



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 21/04/2022. Aceptado: 05/10/2022

INCONGRUENCIA DE GÉNERO EN INFANCIA Y PUBERTAD: UN ANÁLISIS DE LA PERSISTENCIA IDENTITARIA

GENDER INCONGRUENCE IN CHILDHOOD AND PUBERTY: AN ANALYSIS OF IDENTITY PERSISTENCE

F. Hurtado¹, C. Peris², M. Moreno², M. Gómez³, C. Morillas³

1. Psicólogo Clínico-Sexólogo. Unidad de Identidad de Género Valencia Doctor Peset. Centro de Salud Sexual y Reproductiva "Fuente San Luis", Departamento Valencia Doctor Peset. España. 2.. Psicóloga Interna Residente. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. España. 3. Médico especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad de Identidad de Género Valencia Doctor Peset. Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. España.

Correspondencia: Felipe Hurtado Murillo. Centro de Salud "Fuente San Luis". Calle Arabista Ambrosio Huici, 30 46013-Valencia
Correo electrónico: felipehurtadomurillo@gmail.com

Conflict of interests

Todos los autores aceptan la versión enviada. No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses.



ABSTRACT

Introduction: Different studies indicate a great variation in the rates of identity persistence in boys, girls and adolescents with gender incongruity.

Objective: To describe the percentage of identity persistence and desistance of girls, boys and adolescents attended to, due to expressions and feelings of non-congruent gender in the Gender Identity Unit (GIU).

Material and methods: Cross-sectional study in a cohort of girls, boys and pubescents who have been attended between 2012 and 2020, aged between 3 and 11 years. The data collection was done through the information recorded in the medical records and was completed with telephone interviews with minors and parents who had not received care in the last six months.

Results: The final sample consisted of 71 subjects, 15 (21.1%) trans boys, 45 (63.4%) trans girls, and 11 (15.5%) gender variants. 39 (54.9%) came in early childhood (0-6 years) and 32 (45.1%) in middle childhood-puberty (7-11 years). The mean follow-up time between the first visit and the last was 2.55 years. In 65 cases (91.5%) the gender inconsistency remained persistent and in six (8.5%) there was desistance. 22 cases (30.9%) had manifested body dysphoria, 12 (16.9%) had started hormonal treatment to block puberty and of these, half had started cross-hormonal treatment.

Conclusions: The persistence of gender incongruity in the childhood-puberty group is the majority (91.5%). The sex-gender ratio is in favor of trans girls and there is an increase in gender variants.

Keywords: Gender incongruence; Identity persistence; Identity desistance; gender dysphoria.

RESUMEN

Introducción: Diferentes estudios señalan una gran variación en las tasas de persistencia identitaria en niños, niñas y adolescentes con incongruencia de género.

Objetivo: Describir el porcentaje de persistencia y de desistencia identitaria de niñas, niños y púberes atendidos/as, por manifestación de expresiones y sentimientos de género no congruente en la Unidad de Identidad de Género (UIG).

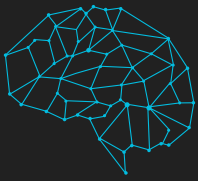
Material y Métodos: Estudio transversal en una cohorte de niñas, niños y púberes que han sido atendidos entre los años 2012 y 2020, con edades comprendidas entre 3 y los 11 años. La recogida de datos se hizo mediante la información registrada en las historias clínicas y se completó con entrevistas telefónicas a menores y progenitores que no habían sido atendidos en los últimos seis meses.

Resultados: La muestra final fue de 71 sujetos, 15 (21,1%) chicos trans, 45 (63,4%) chicas trans y 11 (15,5%) no binarios/variantes de género. Vinieron 39 (54,9%) en la primera infancia (0-6 años) y 32 (45,1%) en la segunda infancia-pubertad (7-11 años). El tiempo medio de seguimiento entre la primera visita a la última fue de 2,55 años. En 65 casos (91,5%) se mantuvo persistente la incongruencia de género y en seis (8,5%) hubo desistencia. 22 (30,9%) casos habían manifestado disforia corporal, 12 (16,9%) habían comenzado tratamiento hormonal para bloquear la pubertad y de estos, la mitad, habían iniciado tratamiento hormonal cruzado.

Conclusiones: La persistencia de la incongruencia de género en el grupo de infancia-pubertad es mayoritaria (91,5%). La ratio sexo-género va a favor de las niñas trans (niño a niña) y hay un incremento de sujetos no binarios/variantes de género.

Palabras clave: Incongruencia de género; Persistencia identitaria; Desistencia identitaria; Disforia de género.

Breve descripción del contenido: Hay estudios que señalan una gran variación en las tasas de persistencia identitaria en niños, niñas y adolescentes con incongruencia de género; es por ello que hemos analizado el porcentaje de persistencia y de desistencia identitaria de niñas, niños y púberes atendidos/as, por manifestación de expresiones y sentimientos de género no congruente en nuestra Unidad de Identidad de Género (UIG).



INTRODUCCIÓN

La determinación genética dimórfica marca el comienzo de la vida tras la fecundación y el relevo es tomado por la sociedad en la etapa postnatal tanto sobre el desarrollo sexual como sobre el desarrollo del género que culmina en la adquisición y permanencia de la identidad sexual y de género (Hurtado Murillo, 1999).

El género tiene un origen bio-cultural que depende estrechamente de la organización social dominante, siendo un constructo no binario en el que existe más variabilidad de expresiones y manifestaciones de género que las estrictamente masculinas y femeninas (APA, 2014).

Las personas con incongruencia de género se agrupan bajo el paraguas de identidades trans, habiendo identidades binarias (masculina o femenina) y no binarias que hacen referencia a aquellas personas que no se ajustan o trasgreden las categorías sociales de hombres y mujeres asignadas al nacimiento (agénero, bigénero, género fluido y otros géneros), es decir, las personas no binarias tienen un género que no es ni masculino ni femenino y pueden identificarse como hombres y mujeres de una vez, como diferentes géneros en diferentes momentos, como ningún género en absoluto, o disputar la idea misma de por qué solo dos géneros.

Por otra parte, hay que diferenciar a las personas con incongruencia de género de aquellas que simplemente son variantes de género, es decir, aquellas personas de diferentes edades que muestran un interés recurrente por jugar, tener aficiones o realizar ciertos deportes o profesiones asociadas como propias del género opuesto al asignado al nacimiento, trasgrediendo la rigidez de las expectativas sociales, pero que no tienen una identidad diferente a la asignada al nacimiento.

Cuando hay discordancia marcada y persistente entre el género experimentado por la persona y el sexo asignado, ésta, a menudo conduce, a un deseo de transición para vivir y ser aceptada como una persona del género experimentado; pero si, además, se produce malestar psicológico o disforia por no aceptación de las características sexuales primarias y/o secundarias, puede llevar al deseo de modificar estas características sexuales mediante tratamientos de afirmación de género (OMS, 2018).

La transición de género es un proceso personal y único de autoafirmación de la propia identidad que persigue la adaptación progresiva a la identidad de género sentida. Para algunas personas implica aprender a vivir socialmente en el otro rol de género, mientras que para otras, significa

encontrar un rol y expresión de género que les resulte más cómodo (WPATH, 2011). Es un proceso complejo que puede involucrar cambios a distintos niveles: sociales, legales y/o médicos (tratamientos hormonales y cirugías de afirmación de género), ocurrir a diferentes niveles entre las distintas esferas de la vida y su duración es variable.

Hablamos de desistencia identitaria en las personas trans, cuando se producen modificaciones o cambios en el sentimiento inicialmente manifestado de identidad no congruente con el sexo asignado y género educado, identificándose de nuevo con el sexo y género original. En cambio, hablamos de destransición al proceso de detener y/o revertir, parcial o totalmente, temporal o permanentemente, los cambios realizados en el proceso de transición médica, social o legal. La destransición puede asociar o no desistencia identitaria y/o arrepentimiento con la transición realizada (Gomes Porras, Gómez Balaguer y Hurtado Murillo, 2020).

Evidencias de estudios de seguimiento prospectivos desde la infancia hasta la adolescencia indican que en 80% de los niños y niñas que cumplen criterios de incongruencia de género durante la infancia, desisten en la pubertad en la manifestación identitaria incongruente. La conclusión de estos estudios es que la incongruencia de género en la infancia se asocia fuertemente con la orientación sexual (Ristori y Steensma, 2016).

En esta línea de investigación, hay diferentes estudios que señalan una gran variación en las tasas de persistencia identitaria en niños, niñas y adolescentes con incongruencia de género manifestada, que van desde el 27 al 97,6% pero mostrando diferencias en el rango de edad de la cohorte y en el número de sujetos analizados (Tabla 1) (Wallien y Cohen-Kettenis, 2008; Steensma, Biemond, de Boer y Cohen-Kettenis, 2011; Hewitt, Kasiannan, Grover, Newman y Warne, 2012; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman y Cohen-Kettenis, 2013; Asenjo-Araque, García-Gibert, Rodríguez-Molina, Becerra-Fernández, Lucio-Pérez y GIDSEEN, 2015; De Castro, Solerdelcoll, Plana, Halperin, Mora, Ribera, Castelo-Branco, Gómez-Gil y Vidal, 2022).

Hasta nuestro conocimiento, solo dos estudios sobre tasas de persistencia de incongruencia de género en niños/as y adolescentes, han sido publicados en población española, con tasas muy altas de persistencia 95% (Asenjo-Araque et al, 2015) y 97,6% (De Castro et al, 2022), después de una mediana de seguimiento de 2,6 años en este último estudio.



Tabla 1. Revisión de artículos sobre persistencia identitaria en infancia y adolescencia.

Ciudad, País	Autores, año	Muestra (Edad)	N y % de persistencia	Tiempo de seguimiento
Ámsterdam, Holanda	Wallien y Cohen-Kettenis, (2008)	77 (mayores de 16 años)	21 (27%)	** No consta
Ámsterdam, Holanda	Steensma et al, (2011)	53 (menores de 14 años)	29 (54,7%)	** No consta
Melbourne, Australia	Hewitt et al, (2012)	21 (adolescentes*)	17 (81%)	** No consta
Ámsterdam, Holanda	Steensma et al, (2013)	127 (mayores de 15 años)	47 (37%)	** No consta
Madrid, España	Asenjo-Araque et al (2015)	45 (entre 15 y 17 años)	43 (95%)	** No consta
Barcelona, España	De Castro et al (2022)	124 (menores de 18 años)	121 (97,6%)	Mediana de seguimiento de 2,6 años

*No se indica la edad. **No se indica tiempo de seguimiento

Por su parte el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM 5 (APA, 2014) diferencia dos trayectorias en el desarrollo y curso de la identidad incongruente y disforia de género: de inicio temprano y de inicio tardío. Cuando el inicio es en la infancia puede continuar hasta la edad adulta o producirse un periodo de latencia tras el cual la disforia reaparece. Cuando la disforia de género aparece en la adolescencia, algunos/as menores recuerdan haber tenido en la infancia el deseo de ser de otro género, aunque no lo habían expresado verbalmente a otras personas y la familia reacciona con sorpresa porque no habían visto signos de incongruencia de género ni disforia en la infancia. Otros, en cambio, no recuerdan ningún signo de disforia de género en la infancia. El DSM 5 (APA, 2014) plantea que tanto en adolescentes como en personas adultas asignadas como mujeres (hombres trans), el curso más común es la aparición temprana en la infancia de la disforia de género y que la forma de comienzo tardío es mucho menos común en hombres trans que en mujeres trans.

Estos datos nos indican que una de las dificultades más importantes para asegurar la persistencia de la identidad no congruente con el género asignado con o sin disforia de género, es la gran variedad de formas, situaciones y vivencias con las que se manifiestan estas personas y que no se ajustan a las concepciones binarias que manejamos respecto a ser un hombre o una mujer en nuestra sociedad.

Por todo lo anterior, el objetivo que nos hemos propuesto es describir las características de la demanda asistencial y el porcentaje de persistencia/desistencia identitaria de niñas, niños y púberes atendidos/as, por manifestación de expresiones y sentimientos de género no congruente en la Unidad de Identidad de Género (UIG).

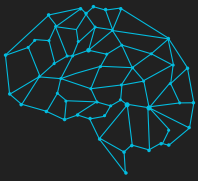
MATERIAL Y MÉTODO

SUJETOS

En el estudio se recogen los datos de la muestra total de personas de todas las edades, que fueron atendidas en la UIG entre los años 2012 y 2020, ahora bien, este estudio se centra en menores de 12 años y por ello los casos analizados representan una submuestra con manifestación de sentimientos y/o expresiones de género no congruentes con el sexo y género asignado al nacimiento, que solicitaron atención sanitaria en la UIG y accedieron acompañados/as de sus progenitores a la UIG "Valencia Doctor Peset".

La muestra estudiada fue seleccionada por conveniencia de criterios de edad y periodo evaluado. Los criterios de inclusión fueron manifestar sentimientos y/o expresiones de género incongruentes con el sexo y género asignado al nacimiento y cumplir los criterios de incongruencia de género establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE 11 (OMS, 2018) y de disforia de género-DSM 5 (APA, 2014), además de los estándares de atención sanitaria descritos por las pautas de la asociación mundial profesional para la salud de las personas transgénero (WPATH, 2011).

Se excluyeron a quienes tenían una edad mayor a 11 años en el momento inicial de la demanda sanitaria y a quienes se opusieron a participar. La selección por criterios de edad hasta los 11 años cumplidos tiene el objetivo de cubrir tanto la etapa infantil como el inicio de la pubertad, puesto que el inicio puberal se establece entre los 10 y los 14 años y es un criterio utilizado en los estándares de tratamiento de la WPATH (2011), para realizar el tratamiento de bloqueo puberal, si aparece o aumenta en esa etapa de inicio puberal la disforia de género.



PROCEDIMIENTO

La recogida de datos fue realizada durante el primer trimestre de 2021, a partir de la información registrada en las historias clínicas y que fue conseguida mediante las entrevistas clínicas con preguntas semiestructuradas realizadas durante las consultas practicadas, tanto en la primera consulta como en las consultas sucesivas de seguimiento/acompañamiento psicológico.

En estas consultas, se obtuvieron los datos que aportó tanto el/la menor como sus progenitores, sobre el tipo de manifestaciones identitarias: expresiones verbales referentes al género sentido (uso de pronombres y adjetivos para referirse a sí mismo/a), rectificación a personas del entorno si no se dirigían con expresiones acordes al género sentido y manifestaciones conductuales para comunicar su género (preferencia de ropas, juguetes, amigos/as y roles); además se recogió el tiempo de aparición y evolución, la manifestación de malestar o disforia hacia características sexuales propias y el tipo de transición familiar y social realizada.

Por otro lado, se recogió la información relativa a la persistencia/desistencia de la identidad de género incongruente con el sexo de asignación, que se determinó mediante la confirmación del mantenimiento o desistimiento en el tiempo, de las manifestaciones identitarias verbales y conductuales de expresión de género relativas al cumplimiento de criterios CIE-11 (OMS, 2018) y de disforia de género-DSM 5 (APA, 2014).

En aquellos casos en que se había iniciado la pubertad, se registró si se había comenzado el bloqueo puberal o el tratamiento hormonal cruzado por aparición o intensificación de disforia de género.

Para aquellos menores que no habían sido atendidos en los últimos seis meses se completó la información mediante entrevistas telefónicas a menores y progenitores.

Con toda la información se valoró si se cumplían los criterios recogidos en la CIE 11 (OMS, 2018) de incongruencia de género (binaria o no binaria) y de disforia de género-DSM 5 (APA, 2014) o si, en cambio, se trataba de un/a menor variante de género, diferencia que determinó un asesoramiento personal y familiar diferente.

Respecto a la disforia de género, se valoró si el/la menor manifestaba disforia hacia características sexuales primarias y/o secundarias propias ya desarrolladas o temor a que se desarrollaran.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los padres/madres o tutores legales de los y las menores de edad que acudieron a la Unidad dieron un consentimiento informado para que sus datos de historia clínica y de evaluación clínica pudieran ser utilizados para estudios de investigación.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y a al Reglamento (UE) 2016/679 de Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos

La investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética de nuestro centro y se han seguido los principios de la declaración de Helsinki cumpliendo con los criterios de ética y buenas prácticas en salud.

ANÁLISIS DE DATOS

Para determinar la prevalencia de las diversas variables analizadas, fueron utilizados los estadísticos descriptivos transformando las puntuaciones directas en porcentajes. Para la variable edad se ha utilizado la media estadística, la edad mínima y la edad máxima. Los análisis estadísticos se han realizado con el programa estadístico SPSS 22.0.

RESULTADOS

1) MUESTRA TOTAL: INFANCIA, ADOLESCENCIA Y ADULTEZ

Como se muestra en la tabla 2, entre los años 2012 y 2020 hemos tenido un incremento de la demanda asistencial en la Unidad de referencia. Un total de 677 personas fueron atendidas, de ellas 374 (55,2%) fueron hombres trans, 286 (42,2%) fueron mujeres trans y 17 (2,5%) fueron personas no binarias o variantes de género. La ratio sexo-género ha tenido una inversión notable a favor de los hombres trans, pasando a ser de un hombre trans (TMH) frente a ocho mujeres trans (THM) en 2012, a ser finalmente de un total de 1,3 hombres trans respecto a una mujer trans. También, hay que indicar, que el porcentaje de menores de edad se ha ido incrementado, pasando a ser de un total para el conjunto de los años estudiados del (42,09%) y para el grupo de infancia-pubertad, que es el grupo de edad en el que hemos centrado nuestro estudio, se pasó de ningún caso nuevo en 2012 a 24 en 2019.

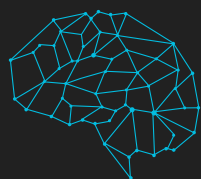


Tabla 2. Muestra total: datos de primeras consultas anuales en la UIG Valencia Doctor Peset.

Año	Total anual	Mujer Trans (THM)	Hombre Trans (TMH)	No binarios/Variantes	Razón THM/ TMH	0-11 años	12-17 años	=>18 años	% < de 18 años
2012	18	16	2	0	8/1,0	0	7	11	38,80
2013	28	12	16	0	1/1,3	1	4	23	17,80
2014	25	12	13	0	1/1,1	4	1	20	20,00
2015	56	33	23	0	1,4/1	8	19	29	48,20
2016	68	30	38	0	1/1,2	4	20	44	35,20
2017	112	48	64	0	1/1,3	12	30	70	37,50
2018	112	42	70	0	1/1,7	11	44	57	49,11
2019	154	51	92	11	1/1,8	24	60	70	54,55
2020	104	42	56	6	1/1,3	7	29	68	34,6%
Total	677	286	374	17	1/1,3	71	214	392	42,09

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

Tabla 3. Muestra total de menores de 12 años: datos de primeras consultas anuales en la UIG Valencia Doctor Peset.

Año	Edad			Género/identificación muestra total			Razón sexos THM/ TMH
	Total N (%)	Primera infancia (0-6) N (%)	Segunda Infancia (7-11) N (%)	Identidad Femenina (THM) N (%)	Identidad Masculina (TMH) N (%)	No binarios/Variantes N (%)	
2012	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0/0
2013	1 (1,41)	0 (0)	1 (1,41)	1 (1,41)	0 (0)	0 (0)	1/0
2014	4 (5,63)	1 (1,41)	3 (4,23)	1 (1,41)	3 (4,23)	0 (0)	1/3
2015	8 (11,27)	5 (3,55)	3 (4,23)	7 (9,86)	1 (1,41)	0 (0)	7/1
2016	4 (5,63)	1 (1,41)	3 (4,23)	3 (4,23)	1 (1,41)	0 (0)	3/1
2017	12 (16,9)	7 (9,86)	5 (3,55)	9 (12,68)	3 (4,23)	0 (0)	3/1
2018	11 (15,49)	7 (9,86)	4 (5,63)	7 (9,86)	4 (5,63)	0 (0)	1,75/1
2019	24 (33,08)	13 (18,31)	11 (15,49)	12 (16,9)	2 (2,82)	10 (14,08)	6/1
2020	7 (9,86)	5 (3,55)	2 (2,82)	5 (3,55)	1 (1,41)	1 (1,41)	5/1
Total	71 (100)	39 (54,93)	32 (45,07)	45 (63,38)	15 (21,13)	11 (15,49)	3/1

2) MUESTRA DE MENORES DE 12 AÑOS

a) Género sentido, características etarias y razón entre sexos de la muestra

En la tabla 3 podemos observar que la muestra final analizada fue de 71 sujetos, aunque 75 sujetos demandaron asistencia en la UIG durante el periodo de años analizados. Por consiguiente, 4 sujetos no se tuvieron en cuenta porque abandonaron y no se pudo recoger datos del seguimiento de los mismos.

Según género sentido 15 (21,1%) eran chicos trans, 45 (63,4%) chicas trans y 11 (15,5%) variantes de género o no binarios.

Por grupos de edad en la primera cita, 39 (54,9%) acudieron en la primera infancia (0 a 6 años) y 32 (45,1%) en la segunda infancia-pubertad (7 a 11). Los datos confirman que a medida que progresan los años aumentó el número de demanda de menores en la UIG, pasando de ningún sujeto en primera y en segunda infancia en 2012 a 13 sujetos en primera infancia y 11 en segunda infancia en 2019, la bajada de demanda en 2020 corresponde al año de pandemia mundial por la COVID-19 y la consiguiente reducción de consultas debido a las medidas de distanciamiento social legisladas.

Las ratios entre sexos muestran que las niñas trans (THM/niño a niña) superan, a excepción de 2014, a los ni-

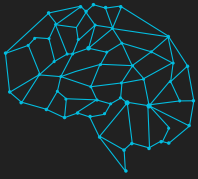


Tabla 4. Disforia corporal, tratamiento hormonal y persistencia/desistencia identitaria en 71 menores de 12 años con incongruencia de género en la infancia y pubertad.

Variables	Total N (%)	Trans Masculinos N (%)	Trans Femeninas N (%)	No binarios N (%)
Presencia de disforia corporal	22/71 (30,9%)	13/22 (59%)	9/22 (41%)	0/22 (0%)
Inicio de bloqueo puberal durante el seguimiento	12/71 (16,9%)	6/12 (50%)	6/12 (50%)	0/12 (0%)
Inicio de Terapia hormonal cruzada (THC) durante el seguimiento	6/71 (8,4%)	3/6 (50%)	3/6 (50%)	0/6 (0%)
Persistencia	65/71 (91,6%)	12/65 (18,5%)	42/65 (64,6%)	11/65 (16,9%)
Desistencia	6/71 (8,4%)	3/6 (50%)	3/6 (50%)	0/6 (0%)

ños trans (TMH/niña a niño), mostrando una razón total de 3 niñas trans frente a 1 niño trans.

La edad de primera consulta mostró un rango de edad comprendido entre 3 y 10 años con una edad media de 6,34 (DT 1,963). El rango de edad en la última cita estuvo comprendido entre los 3 y los 17 años y una edad media de 8,89 años (DT 2,917), por consiguiente, el tiempo medio de seguimiento entre la primera y la última consulta fue de 2,55 años.

b) Desistencia/persistencia

Con un tiempo medio de seguimiento entre la primera visita a la última visita de 2,55 años, 65 menores (91,5% de los casos) se mantuvo con persistencia la incongruencia de género y, en seis casos (8,5%), se había producido una modificación en el sentimiento identitario trans con el paso del tiempo (tabla 4). Estos casos correspondían a tres niñas asignadas y tres niños asignados, de edades comprendidas entre los 7 y los 11 años.

c) Disforia corporal y tratamiento hormonal

Siguiendo con la exposición de resultados en la tabla 4, se puede observar que del total de casos estudiados, 22 (30,9%) habían manifestado disforia corporal hacia características sexuales propias, 13 (59%) de los chicos trans y 9 (41%) de las chicas trans, bien por rechazo a las mismas o por temor a que se desarrollaran las que no deseaban, pero por criterios médicos de desarrollo puberal, solamente 12 (16,9%) de los 71 menores de 12 años, habían comenzado tratamiento hormonal para bloquear la pubertad (seis de cada género) y de estos la mitad, tres de cada género, habían iniciado tratamiento hormonal cruzado.

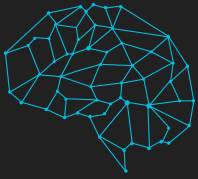
DISCUSIÓN

Entre los años 2012 y 2020 hemos tenido un incremento de la demanda asistencial en todos los grupos de edad en la Unidad de Identidad de Género. Para el grupo de menores de 12 años, objetivo de nuestro estudio, la ratio sexo-género ha sido a favor de las niñas trans con un porcentaje superior al 60%, manteniéndose en el 91,5% de los casos la persistencia identitaria incongruente con el de género asignado tras un tiempo medio de seguimiento de 2,55 años.

1) DEMANDA ASISTENCIAL

Los datos de nuestro estudio han mostrado en los años analizados un incremento notable de la demanda asistencial en todos los grupos de edad, pasando de 18 consultas nuevas en 2012 a ser mayor de 100 a partir de 2017 y alcanzando el mayor número (154) en 2019. Datos que están en concordancia con los datos publicados de la demanda asistencial en las unidades especializadas de identidad de género, observada en Occidente en general y en España en particular (Esteva et al., 2014; Aiken et al., 2015; Asenjo-Araque et al., 2015; Chen, Fuqua y Euqster, 2016; Becerra-Fernández et al., 2017; Fernández, Guerra, Martín y GIDSEEN, 2017; Skordis, Butler, de Vries, Main y Hannema, 2018; Wiepjes et al., 2018; Fernández, Guerra, Revuelta, Villaverde y Concha, 2020; Modrego Pardo, Hurtado Murillo, Gómez Balaguer, Sánchez Pérez, Salazar León y Morillas Ariño, 2020).

Por otro lado, hemos observado, del mismo modo que en la publicaciones precedentes, un cambio en el perfil sociodemográfico de las personas que acuden a consultas, con una prevalencia cada vez mayor de personas jóvenes y entre las causas propuestas para explicar este aumento, se apunta la mayor aceptación social existente, la inclusión en la



cartera de servicios públicos sanitarios, la fuerte exposición mediática y, al menos en algunas Comunidades Autónomas de nuestro país, la publicación de leyes autonómicas y los nuevos modelos asistenciales surgidos (Pazos Guerra, Gómez Balaguer, Gomes Porras, Hurtado Murillo, Solá Izquierdo y Morillas Ariño, 2020).

2) RATIO SEXO-GÉNERO

La ratio sexo-género en la población infantil en nuestra cohorte favorece a las personas identificadas como niñas trans con una ratio total de 3/1 en cambio, en la población adolescente mayor de 12 años y adultos/as jóvenes la ratio se invierte a favor de las personas identificadas como hombres trans. Por consiguiente, los datos apuntan en el mismo sentido que en las investigaciones sobre ratio sexo-género recientemente publicadas, en las que mientras que en la población infantil se mantiene una ratio sexo-género a favor de las niñas trans (Steensma, Cohen-Kettenis y Zucker, 2018; Wiepjes et al., 2018) en la población adolescente la tendencia es a invertirse (Costa, Dunsford, Skagerber, Holt, Carmichael y Colizzi, 2015; Chen et al, 2016; Wiepjes et al., 2018; Fernández et al., 2020; Modrego Pardo et al., 2020; Steensma, Cohen-Kettenis y Zucker, 2018). Respecto a la ratio de variantes de género, se observa una mayor prevalencia en personas asignadas como mujeres (Steensma et al, 2013).

3) PERSISTENCIA/DESISTENCIA

Respecto a la persistencia de la identidad transgénero, nuestros resultados sobre la persistencia en infancia-pubertad expresan que en el 91,5% de los casos se mantiene la incongruencia entre el sexo asignado y *sexo/género sentido después de un tiempo medio de seguimiento de seguimiento de 2,55 años. Solamente se ha producido desistencia identitaria o modificación en el sentimiento identitario trans manifestado en el 8,5% de los casos (seis sujetos), tres de cada género de edades comprendidas entre los 7 y los 11 años.*

La literatura a este respecto muestra resultados contradictorios, por un lado, hay estudios, en discordancia con nuestros datos, que indican tasas muy bajas de persistencia identitaria incongruente con el sexo y género asignado en infancia y en adolescencia (del 27% al 54,7%) (Wallien y Cohen-Kettenis, 2008, Steensma et al, 2011; Steensma et al, 2013) y desistencias muy altas (65-94%) (Drummond, Bradley, Peterson-Badali y Zucker, 2008; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008; Brooks, 2018), ahora bien, reconocen posibles errores

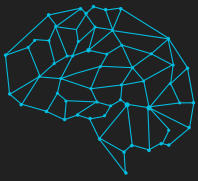
metodológicos en la clasificación de los niños y niñas como transgénero (Brooks, 2018) o también, podría explicarse por la variabilidad de la presentación de las manifestaciones identitarias en la edad infantil y por diferencias en el cumplimiento de criterios en las diferentes clasificaciones diagnósticas.

En otros estudios, de forma contraria y en concordancia con nuestros datos, se ha evidenciado que en la etapa de la infantil y adolescente la persistencia de la identidad transgénero es elevada del 81 al 97,6% (Hewitt et al, 2012; Aseñjo-Araque et al, 2015; De Castro et al, 2022), donde además, el estudio de persistencia en menores transgénero de la Unidad de Identidad de Género de Cataluña concuerda con nuestro tiempo medio de seguimiento de dos años y medio (De Castro et al de 2022).

Hay que decir, respecto a las causas publicadas de desistencia identitaria incongruente con el género asignado, que los factores de género y la orientación sexual presentan resultados contradictorios (Money & Russo, 1979; Zuger, 1984; Green, Roberts, Williams, Goodman y Mixon, 1987; Drummond et al, 2008; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008), a pesar de la afirmación de estudios prospectivos que afirman que la incongruencia de género en la infancia se asocia fuertemente con la orientación homosexual y bisexual en la etapa adulta (Cohen-Kettenis, Steensma y de Vries, 2011; Ristori y Steensma, 2016).

En lo referente a lo observado en nuestra muestra sobre la manifestación de disforia de género, de los 65 casos que persistieron, solo 22 presentaron disforia hacia las características sexuales propias, si bien, esto podría explicarse por la variabilidad de la presentación clínica de la disforia de género corporal en la etapa infantil (Ristori y Steensma, 2016), no obstante, es importante decir que no hemos encontrado estudios específicos publicados sobre porcentajes de presencia o ausencia de disforia hacia características sexuales en población infantil, lo que ha dificultado la posibilidad de comparar datos.

Los estudios publicados informan que tanto en los casos que desisten como en los que persisten, se verbalizan los deseos de pertenecer al género/sexo opuesto al asignado en la infancia, siendo las motivaciones de ambos grupos diferentes y también, que en la adolescencia la persistencia de la incongruencia de género sea más elevada que en la infancia, y que de ésta última no se encuentren apenas estudios sobre la disforia de género hacia características sexuales, puede explicarse debido a que el período crítico para adquirir la permanencia de la identidad de género se



encuentra entre los 10 y los 13 años de edad (Steensma et al., 2011), datos que van en la misma línea de nuestros resultados ya que solamente 22 (30,9%) manifestaron disforia hacia las características sexuales propias.

Otra investigación liderada por el mismo autor (Steensma et al, 2013), apunta que la intensidad de la disforia de género parece ser la variable más predictora de la persistencia de la incongruencia de género tanto en niños como en niñas asignadas (los/as que persistieron habían dicho que "ellos eran del otro género", mientras que los que no persistieron se identificaban más como un niño femenino o una niña masculina o que deseaban ser del otro sexo). La mayor edad en que consultan y el sexo femenino de asignación también parecen ser predictores de persistencia. En el caso de los niños asignados los factores más predictores fueron además de la intensidad de la disforia, la mayor edad de aparición, el que hubieran hecho ya la transición social y el mayor número de comportamientos variantes de género.

Los factores asociados a la persistencia y descritos en la literatura por Steensma et al en 2011 y 2013, son coherentes con nuestro estudio en cuanto a la afirmación verbal del sentimiento identitario, con el número de comportamientos variantes de género y con el hecho de haber hecho la transición social, pero no en el factor edad ni en el sexo de asignación, ya que la edad de aparición en nuestra cohorte es temprana, con un rango de 3 a 10 años y de los seis casos que desistieron había tres de cada sexo.

Por consiguiente, debido a la diversidad de factores implicados en la manifestación y persistencia identitaria trans y en la manifestación de la disforia de género, las principales guías de práctica clínica proponen una evaluación y acompañamiento psicológico para permitir explorar la persistencia de la identidad manifestada, la mejoría de la resiliencia, valorar si la decisión de la transición social y médica es razonada, ajustar las expectativas, conocer limitaciones y consecuencias de los tratamientos solicitados, trabajar la autoimagen, mejorar la autoestima y descartar comorbilidades de salud mental que pudieran confundir la identidad (Coleman et al., 2012; Moreno-Pérez, Esteva de Antonio y Grupo GIDSEEN, 2012; Hembree et al, 2017).

Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es que la población estudiada no representa al total de la población, sino a la que busca atención asistencial.

En segundo lugar hay que añadir que el hecho de realizar medidas de la persistencia de la identidad transgénero en momentos temporales muy separados uno de otro (al inicio de la demanda y tras varios años), tiene como consecuencia una pérdida de sujetos que no han vuelto a venir a consulta, en este caso han sido cuatro sujetos, por lo que no hay constancia sobre su persistencia o desistencia identitaria y si se incluyeran éstos, es probable que el porcentaje de desistencia sería mayor, dado que posiblemente esa sea su causa.

En tercer lugar, la media del tiempo de seguimiento de dos años y medio es corto y con seguimientos más largos tendríamos porcentajes más reales del número sujetos con persistencia y de desistencia identitaria.

Otra limitación es la ausencia de instrumentos de medida específicos, como por ejemplo para medir la intensidad de la disforia, y finalmente, el hecho de que todas las variables han sido recogidas de forma retrospectiva de la historia clínica.

CONCLUSIONES

En conjunto, nuestro estudio encuentra que desde el año 2012 se ha producido, en la Unidad de Identidad de Género, un progresivo aumento de la demanda asistencial en la población de 3 a 11 años. Para este grupo de edad, la ratio sexo-género va a favor de las niñas trans (niño a niña) con una razón total de 3 a 1 y una demanda asistencial del 63,4% frente a 21,1% de niños trans (niña a niño). A su vez, se ha evidenciado un incremento progresivo de variantes de género (15,5%). Con un tiempo medio de seguimiento de 2,55 años, el 91,5% de los casos atendidos en el grupo de infancia-pubertad han mantenido la *persistencia de la incongruencia de género*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aitken, M., Steensma, T., Blanchard, R., VanderLaan, D., Wood, H., Fuentes, A., et al. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 3,756-763.
2. American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
3. Asenjo-Araque, N., García-Gibert, C., Rodríguez-Molina, J.M., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M.J. y Grupo GIDSEEN. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 33-6.
4. Becerra-Fernández, A., Rodríguez-Molina, J.M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M.J., Cuchi-Alfaro, M., García-Camba, E., et al. (2017). Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) according to healthcare demand. *Archives of Sexual Behavior*, 46,1307-12.



5. Brooks, J. (2018). *The controversial Research on Desistance in Transgender Youth*. KQED science. USA.
6. Chen, M., Fuqua, J., y Euyqster, E.A. (2016). Characteristics of Referrals for gender dysphoria Over a 13-year period. *The Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369-71.
7. Cohen-Kettenis, P.T., Steensma, T.D., y de Vries, A.L.C. (2011). Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20, 689-700. Doi:10.1016/j.chc.2011.08.001
8. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., et al. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version7. *The International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232.
9. Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., y Colizzi, M. (2015). Psychological Support, Puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2 (24).
10. De Castro, C., Solerdelcoll, M., Plana, M.T., Halperin, I., Mora, M., Ribera, L., Castelo-Branco, C., Gómez-Gil, E., y Vidal, A. (2022). Alta persistencia en menores transgénero españoles: 18 años de experiencia de la Unidad de Identidad de Género de Cataluña. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Disponible online 8 Febrero. www.elsevier.es/saludmental
11. Drummond, K.D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M., y Zucker, K.J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental psychology*, 44,34-45. doi: 10.1037/0012-1649.44.1.34.
12. Esteva, I., Prior Sánchez, I., García-Bray, B., Almaraz, M.C., Yahyahoui, R., Fernández-García Salazar, R., Gómez-Gil, E., y Martínez-Tudela, J. (2014). Gender Dysphoria in minors, a growing phenomenon in our society: demographic and clinical characteristics of this population in Spain. In: *Gender Identity Disorders, developmental perspectives and social implications*. United States of America: Nova Science Publishers, p.195-210.
13. Fernández, M., Guerra, P., Martín, E., y Grupo GIDSEEN. (2017). Características de los adolescentes con disforia de género que acuden a la unidad de tratamiento de la identidad de género. *Revista Española de Salud Pública*, 91, e1-e9.
14. Fernández, M., Guerra, P., Revuelta, A.I., Villaverde, A., y Concha, V. (2020). La disforia de género en menores trans: nicho ecológico. *Revista Internacional de Andrología*, 278. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2020.06.002>
15. Gómez Porras, M.J., Gómez Balaguer, M., y Hurtado Murillo, F. (2020). Transiciones y destrucciones. En Hurtado Murillo, F y Gómez Balaguer M (Coord.). *Atención Sanitaria a la transexualidad y diversidad identitaria*. Págs.: 215-223. Cádiz: Sotavento Editores.
16. Green, R., Roberts, C.W., Williams, K., Goodman, M., y Mixon, A. (1987). Specific cross-gender behavior in boyhood and later homosexual orientation. *The British Journal of Psychiatry*, 15, 84-88. doi:10.1192/bjp.151.1.84.
17. Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L., Hannema, S.E., Meyer, W.J., Murad, M.H., et al. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102, 3869-903. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.
18. 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.
19. Hurtado Murillo, F. (1999). *Manual de educación sexual, reproductiva y afectiva*. Valencia: Promolibro.
20. Modrego Pardo, I., Hurtado Murillo, F., Gómez Balaguer, M., Sánchez Pérez, M.R., Salazar León, J.D., y Morillas Ariño, C. (2020). Demanda, psicopatología, calidad de vida, autoestima y personalidad en personas transexuales adolescentes y adultas jóvenes atendidas en una unidad de referencia en identidad de género en España. *Psicosomática y Psiquiatría*, 13, 20-32.
21. Money, J., y Russo, A.J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/ role in childhood: longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4:29-41. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/4.1.29>.
22. Moreno-Pérez, O., Esteva de Antonio, I., y Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. *Endocrinología y Nutrición*, 59, 367-82.
23. Organización Mundial de la Salud. (2018). *International classification of diseases 11. Online versión*.
24. Pazos Guerra M, Gómez Balaguer M, Hurtado Murillo F, Solá Izquierdo E., y Morillas Ariño C. (2020). Transexualidad: transiciones, destrucciones y arrepentimientos en España. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>
25. Ristori, J., y Steensma T.D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International review of psychiatry*, 28(1),13-20.
26. Skordis, N., Butler, G., de Vries, M.C., Main, K., y Hannema, S.E. (2018). ESPE and PES international survey of centers and clinicians delivering specialist care for children and adolescents with gender dysphoria. *Hormone Research in Paediatrics*, 90, 326-31.
27. Steensma, T., Cohen-Kettenis, P., y Zucker, K. (2018). Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 713-715.
28. 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, 499-516. DOI: 10.1177/1359104510378303.
29. Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P., Beekman, A.J., y Cohen-Kettenis, P.T. (2013). Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582-90. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.03.016.
30. 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*, Dec,47(12),1413-23. doi: 10.1097/CHI.0b013e31818956b9.
31. Wiepjes, C.M., Nota, N.M., de Blok, C.J.M., Klaver, M., de Vries, A.L.C., Wensing-Kruger, S.A., de Jongh, R.T., Bouman, M.B., Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L.J.G., Kreukels, B. P.C., y den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, 15, 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>.
32. World Professional Association for Transgender Health-WPATH. (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7ª version*. Disponible en http://www.wpath.org/publications_standards.cfm.
33. Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: outcome and significance for homosexuality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 90-97.