

Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica

Felipe Hurtado-Murillo

Unidad Multidisciplinar de Atención a la Transexualidad de la Comunidad Valenciana. Departamento Sanitario Doctor Peset de Valencia. Conselleria de Sanitat. Centro de Salud Sexual y Reproductiva "Fuente San Luis" de Valencia. Valencia (España)

Resumen

La transexualidad es una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento y el sexo/género sentido. El abordaje del tratamiento en esta población tiene que hacerse en equipos multidisciplinares expertos. El protocolo de tratamiento más aceptado entre los distintos equipos está basado en los estándares asistenciales, propuestos por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH), que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial. El protocolo del proceso para el cambio de sexo contempla tres fases: psicológica, hormonal y quirúrgica. La disforia de género puede manifestarse en diferentes grados de intensidad en cada persona y momento vital. Una gran mayoría de casos se inician a edades muy tempranas, siendo condiciones complejas y asociadas a intenso malestar. Es de suma importancia la detección precoz y el tratamiento integral. Si la identidad de género está perfectamente consolidada no hay motivos para esperar hasta la mayoría de edad para iniciar el tratamiento. Hoy día los equipos de tratamiento defienden que se debe iniciar el proceso terapéutico durante la etapa puberal, habiendo un diagnóstico claro de persistencia y habiendo vivido el adolescente las primeras etapas puberales en su sexo biológico, con el fin de disminuir el sufrimiento psicológico, mejorar la aceptación social y mejorar el resultado estético en el aspecto del sexo deseado. El tratamiento hormonal con supresión puberal es reversible y no se debe iniciar hasta haber alcanzado el II-III estadio de Tanner, con presencia de esteroides en sangre y con una edad mínima de 12 años.

Palabras clave: Disforia de género, Transexualidad, Infancia, Adolescencia, Menores, Estándares asistenciales, Evaluación psicológica, Supresión puberal, Tratamiento hormonal, Tratamiento multidisciplinar.

Abstract

Transsexualism is a persistent manifestation of personal discordance between the sex assigned at birth and sex/gender sense. The approach to treatment in this population must be made by expert multidisciplinary teams. The most accepted treatment protocol between teams is based on the standards of care proposed by the World Professional Association for Transgender Health (WPATH), which are reviewed periodically and serve as care guide. The protocol process for change of sex contemplates three phases: psychological, hormonal and surgical. Gender dysphoria can manifest itself in different degrees of intensity in each person and vital moment. A large majority of cases begin at an early age, being associated with complex conditions and intense discomfort. It is therefore important early detection and comprehensive treatment and if gender identity is perfectly established there is no reason for waiting until adulthood to begin treatment. Actually, the treatment teams prefer to start the therapeutic process during pubertal stage, having a clear diagnosis of persistence and having lived the teenager early pubertal stages in their biological sex, in order to reduce the psychological suffering, improve social acceptance and improve the aesthetic result in the appearance of the desired sex. Hormone treatment with puberty suppression is reversible and should not start having reached the II-III Tanner stage, with the presence of steroids in blood and with a minimum age of 12 years.

Key words: Gender Dysphoria, Transexuality, Childhood, Adolescence, Underage, Standards of Care, Psychological assessment, Puberty suppression, Hormonal treatment, Cross-Disciplinary treatment.

Definición

La transexualidad es definida como una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico) y sexo/género sentido. Como consecuencia de la discordancia la persona experimenta un sentimiento de profundo rechazo hacia las características sexuales primarias y secundarias de su sexo biológico y busca adecuar su cuerpo mediante tratamientos hormonales y quirúrgicos para corregir su apariencia y conseguir vivir y ser tratada socialmente arreglo al género sentido y deseado⁽¹⁾, solicitando con posterioridad rectificar la identidad registral del sexo con el fin de legalizar el nuevo sexo y nombre en sus documentos.

Epidemiología

Las estimaciones de la prevalencia varían de forma considerable⁽²⁾. En Europa los estudios más recientes son el escocés que estima una prevalencia del 1:12.225 habitantes⁽³⁾, el holandés 1:11.900 varones biológicos y 1:30.400 mujeres biológicas⁽⁴⁾ y el inglés⁽⁵⁾ que asume una incidencia de 3 por cada 100.000 habitantes mayores de 15 años. En España la prevalencia se sitúa en 1:9.685 a 1:21.031 varones biológicos y de 1:15.456 a 48.096 mujeres biológicas⁽⁶⁻⁸⁾. En base a estos datos (Tabla 1) el cociente de transexuales femeninos (THM) y transexuales masculinos (TMH) se sitúa entre 4:1 y 2:1.

Tratamientos para la reasignación sexual

El abordaje del tratamiento en esta población tiene que hacerse en equipos multidisciplinares por expertos. El protocolo del proceso de tratamiento que tiene más aceptación entre los distintos equipos de tratamiento está basado en los estándares asistenciales propuestos desde la década de los años 80 por la entonces Asociación Internacional de Disforia de Género "Harry Benjamín" (HBIAGDA)⁽⁹⁾, en la actualidad se la conoce como Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero⁽¹⁰⁾. Esta asociación aprueba unos estándares de tratamiento que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial, siendo presentada la última versión en 2011 (7ª versión).

El protocolo del proceso transexualizador contempla tres fases importantes (terapia triádica: psicológica, hormonal y quirúrgica), siendo la fase inicial de diagnóstico y psicoterapia, si se precisa, la que establece unos criterios específicos de elegibilidad y otros adicionales de disposición que deben cumplirse antes de iniciar la hormonación y las cirugías.

La evaluación psicológica desde la fase inicial del diagnóstico hasta el seguimiento postquirúrgico es básica y fundamental, debiendo hacer diagnóstico

diferencial con el travestismo fetichista, travestismo no fetichista, la orientación sexual egodistónica, el trastorno de la maduración sexual, el trastorno por aversión al sexo y con los trastornos sexuales y de identidad no especificados⁽¹¹⁾. Un diagnóstico equivocado es un factor predictivo de arrepentimiento posterior tras el tratamiento de reasignación sexual y de la evolución posterior⁽⁹⁾.

Los datos de las investigaciones apuntan que la presencia de disforia de género no implica necesariamente la existencia de otros trastornos mentales, ahora bien muchos adolescentes transexuales experimentan problemas psicosociales y de salud mental que, con probabilidad, son debidos a los desafíos con los que se tienen que enfrentar para ser aceptados socialmente. Los problemas psicosociales incluyen el rechazo familiar, el rechazo de iguales de edad, el acoso, posibles abusos, los problemas legales, ausencia de apoyo económico para los tratamientos y los problemas escolares^(12,13).

La intervención psicoterapéutica durante la fase hormonación es de apoyo psicológico para llevar a buen término el proceso de experiencia de vida real.

Los criterios para pasar a la fase quirúrgica genital no solamente exigen más de un año de tratamiento hormonal, sino también haber vivido de forma satisfactoria con el rol de género sentido a un nivel alto de satisfacción. El apoyo psicológico durante esta fase consiste en entrenar habilidades para el control de la ansiedad anticipatoria pre-quirúrgica y en pautas de control emocional.

Tras la cirugía de reasignación genital es preciso, por la especial vulnerabilidad que viven, apoyar con estrategias de afrontamiento y psicoeducación para el manejo y solución de situaciones o problemas cotidianos a nivel personal, social, de relación de pareja y sexual.

Las familias de los jóvenes transexuales juegan un papel clave mediante el apoyo y la amortiguación de los problemas a los que se tienen que enfrentar. También los miembros de la familia tienen que realizar su propio proceso de ajuste y adaptación a las manifestaciones de sus hijos e hijas transexuales. Pueden obtener ayudas adicionales de asociaciones de familias con hijos e hijas transexuales.

Necesidad de diagnóstico y tratamiento por profesionales especializados en equipos multidisciplinares

La discordancia entre la identificación de género sentida y el sexo asignado y de crianza, produce un sentimiento disfórico que puede manifestarse en

Tabla 1. Prevalencia y proporción entre sexos de la transexualidad en diversos estudios nacionales e internacionales ⁽²⁾.

Autores	Año	País	THM	TMH	THM/TMH
Pauly	1968	EE-UU.	1/100.000	1/400.000	4/1
Walinder	1971	Suecia	1/37.000	1/103.000	2,8/1
Hoenig	1974	Reino Unido	1/30.000	1/100.000	3,3/1
Eklund	1986	Holanda	1/18.000	1/54.000	3/1
Tsoi	1988	Singapur	1/2.900	1/8.300	2,9/1
Van Kesteren	1996	Holanda	1/11.900	1/30.400	2,5/1
Weitze	1996	Alemania	1/14.400	1/33.200	2,3/1
Gómez	2006	España	1/21.031	1/48.096	2,6/1
Esteva	2006	España	1/9.685	1/15.456	1,9/1

THM: transexual hombre a mujer. TMH: transexual mujer a hombre.

diferentes grados de intensidad en cada persona y momento vital ⁽¹⁴⁾. Diversas publicaciones sostienen que una gran mayoría de casos se inician a edades muy tempranas y, si la identidad de género está perfectamente consolidada, no hay motivos para esperar hasta la mayoría de edad para iniciar el tratamiento hormonal y quirúrgico ⁽¹⁵⁾.

En la actualidad es imposible realizar el diagnóstico de transexualidad o disforia de género basándose en criterios objetivos. La manifestación del sentimiento de identidad sexual/identidad de género se realiza a partir de entrevistas clínicas por métodos psicológicos basados en criterios diagnósticos establecidos ^(14,16). Por consiguiente, el diagnóstico depende de la información suministrada por los propios transexuales y/o por la familia y el entorno, que en ocasiones es sesgada con o sin intencionalidad.

Durante muchos años los protocolos internacionales ⁽¹⁷⁾ indicaban en los criterios asistenciales que no se deberían iniciar tratamientos irreversibles ni hormonales ni quirúrgicos en personas transexuales hasta que no se hubiera alcanzado la mayoría de edad, a pesar de que un número amplio de transexuales venían manifestando una identidad persistente desde la infancia y un sufrimiento psicológico evidente que se incrementaba con la aparición de los signos puberales.

Hoy día, en cambio, hay equipos de tratamiento que defienden que se debe iniciar el proceso terapéutico durante la etapa puberal, habiendo una diagnóstico claro de persistencia y habiendo vivido el adolescente las primeras etapas puberales en su sexo biológico, con el fin de disminuir el sufrimiento psicológico, mejorar la aceptación social y mejorar el resultado estético en el aspecto del sexo deseado ⁽¹⁸⁾.

La disforia de género en infancia y adolescencia son condiciones complejas y asociadas a intenso

malestar, siendo por ello que es de suma importancia la detección precoz y el tratamiento integral, ya que con ello se mejora la calidad de vida, disminuye la comorbilidad mental y la disforia de género ⁽¹⁷⁾. Sin embargo, es preciso tener en cuenta los datos de persistencia (Tabla 2), éstos indican que aunque hay una gran variabilidad que va desde el 27% al 95%. Una tasa significativa de niños/as prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentado la disforia de género en la adolescencia ^(15,19-24), dificultando con ello el establecimiento de un diagnóstico definitivo en la adolescencia ⁽²⁵⁾.

Dentro del diagnóstico diferencial es de suma importancia descartar a niños, niñas y adolescentes cuya conducta simplemente no encaja en el estereotipo cultural de masculinidad o femineidad (géneros raros o variantes de género y travestis) así como aquellos que presentan trastornos de la diferenciación sexual (intersexos).

Dadas las consecuencias irreversibles, parcial o totalmente, de los tratamientos hormonales, es absolutamente necesario realizar un cuidadoso diagnóstico y una evaluación exhaustiva individualizada en Unidades especializadas. El diagnóstico debe ir apoyado por un seguimiento riguroso y continuo del menor y de su familia con el fin de asesorar durante el proceso de construcción de la identidad de género sentida ⁽²⁶⁾.

El profesional que realiza el diagnóstico tiene que tener una buena formación en psicopatología del desarrollo en la infancia y adolescencia y ser competente en el diagnóstico y tratamiento de problemas mentales, además de ser un amplio conocedor de la disforia de género ⁽¹⁰⁾. Para poder incrementar la certeza diagnóstica y planificar de forma más adecuada la intervención, la evaluación debe ser multi y pluridimensional ⁽²⁷⁾ y el profesional deberá tener instrumentos y conocimientos necesarios para seleccionar cuidadosamente a los candidatos más

Tabla 2. Datos sobre la persistencia de Disforia de Género en menores con seguimiento en unidades especializadas ⁽²⁴⁾.

Ciudad. País	Autor, (año)	Muestra (edad ^a)	Resultado (% persistencia)
Amsterdam. Holanda	Wallien et al, (2008)	77 (> de 16 años)	21 (27%)
Amsterdam. Holanda	Steensma et al, (2011)	53 (< de 14 años)	29 (54.7%)
Melbourne. Australia	Hewitt et al, (2012)	21 (adolescentes ^b)	17 (81%)
Amsterdam. Holanda	Steensma et al, 2013	127 (> de 15 años)	47 (37%)
Madrid. España	Asenjo-Araque et al, (2015)	45 (< de 18 años)	43 (95%)
^a Se indica la edad en el momento de la última evaluación para valorar persistencia			
^b No se indica la edad			

adecuados que se puedan beneficiar de los tratamientos precoces que demoran la pubertad ⁽²⁸⁾ o proponer otras alternativas terapéuticas que contemplen el abanico de posibilidades de las distintas expresiones de género o recomendar una intervención específica si hubiera un trastorno psiquiátrico ⁽¹⁰⁾.

Tratamiento en adolescentes

Los Estándares Asistenciales (EA) de la Asociación Mundial para los Profesionales de la Salud Transgénero constituyen un referente utilizado internacionalmente por los profesionales que tratan a las personas con disforia de género. Las cuatro primeras versiones, publicadas en 1979, 1980, 1981 y 1990 no incluían la reasignación sexual hormonal y quirúrgica en la adolescencia, solamente a personas mayores de edad legal o a personas declaradas por un tribunal como adultos legalmente (menores emancipados) ⁽²⁹⁾.

Es a partir de la quinta versión cuando empiezan a ser mencionados los adolescentes como subsidiarios de tratamiento hormonal, estableciendo que sólo en casos excepcionales era recomendable la administración de hormonas a menores de 18 años, requiriendo un mínimo de seis meses de intervención del profesional de salud mental con el adolescente y la familia para iniciar terapia hormonal ⁽³⁰⁾.

La sexta versión ⁽¹⁷⁾ establece que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad, recomendando que se haya llegado hasta el estadio II de Tanner y también pueden ser elegibles para iniciar tratamiento hormonal cruzado a los 16 años preferiblemente con consentimiento de padres.

En la séptima y última versión ⁽¹⁰⁾, se permite realizar intervenciones hormonales en personas con disforia de género a edades tempranas, sin indicaciones de tiempos mínimos de intervención del profesional de salud mental.

Por consiguiente, el tratamiento hormonal en adolescentes es bastante reciente y está siendo apli-

cado en la última década en distintas Unidades especializadas ^(25,28).

1- Frenación puberal con agonistas (análogos de las gonadotropinas GnRH)

Esta fase es totalmente reversible.

Los criterios de elegibilidad para la supresión puberal requieren:

1. Manifestación de disforia de género sostenida desde temprana edad y que el malestar por la identidad haya aumentado durante las primeras fases puberales.
2. Ausencia de problemas psicosociales importantes que interfieran con la valoración diagnóstica o con el tratamiento.
3. Buena comprensión del impacto de la reasignación de género sobre su vida.
4. Suficiente apoyo familiar.
5. Haber alcanzado el desarrollo de estadio 2 a 3 de Tanner y ser mayor de 12 años de edad con presencia de esteroides en sangre ^(15,31).

Es necesario explicar al adolescente y a la familia que la supresión puberal no implica que más adelante se llevará a cabo el tratamiento hormonal cruzado.

Durante los años que se realiza la supresión puberal el adolescente debe seguir consultas psicológicas de seguimiento de forma regular, con el fin de evaluar los sentimientos sobre la transición, asegurar la decisión y enfrentarse de forma adecuada a los cambios en el rol de género deseado (test de vida real).

Si el/la adolescente sufre de algún problema de salud mental pero el tratamiento de ese trastorno es adecuado, asegurando que el diagnóstico y el tratamiento de la disforia de género no es indebi-

damente perturbado, pueden ser elegibles para la supresión puberal.

Dilemas sobre realizar frenación puberal mediante gonadotropinas

El tratamiento de los adolescentes con disforia de género ha recibido una variedad de críticas ^(32,33).

Argumentos a favor

1. Retrasar el comienzo del tratamiento hormonal hasta la mayoría de edad legal tiene desventajas psicológicas y aumenta la probabilidad de comportamientos de riesgo. Algunos adolescentes que muestran una persistencia de años y un malestar intenso desarrollan comorbilidad mental: depresión, ansiedad, baja autoestima, fobias sociales y trastornos alimentarios. Por otra parte, aumentan los comportamientos de riesgos como los intentos de suicidio, automutilaciones o el uso de hormonas sin control médico. Afectando por consiguiente al desarrollo social, intelectual y de la salud. En cambio, en estudios de seguimiento en adolescentes donde se ha frenado la pubertad biológica se ha constatado un alivio inmediato del sufrimiento y un desarrollo social adecuado por la ventaja de tener una apariencia en concordancia con el género deseado.
2. La supresión puberal mejora la precisión diagnóstica al proporcionar más tiempo para explorar la identidad sexual y de género sin tener la angustia de la presencia de los caracteres sexuales secundarios que se van desarrollando.
3. Se elimina el desarrollo de caracteres sexuales no deseados y que serían una desventaja social enorme y para toda la vida.
4. Probablemente ayudará a que las cirugías que se lleven a cabo sean menos invasivas (reducción de mamas en transexuales mujer a hombre y cirugía máxilofacial en hombre a mujer).
5. Los estudios longitudinales de transexuales adultos muestran que el resultado postoperatorio desfavorable parece estar relacionado con el inicio del proceso de reasignación sexual más tardío ^(34,35).

Argumentos en contra

Las preocupaciones de los profesionales que desaprueban dicha intervención se centran en el riesgo de equivocarse en la decisión y que realizar supresión puberal antes del estadio 4 o 5 de Tanner es médicamente inseguro.

Afirman que el diagnóstico de disforia de género no puede ser hecho en adolescentes debido a que la identidad podría fluctuar durante la adolescencia.

1. La inhibición de los caracteres sexuales secundarios podría inhibir una formación espontánea de su identidad correspondiente con su sexo biológico. La conjetura de que la supresión puberal dificulta la formación de una normal o natural identidad de género, no se sustenta ya que los estudios realizados en población clínica indican que la disforia de género es altamente persistente desde la temprana pubertad y más desde los estadios 2 o 3 de Tanner, ninguno de los jóvenes adolescentes diagnosticados y considerados elegibles para reasignación de género, dejaron el tratamiento o se arrepintieron ⁽³⁶⁻³⁸⁾.
2. Se plantean preocupaciones sobre riesgos en la salud sobre el desarrollo de la masa ósea, la altura corporal, la desproporción de la segmentación del cuerpo y el metabolismo. Los pocos estudios realizados han mostrado que aunque la supresión puberal produce una disminución en la velocidad de crecimiento, la introducción de hormonación cruzada puede dar una estatura final apropiada para el género femenino deseado en chicos biológicos. Para las chicas biológicas, una administración oportuna de oxandrolona, un esteroide anabólico sintético que influye en el desarrollo del crecimiento, puede resultar en una aceptable estatura en el género masculino deseado.
3. También los parámetros de la masa ósea y el metabolismo parecen ser normales tras la iniciación de la hormonación cruzada, aunque haya una inicial desaceleración de la maduración ósea con la supresión puberal. Siendo por ello que la frenación puberal con análogos no supone un peligro para el desarrollo de la masa ósea ^(39,40).
4. Los efectos de la supresión de las hormonas de la pubertad sobre el desarrollo cerebral, actualmente son desconocidos. Clínicamente no han aparecido resultados negativos sobre el desarrollo de la función cerebral en adultos que cuando fueron adolescentes habían recibido frenación puberal, comparados con adultos que no la tuvieron, puesto que mostraron un desarrollo similar en el comportamiento social, emocional y cognitivo.

Optar por la supresión puberal les permite a los adolescentes tener una apariencia que les posibilita vivir sin obstrucción el rol del género deseado y eliminar los potenciales daños psicológicos de la estigmatización.

Evidentemente, aunque los efectos de la supresión puberal han sido probados en un número amplio de adolescentes y sus resultados son prometedores, es necesario valorar los efectos de este tratamiento a más largo plazo y replicar los resultados en otros centros de tratamiento ⁽¹⁵⁾.

2-Tratamiento hormonal cruzado

En el protocolo holandés, los/as adolescente con disforia de género son elegibles la primera etapa de la reasignación sexual cuando han alcanzado la edad de 16 años ⁽¹⁸⁾. Esta edad ha sido elegida porque tanto en Holanda como en muchos países los jóvenes son considerados capaces para tomar decisiones médicas con independencia, aun así es preferible tener el consentimiento de sus padres o tutores legales.

Para iniciar el tratamiento hormonal cruzado han de cumplir los mismos criterios que se exigen para la supresión puberal, excepto el criterio del estadio de Tanner. Aunque muchos jóvenes habrán realizado la transición social, es un criterio necesario de cumplimiento que realicen el cambio al rol de género deseado tan pronto como el comienzo de la hormonación cruzada es iniciada. Este requerimiento es exigido debido a que tan pronto como comienzan este tratamiento, las características sexuales secundarias del género deseado empiezan a ser visibles para los demás.

Esta fase es parcialmente reversible. La administración de estrógenos y antiandrógenos en transexuales femeninas induce el crecimiento del pecho (irreversible), cambios en la distribución de la grasa corporal (reversible), disminución del pelo facial y corporal (reversible), disminución de la masa testicular, del tamaño del pene y de fertilidad (irreversible).

La administración de testosterona en transexuales masculinos induce el agravamiento de la voz y el crecimiento del clítoris (irreversibles), aumento de vello facial y corporal, cese de las menstruaciones, redistribución de la grasa corporal y aumento de la masa muscular (reversibles).

3- Cirugías de reasignación sexual

Los criterios de elegibilidad son: que los adolescentes tienen que haber alcanzado la mayoría de edad, que las fases anteriores se han consolidado con un diagnóstico claro y persistente de disforia de género y la transición social ha sido exitosa.

Las transexuales de mujer a hombre que llegaron a tener algún desarrollo del pecho precisan mastectomía. También precisan de histerectomía y ova-

riectomía y si desean tener genitales masculinos precisan vaginectomía y metaiodioplastia o falo-plastia.

Los transexuales de hombre a mujer suelen necesitar aumento de pechos con prótesis mamarias (mamoplastia), penectomía parcial con vaginoplastia. Si comienzan la frenación puberal a temprana edad a menudo no tienen suficiente piel del pene para realizar la clásica vaginoplastia y necesitan procedimientos de ajustes usando tejido del colon.

Esta fase es totalmente irreversible.

Referencias Bibliográficas

1. Hengstschläger M, van Trotsenburg M, Repa C, Marton E, Huber JC, Bernaschek G. Sex chromosome aberrations and transsexualism. *Fertil Steril* 2003;79:639-40.
2. Moreno-Pérez O, Esteva de Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr* 2012. Doi:10.1016/j.endonu.2012.02.001
3. Wilson P, Sharp C, Carr S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *Br J Gen Pract* 1999;49:991-2.
4. Bakker A, Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Bezemer PD. The prevalence of transsexuals in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:237-8.
5. Gender Identity Research and Education Society Article of Gender Variance (dysphoria). [consultado 1/10/2011]. Disponible en <http://www.gires.org.uk>
6. Esteva I, Gonzalo M, Yahyaoui R, Dominguez M, Bergero T, Giraldo F, et al. Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *C Med Psicosom* 2006;78:65-70.
7. Gómez-Gil E, Esteva I, Almaraz MC, Godás T, Halperin I, Soriguer F. Equipos de identidad de Género de Andalucía y Cataluña. Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000-2009. *Rev Clin Esp* 2011;211:233-9.
8. Gómez-Gil E, Trilla García A, Godás Sieso T, Halperin Rabionvich I, Puig Domingo M, Vidal Hagemeyer A, et al. Estimación de la prevalencia, incidencia y razón del transexualismo en

- Cataluña según la demanda asistencial. *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34:295-302.
9. Meyer W, Bockiting W, Cohen-Kettenis P, Coleman E, DiCeglie D, Devor H., et al. The standards of care for gender identity disorders of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (6th edition). World Professional Association for Transgender Health. *The International J Psychol Human Sexuality* 2001; 13:1-30.
 10. The World Professional Association for Transgender Health-WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7 version. 2011. Recuperado en marzo de 2012 de http://wpath.org/publications_standards.cfm.
 11. Hurtado F, Gómez M, Donat F. Transexualismo y salud mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2007;12(1):43-57.
 12. Olson J, Forbes C, Belzer M. Management of the Transgender Adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(2):171-6.
 13. Cruz TM. Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: A consideration of Diversity in combating discrimination. *Soc Sci Med* 2014;110:65-73.
 14. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
 15. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van der Waal H, Gooren L. Original Research. Intersex and gender identity disorders. The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights. *J Sex Med* 2008;5:1892-7.
 16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
 17. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. The standards of care for gender identity disorders. 6ª versión. 2001. Minneapolis: HBGDA.
 18. Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, de Vries ALC. Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2011; 20: 689-700. Doi:10.1016/j.chc.2011.08.001
 19. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(12): 1413-23.
 20. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria alter childhood: A qualitative follow-up study. *Clin Psychol Psychiatry* 2011;16(4):499-516.
 21. Hewitt JK, Paul C, Kasiannan P, Grover SR, Newman LK, Warne GL. Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *Med J Aust* 2012;196(9):578-581.
 22. Steensma TD, Mcguire JK, Kreukels BP, Beckman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistente of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(6):582-90.
 23. Drescher J, Pula J. Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-Variant Prepubescent Children. *LGBT Bioethics: Visibility, Disparities and Dialogue, special report, Hearings Center Report* 2014;44(5):S17-S22. DOI.10.1002/hast.365
 24. Asenjo-Araque N, García-Gibert C, Rodríguez-Molina JM, Becerra-Fernández A, Lucio.Pérez MJ y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 2015;2(1):33-6.
 25. Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol* 2011;7:466-72.
 26. Vanderburgh R. Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolesc Social Work J* 2009;26(2):135-54.
 27. Maganto C, Cruz S. Multitécnicas y multimétodos en la evaluación de la primera infancia. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación Psicológica* 2001; 12: 149-81.
 28. Möller B, Schreier H, Romer G. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2009; 39: 117-43.
 29. The World Professional Association for Transgender Health-WPATH. Historical compilation of Standards of Care Versions 1 through 6- s.f. Re-

- cuperado el 13 de noviembre de 2012 en http://www.wpath.org/documents/SOC_Compilation_of_1_through_6.pdf.
30. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGDA. The standards of care for gender identity disorders. 5^a version. Mineapolis: HBIGDA, 1998.
 31. Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical Management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinology* 2006;155:131-7.
 32. Meyenburg B. Gender identity disorder in adolescence: outcomes of psychotherapy. *Adolescence* 1999; 34:305-13.
 33. Viner RM, Brain C, Carmichael P, et al. Sex on the brain: dilemmas in the endocrine Management of children and adolescents with identity disorder. *Arch Dis Child* 2005; 90:A78.
 34. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res* 1999; 46:315-33.
 35. Ross MW, Reed JA. Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: a follow-up of fourteen male-to-female patients. *Arch Sex Behav* 1989; 18:145-53.
 36. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SHM. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:263-271.
 37. Smith YLS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT. Adolescents with gender identity who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:472-481.
 38. Smith YL, van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med* 2005.35:89-99.
 39. Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical Management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinology* 2006;155:131-7.
 40. Cohen-Kettenis PT, Schagen SE, Steensma TD, et al. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up. *Arch Sex Behav* 2011; 40:843-7.