidos en cuanto a persistencia del diagnóstico y continuación de tratamiento por parte de los menores, en otras unidades especializadas, en base a los estudios realizados en los últimos años (Tabla 1). Los resultados obtenidos en cuanto a la persistencia del diagnóstico son menores de los que encontramos en el análisis de la situación en nuestra unidad (95%), frente a los resultados obtenidos en otras unidades similares (entre el 27% y el 81%).

en nuestra unidad, no podríamos decir con certeza que correspondan a personas en las que haya desistido la DG, ya que el abandono de la unidad se justificó por un cambio de residencia.

Una de las hipótesis que se plantea respecto a estas diferencias en los resultados sobre persistencia del diagnóstico en las diferentes unidades es que posiblemente el filtro de derivación a la unidad sea diferente en cada de ellas. Profesionales más conocedores de la existencia de la unidad y de la forma de derivación, aunque no tan conocedores de las condiciones exigidas para determinar la DG, pueden derivar casos menos claros de disforia de género o que corresponden a otras variantes de género

Tabla 1. Datos sobre la persistencia de Disforia de Género en menores con seguimiento en unidades especializadas

Ciudad, País	Autor, año	Muestra (edad ^a)	Resultados (% persistencia)
Amsterdam, Holanda	Steensma et al. (2013)	127 (mayores de 15 años)	47 (37%)
Melbourne, Australia	Hewitt et al. (2012)	21 (adolescentes ^b)	17 (81%)
Amsterdam, Holanda	Steensma et al. (2011)	53 (menores de 14 años)	29 (54.7%)
Amsterdam, Holanda	Wallien et al. (2008)	77 (mayores de 16 años)	21(27%)

^aSe indica la edad en el momento de la última evaluación para detectar si el diagnóstico persiste.

^bNo se indica la edad.

Discusión

Es fundamental un diagnóstico fiable y válido de la transexualidad en menores, apoyado en un seguimiento riguroso y continuo del menor, hasta el cumplimiento de su mayoría de edad, y de su familia si es abordable (Vanderburgh, 2009). Posteriormente y después de la confirmación del diagnóstico, son básicas las entrevistas de apoyo al menor y a la familia, en el proceso de construcción de identidad de género sentida.

En referencia al abordaje terapéutico que se realiza en la UTIG de Madrid, encontramos un alto porcentaje de menores que continúan su seguimiento después de la mayoría de edad y a los que no se les ha administrado ningún tipo de fármaco hormonal siendo menores. En base a la evaluación psicológica realizada una vez se alcanza la mayoría de edad (test de personalidad, *screening* psicopatológico, test de ansiedad y depresión, escalas de satisfacción con la vida, etc.) no se evidencian puntuaciones destacables por encima de la población general. Por tanto extraemos como conclusión que el tipo de abordaje planteado podría minimizar los síntomas de DG, previniendo con un tratamiento globalizado (menor y familia) el desarrollo de cuadros clínicos psicopatológicamente significativos.

Respecto a la persistencia del diagnóstico, a pesar de que se ha publicado datos cuantitativos de otros autores resultan contradictorios (Cohen-Kettenis y Van Goozen, 1997; Hewitt, Kasianan, Grover, Newman y Warne, 2012; Steensma, Biemond, de Boer y Cohen-Kettenis, 2011; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman y Cohen-Kettenis, 2013; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008; Zucker, 2005).

Nuestros datos hasta la fecha objetivan un número elevado de casos de menores vistos en edades tempranas, en los que se confirma y se mantiene su diagnóstico de disforia de género, después de la mayoría de edad.

Aludiendo a los dos casos que no continuaron el seguimiento

que finalmente no resultarán en una persistencia de la disforia. También puede que la detección sea más temprana gracias a este conocimiento, con lo cual hay más probabilidad de que, a medida que va acercándose la mayoría de edad, más casos correspondan a otras condiciones y no a la disforia de género (Steensma et al., 2013).

Por otro lado, el estudio de esta cuestión es complicada en sí misma, ya que exige estudios longitudinales, en los que muchas veces se pierden datos y sobre los que es difícil hipotetizar la causa de su pérdida. En este sentido, los estudios que encontramos, se ven limitados de esta manera en primer lugar: el hecho de considerar como casos en los que ha desistido el diagnóstico aquellos que no responden en el momento de la última evaluación, o que han abandonado la unidad (considerando que, al ser la única especializada de referencia, las personas que no asisten no requieren de tal tratamiento).

En segundo lugar se requeriría un seguimiento a más largo plazo. Por ejemplo, algunos de ellos evalúan si ha desistido el diagnóstico o no a los 14, 15 o 16 años. Pero no podemos saber si las personas que en ese momento han decidido detener el seguimiento requerirán de éste más adelante al no conocer la causa del abandono.

De esta manera podemos concluir la necesidad de definir claramente lo que podemos considerar como personas que desisten en su disforia de género versus personas que abandonan el seguimiento de las unidades especializadas; el seguimiento de estas últimas (teniendo en cuenta las dificultades que esto implica); y la necesidad de estudios longitudinales que hagan un seguimiento más allá de la mayoría de edad.

Artículo recibido: 06/10/2014

Aceptado: 06/12/2014 Referencias

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (APA) (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asenjo-Araque, N. y Rodríguez-Molina, J. M. (2009). EEPPT: Entrevista de Evaluación Psicológica a Pacientes con TIG. *Documento sin publicar*. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal.
- Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid). *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 37(2), 87-92.
- Asenjo-Araque N., Rodríguez J. M., Portabales L., López B., Escolar, M. y Becerra A. (2013). La Transexualidad en niños y adolescentes: Nuestra experiencia en la unidad de trastornos de identidad de género (UTIG) del Hospital Ramon y Cajal de Madrid. *Avances en Psicología Clínica*, Libro de Capítulos, págs.773-778. ISBN: 978-84-695-6987-0
- Becerra A., Lucio-Pérez M., Rodríguez-Molina J.M., Asenjo-Araque N., Pérez-López G., Frenzi M. y Menacho M. (2010). Transexualidad y Adolescencia. *Revista Internacional de Andrología*, 8(4),165-171.
- Bergero-Miguel, T., Cano-Oncala, G., Giraldo-Ansio, F., Esteva-de Antonio, I., Ortega-Aguilar, M. V., Gómez-Banovio, M. y Gorneman-Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), 9-20.
- Cohen-Kettenis, P. T. y van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-271.
- De Vries, A. L., Cohen-Kettenis, P. T. y Delemarre-van de Waal, H. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 83-94.
- Hewitt, J. K., Paul, C., Kasiannan, P., Grover, S. R., Newman, L. K. y Warne, G. L. (2012). Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *The Medical Journal of Australia*, 196(9), 578-581.
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, 274 Boletín Oficial del Estado, §1 (2002)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10:CDI-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F. y Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4),499-516.
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J. y Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582-590.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 37(2), 61-68.
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A. y Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418-425.
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135-154.
- Zucker, K. J. (2005). Gender identity disorder in children and adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 467-492.
- Wallien, M. S. y Cohen -Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual Outcome of Gender -Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (12), 1413-1423.