

Comentario a: Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN)

Comment on: Positioning paper: Gender dysphoria in childhood and adolescence. SEEN Identity and Sexual Differentiation Group (GIDSEEN)

Aingeru Mayor Martínez¹, Marta Beranuy Fargues²

¹Departamento de Lenguajes y Sistema Informáticos. Facultad de Informática. Universidad del País Vasco UPV/EHU. San Sebastián, Guipuzkoa (España)

²Departamento de Familia, Escuela y Sociedad. Facultad de Educación. Universidad Internacional de La Rioja UNIR. Logroño, La Rioja (España)

Estimada Sra. Directora:

En el año 2015 se publicaba en la Revista Española de Endocrinología Pediátrica un texto de posicionamiento titulado "Disforia de Género en la infancia y la adolescencia" y firmado por Esteva *et al.* ⁽¹⁾. En él se presentaban algunas recomendaciones sobre la evaluación y el tratamiento de lo que antes era conocido como Gender Identity Disorder (GID). Si bien coincidimos con los autores en la complejidad de este fenómeno así como en la importancia de una identificación precoz y una atención integral del mismo, no compartimos la siguiente afirmación: "los datos de persistencia indican que una gran mayoría (80-95%) de niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentando tras la pubertad la disforia de género" (p.47). Entendemos que se trata de un por-

centaje de "desistimientos" que merece ser contrastado.

De las referencias citadas para justificar dicho porcentaje ⁽²⁻⁴⁾, el primero de los estudios ⁽²⁾ no mide la "persistencia" desde la infancia y los otros dos indican valores de "desistimientos" considerablemente inferiores: 63% ⁽³⁾ y 45,3% ⁽⁴⁾. Pero Esteva *et al.* no se basan en los resultados de estos estudios, sino en otros datos que se referencian en las introducciones de dichos artículos. Concretamente, en la introducción de Cohen-Kettenis *et al.* ⁽²⁾ puede leerse: "*Symptoms of GID at prepubertal ages decrease or even disappear in a considerable percentage of children (estimates range from 80-95%)*" (p.1895). Las otras dos introducciones, de Steensma *et al.* ^(3,4), informan de un 84,2%, resultado que justifican citando 10 estudios, 7 de ellos anteriores a 1990.

Para conocer el origen del 80-95% de Cohen-Kettenis *et al.* ⁽²⁾ hemos revisado las tres referencias que secundan dicha afirmación: Zucker y Bradley ⁽⁵⁾ señalan un 80%, de Cohen-Kettenis ⁽⁶⁾ podemos deducir un 42,6% y del estudio de Drummond *et al.* ⁽⁷⁾ un 80%, considerándolo, este último, un porcentaje alto debido al peso que dan los criterios diagnósticos del GID a "comportamientos superficiales de identificación cruzada de género" (p.42). Por tanto,

Correspondencia:

Aingeru Mayor Martínez
Departamento de Lenguajes y Sistema Informáticos
Facultad de Informática, Universidad del País Vasco UPV/
EHU, C/ Manuel Lardizabal Ibilbidea, 1
20018, San Sebastián, Guipuzkoa, España
E-mail: aingeru.mayor@ehu.eus

el 95% no queda justificado y se obvia el 42,6%. Además, visto el amplio abanico de estos porcentajes (42,6-80%) se hace necesario tomar dichos datos con cautela.

Entre las posibles causas de esta disparidad, apoyamos la hipótesis que dejan entrever algunos de los autores aquí mencionados^(3,4,6) y que guarda relación con los criterios diagnósticos del DSM, en concreto con el que en el DSM-V⁽⁶⁾ se presenta como condición necesaria: “*the experience of a strong desire to be of another gender or an insistence to be another gender*”. Este criterio mezcla dos realidades que merecen ser claramente diferenciadas; por un lado “el deseo de ser del otro género” podría ser expresión de los denominados “comportamientos de género no normativos”; por otro lado, la “insistencia en ser del otro género” haría referencia a lo que se conoce por “transexualidad”, es decir, cuando la identidad sexual auto-percibida no corresponde con el sexo que se asignó al nacer en atención a los genitales. Solo la segunda de estas dos realidades puede requerir tratamiento médico a partir de la pubertad.

Steensma y su equipo^(3,4), estudiando los factores asociados con la “persistencia”, hallan un resultado muy esclarecedor: “*The persisters explicitly indicated they felt they were the other sex, the desisters indicated that they identified as a girlish boy or a boyish girl who only wished they were the other sex*” [p.504(3), p.583(4)]. Es decir, quienes “desisten” cumplían la primera parte del criterio del DSM (desear ser) y los que “persisten” cumplían la segunda (ser). Steensma *et al.*⁽³⁾ muestran asimismo otro dato de gran interés: ninguno de los casos en los que se hizo el tránsito completo en la infancia desistió. Por lo que, quizás, más que una cuestión de “persistencias” y “desistimientos”, sea una cuestión de falta de precisión en los “criterios diagnósticos”. De hecho, actualmente parece ser que las Unidades de Género en España consiguen identificar mejor estas dos realidades e informan de porcentajes de “desistimientos” mucho más bajos: en el Hospital Clínic de Barcelona⁽⁹⁾ un 18% y en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid⁽¹⁰⁾ un 5%.

Todo ello nos sugiere la necesidad de citar rigurosamente, publicar datos actualizados sobre “desistimientos”, realizar revisiones sistemáticas y meta-análisis, seguir estudiando estas realidades con criterios más precisos y avanzar en su comprensión para poder identificarlas correctamente y atender adecuadamente sus necesidades.

Referencias Bibliográficas

1. Esteva I, Asenjo N, Hurtado F, Fernández-Rodríguez M, Vidal A, Moreno-Pérez O, Lucio MJ, López JP y Grupo GIDSEEN. Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de identidad y diferenciación sexual de la sociedad española de endocrinología y nutrición (GIDSEEN). Rev Esp Endocrinol Pediatr. 2015;1(6):45-48. Doi: <http://dx.doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.Mar.275>.
2. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJJ. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. J Sex Med. 2008;5:1892-7.
3. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of Childhood Gender Dyshphoria: A Quantitative Follow-Up Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52(6):582-90
4. Steensma TD, Biemond R, de Boer F & Cohen-Kettenis PT. Desisting and Persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. Clin Child Psychol Psychiatry 2011;16(4):499-516.
5. Zucker KJ, Bradley SJ. Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York/London: Guilford Press; 1995:283–301.
6. Cohen-Kettenis PT. Gender identity disorder in the DSM? J Am Acad Child Psy. 2001;40:391.
7. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. Dev Psychol 2008;44:34-45.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). Washington: APA;2013.
9. Plana MT, Vidal A, Halperin I, Mora M, Lázaro L, Gómez E. Estudio de seguimiento de los trastornos de la identidad de género en la infancia y adolescencia en el Hospital Clínic de Barcelona. 2º Congreso Europeo de Transexualidad. Madrid,4-5 julio,2013.
10. Asenjo-Araque N, García-Gibert C, Rodríguez-Molina JM, Becerra-Fernández A, Lucio-Pérez MJ y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. Revista de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes 2015;2(1):33-36.