

María Fernández<sup>1</sup>  
Patricia Guerra<sup>2</sup>  
Mónica Díaz<sup>3</sup>  
Elena García-Vega<sup>4</sup>  
Jose A. Álvarez-Diz<sup>5</sup>

# Nuevas perspectivas en el tratamiento hormonal de la disforia de género en la adolescencia

<sup>1</sup>Psicóloga Clínica. Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.). Hospital San Agustín de Avilés y Centro de Salud Mental I (C.S.M. I) "La Magdalena". (Área sanitaria III)

<sup>2</sup>Becaria predoctoral de la Facultad de Psicología (Universidad de Oviedo). Beca de Formación de Profesorado Universitario-FPU (Ref. FPU12-02242)

<sup>3</sup>Estudiante de Psicología en la Universidad de Oviedo. Practicum en los Servicios de Salud Mental

<sup>4</sup>Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo

<sup>5</sup>Endocrinólogo en la U.T.I.G.P.A. y en el Servicio de Endocrinología del Hospital San Agustín de Avilés

En la última década se están aplicando tratamientos hormonales a adolescentes con disforia de género. Los profesionales de las unidades de tratamiento de la disforia de género no pueden hacer oídos sordos a esta nueva demanda. En este trabajo se expone cómo ha evolucionado la atención a estos adolescentes en las tres últimas versiones de los Estándares Asistenciales (EA) de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero, en las que, a partir de la quinta versión de los EA, se empieza a contemplar que los adolescentes pueden ser subsidiarios de recibir tratamientos hormonales. También se analizan los recientes protocolos de intervención hormonal llevados a cabo por clínicas especializadas. Por último, se debate sobre los argumentos a favor y en contra de estos tratamientos hormonales. Estas intervenciones hormonales tienen importantes repercusiones en el desarrollo físico, social y psicosexual de los usuarios y conllevan implicaciones éticas y morales para los profesionales.

**Palabras clave:** Trastorno de identidad de género, Disforia de género, Transexualismo, Estándares Asistenciales, Supresión de la pubertad, Adolescentes

*Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(1):24-31

## New perspectives in the hormonal treatment of gender dysphoria in adolescence

Hormonal treatments have been used in adolescents with gender dysphoria in the last decade. The professionals working in gender dysphoria treatment units cannot ignore this new demand. The evolution of care for such adolescents according to the last three versions of the Standards of Care (SC) of the World Professional Association for Transgender Health is described. Starting with the fifth version of the SC, hormonal treatment of adolescents has been contemplated. Recent protocols for hormonal intervention carried out by specialized clinics are analyzed. Finally, the pros and cons of hormonal treatment are debated. These hormonal interventions have major impact on the physical, social, and psychosexual development of patients and have ethical and moral implications for professionals.

**Keywords:** Gender identity disorder, Gender dysphoria, Transsexualism, Standards of Care, Suppression of puberty, Adolescents

---

Correspondencia:

María Fernández

Centro de Salud Mental I "La Magdalena"

C/ Valdés Salas, nº 4

33400 Avilés · Asturias

Tel.: 985549219

Correo electrónico: maria.fernandezr@sespa.princast.es

## INTRODUCCIÓN

Desde marzo de 2007 la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.) atiende a las personas que realizan una demanda por disforia de género. Una investigación llevada a cabo en los primeros tres años de funcionamiento mostraba que la edad media a la que las personas transexuales pedían consulta en dicha unidad era a los 33,69 años, siendo la media para las mujeres transexuales (de hombre a mujer, THM) de 38,42 años y para los hombres transexuales (de mujer a hombre, TMH) de 27,28 años. La edad mínima de las THM era de 16 años y de los TMH de 17 años<sup>1</sup>. Esta demanda incluía un grupo de THM que previamente habían recurrido a la autohormonación o que habían sido tratadas de forma aislada por distintos especialistas, habiendo realizado, en algún caso, tratamientos quirúrgicos o estéticos feminizantes<sup>2</sup>. En los dos últimos años de funcionamiento de la unidad la variable edad se ha ido modificando y aunque no se han realizado investigaciones empíricas al respecto, se observa una tasa de incidencia donde los demandantes son cada vez más jóvenes, con una edad mínima de 13 años. La petición de ayuda la realizan cuando aún no han comenzado ningún tipo de tratamiento médico o estético para adecuar su cuerpo al género con el que se identifican.

Desde el año 2007 ha habido una proliferación de unidades de tratamiento interdisciplinares de la disforia de género en el sistema sanitario público español<sup>3</sup>. Esta disponibilidad asistencial favorece la accesibilidad de los usuarios a las unidades de tratamiento. Como consecuencia, se van modificando algunas variables socio-demográficas y clínicas. Por ejemplo, los consultantes buscan atención cada vez a edades más tempranas y son menos los casos que han recurrido a la autohormonación.

Los profesionales de estas unidades deben dar respuesta a esta nueva realidad asistencial con la elaboración de protocolos eficaces y seguros que aborden las demandas y necesidades de los más jóvenes, sin imponer un punto de vista dicotómico sobre el género, explorando las diferentes expresiones de identidad de género y teniendo en cuenta que las intervenciones hormonales y quirúrgicas pueden ser adecuadas para algunos adolescentes, pero no para otros<sup>4</sup>.

## CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Los trastornos de identidad de género aparecen por primera vez en la nomenclatura oficial de la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su tercera edición – DSM-III)<sup>5</sup> y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Sanitarios Relacionados en 1978 (CIE-9)<sup>6</sup>. Ambas clasificaciones, además del diagnóstico de "tran-

sexualismo", introducen un apartado específico para cuando ese trastorno se da en la infancia. En el DSM-III se denomina "trastorno de identidad de género en la infancia" y se correspondería con el apartado "trastorno de la identidad psicosexual" de la CIE-9. A pesar de esta inclusión simultánea y de que la mayoría de los trabajos subrayan que el comienzo suele tener lugar en la infancia y en la adolescencia, los trastornos de identidad de género se han estudiado sobre todo en las personas adultas<sup>7</sup>.

Mientras que la CIE-10<sup>8</sup> mantiene el término "transexualismo" y conserva el "trastorno de identidad de género en la infancia", el DSM-IV<sup>9</sup> reemplaza el diagnóstico de transexualismo por el de "trastorno de la identidad de género" (F64.x) y contempla en esta única categoría los criterios para niños, adolescentes y adultos, estableciendo que se especifique la edad actual. El DSM-IV-TR<sup>10</sup> aunque mantiene gran similitud con su edición anterior cabe señalar que comienza a introducir el término "disforia de género".

Estas clasificaciones definen los trastornos de identidad de género en la infancia como la identificación persistente y acusada con el otro sexo junto con el malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol genérico, lo cual provoca un profundo malestar psicológico y alteraciones significativas en el área social, ocupacional o en cualquier otro aspecto importante del funcionamiento. Se manifiesta por primera vez durante los años preescolares y para poder ser diagnosticado debe de haber aparecido antes de la pubertad.

## EL TRATAMIENTO HORMONAL EN LAS DISTINTAS VERSIONES DE LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES (EA)

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. Esta asociación previamente era conocida como la Asociación Internacional de Disforia de Género "Harry Benjamin" (*The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, HBGDA*). Hasta la actualidad se han publicado siete versiones:

- *Las cuatro primeras versiones*, publicadas en 1979, 1980, 1981 y 1990 no incluían la reasignación sexual hormonal y quirúrgica en la adolescencia, aludiendo a que estos procedimientos deben ser solicitados por el interesado y llevados a cabo a través del consentimiento informado: "*la reasignación sexual hormonal y quirúrgica puede ser llevada a cabo o administrada sólo a personas mayores de edad legalmente (definida esta por la ley estatal) o a personas declaradas por un tribunal como adultos legalmente (menores emancipados)*"<sup>11</sup>.

- Es a partir de la *versión quinta* cuando empiezan a ser mencionados los jóvenes como subsidiarios de tratamiento hormonal, estableciendo que sólo en casos excepcionales es recomendable la administración de hormonas a menores de 18 años<sup>12</sup>.
- La *sexta versión*<sup>13</sup> establece que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de las mismas, 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. Por lo tanto, el tratamiento médico en adolescentes es bastante reciente y está siendo aplicado en la última década en distintas clínicas especializadas<sup>14,15</sup>.
- La *séptima y última versión*<sup>4</sup>, al igual que el borrador del DSM-5<sup>16</sup>, ha sustituido el término "trastorno de identidad de género" por el de "disforia de género" y como la sexta versión, permite realizar intervenciones hormonales en personas con disforia de género a edades tempranas.

## EL ABORDAJE DE LA DISFORIA DE GÉNERO EN LAS TRES ÚLTIMAS VERSIONES DE LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES

Desde la *versión quinta*<sup>12</sup> hasta la *séptima*<sup>4</sup>, se observa un cambio progresivo a favor de una mayor precocidad a la hora de instaurar los tratamientos médicos reversibles y parcialmente irreversibles en adolescentes.

### a) Etapas recomendadas

Las tres últimas versiones de los EA establecen tres etapas en las intervenciones físicas<sup>12,13,4</sup>:

- i. *Primera etapa del tratamiento hormonal: intervenciones completamente reversibles orientadas a aplazar la pubertad.* Se trata de intervenciones relacionadas con retrasar los cambios físicos propios de la pubertad que consisten en el uso de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (Gn RH), también conocida como LHRH o LHRF, para suprimir la producción de LH y FSH (gonadotropinas). Este bloqueo de las gonadotropinas, en adolescentes con genitales masculinos (THM), detiene la secreción de testosterona y la producción de espermatozoides; en adolescentes con genitales femeninos (TMH) detiene la producción de estrógenos y progesterona y la maduración de los ovocitos. Por tanto, en ambos grupos, el tratamiento de preferencia consiste en cualquier análogo de la GnRH. Para administrarlos, el paciente ha de haber alcanzado el estadio II de Tanner<sup>17</sup> del desarrollo puberal. Para aquellos que no puedan recibir análogos, la alternativa, en los varones biológicos, sería un anti-andrógeno (que neutraliza los efectos de la testosterona) y en las mujeres biológicas sería un an-

drógeno (en la práctica, testosterona) o un progestágeno (si no fuera posible usar testosterona) que interrumpen la producción de estradiol, estrona y progesterona suprimiendo la menstruación. Estas últimas intervenciones citadas son las únicas que establece la quinta versión<sup>12</sup> en todas las fases. En la sexta o la séptima versiones, no se recomiendan para el tratamiento en la primera fase del desarrollo puberal, prefiriéndose el uso de análogos de GnRH por la reversibilidad de sus efectos.

- ii. *Segunda etapa del tratamiento hormonal: intervenciones parcialmente reversibles con testosterona o estrógeno.* Incluyen terapias hormonales para feminizar o masculinizar el cuerpo, que suponen la administración de testosterona en mujeres biológicas y estrógenos más antiandrógenos a varones biológicos.
- iii. *Cirugías: intervenciones irreversibles.* Son procedimientos quirúrgicos, bien de reasignación de sexo, como la cirugía de pecho (mamoplastia de aumento -en THM- o mastectomía y masculinización de tórax -en TMH-) o la cirugía genital (orquidectomía, penectomía y vaginoplastia en THM, histerectomía, vaginectomía, ooforectomía, faloplastia y metaidoioplastia en TMH), u otras de carácter plástico, como liposucción de grasa (TMH) o lipoescultura (THM), reducción de huesos faciales (THM), plastia de cartilago tiroides para reducir la nuez (THM), cirugía de laringe para cambiar el tono de voz (THM)...

- b) Edad de inicio aconsejada para el tratamiento con análogos

La *quinta versión* establece que nunca deberán emplearse terapias hormonales o quirúrgicas en niños. En adolescentes el tratamiento debe ser conservador, ya que el desarrollo de la identidad de género puede evolucionar rápida e inesperadamente. Por tanto, la edad mínima general a partir de la cuál se deberían realizar intervenciones hormonales según esta versión son los 18 años y preferiblemente con consentimiento paterno. Plantea que el tratamiento hormonal para adolescentes deberá realizarse en dos fases únicamente después de que la pubertad se haya establecido plenamente. Establece: "*existen pocos casos en los que sea recomendable la administración de hormonas a adolescentes menores de 18 años*"<sup>12</sup>. Por tanto, sólo se dará en casos excepcionales y siempre y cuando cumplan los criterios que figuran en la Tabla 1.

En la *sexta versión* ya no se establece que el punto de corte para comenzar el tratamiento hormonal sea la mayoría de edad. Se expone que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas (inhibidores) que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma, recomendando que se haya llegado hasta el estadio II de Tanner (1962)<sup>13</sup> y además, que cumplan los criterios exigidos (Tabla 1). Esta versión, aunque elimina

Tabla 1 Criterios para realizar la primera fase de tratamiento hormonal (HBIGDA, 1998; HBIGDA, 2001 y WPATH, 2011)		
Quinta versión (Criterios para casos excepcionales)	Sexta versión	Séptima Versión
1. Haber mostrado a lo largo de toda su infancia un patrón claro de identidad de género opuesta y una aversión a los comportamientos del rol de género esperado.	1. Durante la niñez, el adolescente ha mostrado un modelo intenso de identidad de sexo y género cruzado, y una aversión a la conducta esperada debido al papel de su género asignado.	1. El adolescente ha demostrado un patrón de disconformidad o disforia de género intenso y duradero (haya sido o no expresado y aceptado).
2. Incremento significativo de la inadaptación a su sexo con la llegada de la pubertad.	2. La incomodidad de su sexo y género ha aumentado significativamente al comenzar la pubertad.	2. La Disforia de Género ha emergido o ha empeorado con el inicio de la pubertad.
3. Los desarrollos sociales, intelectuales, psicológicos e interpersonales se ven limitados como consecuencia de su trastorno de identidad de género.		3. Se han señalado y tenido en cuenta cualquier tipo de problemas médicos, psicológicos o sociales que pueda interferir con el tratamiento, de forma que la situación y funcionamiento del adolescente son suficientemente estables como para llevar a cabo el tratamiento.
4. Ausencia de psicopatología grave, independientemente de las causadas por su trastorno de la identidad de género.		
5. Consentimiento de la familia y su participación en la tríada terapéutica.	3. La familia consiente y participa en la terapia.	4. El adolescente ha aportado consentimiento informado y especialmente cuando el adolescente no ha alcanzado la edad de dar dicho consentimiento, los padres u otros tutores han consentido el tratamiento y se involucraran en el apoyo al adolescente durante el mismo.

los criterios 3 y 4 de la versión quinta, mantiene como principio general que para las intervenciones físicas, debe llevarse a cabo una investigación extensa de aspectos psicológicos, familiares y sociales.

La *séptima versión*<sup>4</sup> continúa recomendando haber experimentado hasta la etapa II de Tanner antes de iniciar la hormonación con inhibidores que demora la pubertad. Los criterios mínimos para la administración de hormonas supresoras de la pubertad se muestran en la Tabla 1. Por tanto, añade un criterio con respecto a la sexta versión, estableciendo ya no como principio general, sino como criterio de elegibilidad, señalar y tener en cuenta cualquier tipo de problema médico, psicológico o social que pueda interferir con el tratamiento de forma que la situación y el funcionamiento del adolescente sean lo suficientemente estables como para llevar a cabo el tratamiento. Este criterio de la séptima versión, ya presente en la quinta, establecía de forma más restrictiva que la presencia de psicopatología grave era un criterio de exclusión y que el desarrollo del individuo tenía que estar limitado por el trastorno de identidad de género. (Tabla 1)

c) Edad de inicio aconsejado para el tratamiento con hormonas feminizantes o masculinizantes

La *quinta versión* permite en casos excepcionales la administración de hormonas que inducen características del sexo opuesto (segunda fase) cuando no se ha llegado a la mayoría de edad, aunque nunca debe realizar-

se antes de los 16 años. Se requiere un mínimo de seis meses de intervención del profesional de salud mental con el adolescente y la familia para iniciar una terapia hormonal.

En la *séxta versión*, la excepción se ha convertido en la norma y establece que los adolescentes pueden ser elegibles para comenzar tratamiento hormonal cruzado (segunda fase) cuando tienen 16 años preferiblemente con consentimiento parental.

En la *versión séptima*, también se expone que los adolescentes pueden iniciar estos tratamientos, preferentemente con el consentimiento paterno, no siendo imprescindible en los países donde a los 16 años son considerados legalmente adultos para tomar decisiones médicas. No se indica un mínimo de tiempo de intervención del profesional de salud mental, no obstante, sí que se establece el siguiente principio general para las intervenciones físicas: "*Antes de que se considere cualquier intervención en adolescentes, debe explorarse exhaustivamente las consecuencias sociales, psicológicas y familiares. La duración de esta exploración puede variar considerablemente dependiendo de la complejidad de la situación*"<sup>4</sup>.

d) Cirugías de reasignación sexual

La *versión quinta* no prevé las intervenciones totalmente irreversibles en menores de edad, es decir, las cirugías. La *séxta versión* dedica un apartado a esta población.

Plantea que las intervenciones irreversibles deben retrasarse tanto como sea posible y que *"no se debe ejecutar ninguna intervención quirúrgica antes de la adultez, o antes de una experiencia de la vida real de por lo menos dos años en el papel de género del sexo con el que se identifica el adolescente"*<sup>13</sup>.

La séptima versión requiere para la cirugía genital dos criterios: la mayoría de edad en el país en el que se encuentren y haber vivido de forma continua durante al menos 12 meses en el rol de género que es congruente con su identidad de género. Esta última versión aclara que la edad debe ser vista como criterio mínimo obligatorio y no como indicación en sí misma favorable a la intervención. Así mismo establece que para los TMH, la cirugía de pecho deberá realizarse preferiblemente, aunque no necesariamente, tras un amplio período de vida según el rol de género deseado y tras un año de tratamiento con testosterona. Establece estos criterios flexibles atendiendo a la situación clínica específica y metas de expresión de identidad de género de cada adolescente. Enfatiza los riesgos que supone retrasar o contener las intervenciones médicas en adolescentes ya que *"puede prolongar la disforia de género y contribuir al desarrollo de una apariencia que favorezca el abuso y la estigmatización"*<sup>14</sup>.

e) Información sobre riesgos del tratamiento hormonal

La séptima versión también incorpora un nuevo apartado en el que señala los riesgos de la inhibición de la pubertad. Informa que la administración temprana de hormonas puede acarrear consecuencias sociales y emocionales negativas en la disforia de género con más probabilidad de la que existiría con un uso más tardío. Esta versión también incorpora los efectos físicos que pueden conllevar en el desarrollo de los huesos y el crecimiento o en insuficiente tejido genital.

f) Modelo dicotómico frente a modelo ampliado

El modelo de Harry Benjamin<sup>18</sup> es fundamentalmente dicotómico. Desde sus inicios las primeras cuatro versiones de los EA se titulan "reasignación sexual hormonal y quirúrgica de las personas con disforia de género"<sup>11</sup>. Para la quinta y sexta versión<sup>12,13</sup>, los hombres y mujeres biológicas continúan siendo el objeto de atención, perpetuando de este modo, el dimorfismo sexual y de género. La séptima versión en cierta medida rompe con el modelo tradicional dicotómico, pues flexibiliza y abre un abanico de posibilidades. Ofrece distintas oportunidades a personas que puedan no solicitar tratamiento hormonal, cirugías o que no quieran realizar la experiencia de la vida real. Sin embargo, tras superar el modelo basado en la triada terapéutica<sup>12,13</sup> continúa en la misma línea que la sexta versión en lo que se refiere al tratamiento hormonal precoz en adolescentes, manteniendo el orden preestablecido (hombre masculino y mujer femenina).

## INVESTIGACIONES ACTUALES Y EXPERIENCIAS CLÍNICAS EN LOS NUEVOS ABORDAJES DE TRATAMIENTO HORMONAL DE LA DISFORIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA EN LA UNIDAD DE ÁMSTERDAM

Antes de la puesta en vigor de la séptima versión de los EA, centros especializados como la Clínica de Identidad de Género de Ámsterdam<sup>15</sup>, han aplicado en los últimos años el tratamiento hormonal antes de los 16 años a adolescentes cuidadosamente seleccionados<sup>14</sup>. Cohen-Kettenis y sus colaboradores han sido pioneros en la utilización temprana de hormonas inhibitoras de la pubertad y hormonas feminizantes/masculinizantes a niños y adolescentes<sup>14</sup>. Recientemente, otros centros de tratamiento de Europa (Gante, Oslo) y Norteamérica (Toronto, Boston) han seguido con este protocolo de actuación<sup>19</sup>. Profesionales experimentados en el tratamiento de la disforia de género de estos centros ofrecen estas intervenciones médicas antes de los 16 años en los casos en que la pubertad ya ha comenzado y progresado como mínimo al II estadio de Tanner<sup>17</sup>.

El equipo de la Unidad de Identidad de Género en el Centro Médico Universitario VU en Ámsterdam desarrolló el primer protocolo para aplicar el tratamiento hormonal por etapas desde los 16 años<sup>15</sup>. Para ello, ajustaron el procedimiento de diagnóstico de adultos de la sexta versión de los EA a los adolescentes. El tratamiento hormonal por etapas comienza una vez que tienen como mínimo 16 años. Las mujeres transexuales reciben inicialmente antiandrógenos y si responden positivamente a esta primera fase, a los 3-6 meses se les prescriben estrógenos. Los hombres transexuales reciben progesterona inicialmente, seguida de andrógenos tras 3-6 meses. Este primer protocolo estableció los criterios de elegibilidad que se muestran en la Tabla 2.

Los estudios de seguimiento mostraron que esta intervención temprana llevó a unos resultados psicológicos mejores, la apariencia física de los adolescentes era más aceptada como miembro de pleno derecho del nuevo género, comparados con aquellos que iniciaron el tratamiento como adultos y además, tras la cirugía, habían dejado de sufrir disforia de género y funcionaban social y psicológicamente de forma muy parecida a su nuevo grupo de iguales<sup>15</sup>.

Tras estos resultados el mismo equipo elabora un segundo protocolo donde se adelanta la edad de comienzo del tratamiento hormonal por etapas a los 12 años<sup>15</sup>. A las mujeres transexuales se les administra análogos de Gn RH y posteriormente estrógenos y a los hombres transexuales análogos de Gn RH y posteriormente andrógenos (testosterona). Los criterios de elegibilidad se mantienen respecto al primer protocolo a excepción de la edad mínima que pasa de los 16 a los 12 años y, además, el adolescente tiene que haber alcanzado un desarrollo puberal mínimo, segunda o tercera etapa de Tanner. El equipo de Ámsterdam plantea que

**Tabla 2** Criterios de elegibilidad del primer protocolo para tratamiento hormonal (Kreukels y Cohen-Kettenis, 2011)

Criterios de elegibilidad para tratamiento hormonal	
Edad: 16 a 18 años	
Inicio claramente temprano del Trastorno (antes de la pubertad)	
Persistente (o incluso creciente) disforia de género durante los inicios de la pubertad	
Sin comorbilidad psicológica u otras circunstancias que pudieran interferir con el diagnóstico o tratamiento	
Adecuado apoyo de padres o tutores	
Compresión adecuada de los efectos del tratamiento	

los primeros resultados son prometedores aunque reconoce que se requiere más investigación y réplicas en otros centros asistenciales antes de que estos tratamientos puedan ser recomendados a escala global.

Hay otras investigaciones que apoyan los planteamientos de la séptima versión y argumentan a favor y en contra de la intervención temprana<sup>19</sup>.

## ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE ESTOS TRATAMIENTOS PRECOZES

Son varios los argumentos a favor del inicio precoz del tratamiento hormonal. Los argumentos a favor se postulan partiendo de que el trastorno de identidad de género en la adolescencia continúe en la edad adulta. Dichos argumentos son:

- La intervención evitaría que las personas desarrollen problemas psicológicos (depresión, intentos de suicidio, anorexia, etc.) como consecuencia del sufrimiento que supone el desarrollo de sus características físicas, propias de la pubertad y que repercutiría negativamente en su desarrollo social e intelectual<sup>19</sup>.
- Al evitar el desarrollo puberal pleno, posibilitaría que algunas cirugías sean menos invasivas o incluso, innecesarias. Hay resultados desfavorables en adultos que están relacionados con inicios tardíos.
- Este tipo de intervenciones favorecerían el proceso de diagnóstico. Por un lado, permitiría al profesional explorar con más tiempo la identidad de género y el deseo de reasignación de sexo sin las interferencias del desarrollo de las características sexuales secundarias y, por otro lado, posibilitaría al adolescente un espacio más amplio para la toma de decisiones futuras respecto a su tratamiento<sup>19</sup>. Argumentan, estas investigaciones, que la aplicación de la primera etapa de tratamiento hormonal a partir de los 12 años, no es en sí misma un cambio de sexo<sup>19</sup>.

Existen también argumentos en contra de la intervención precoz:

- El primer argumento hace referencia al diagnóstico. Establecer un diagnóstico definitivo de disforia de género en la adolescencia plantea dificultades. Aunque son escasos y dispares los estudios epidemiológicos que puedan dar estimaciones de la incidencia y prevalencia de la disforia de género en cada grupo de edad, las investigaciones existentes ponen de manifiesto que la proporción de disforia de género que persiste en la edad adulta es distinta para niños y adolescentes. Las cifras muestran que solamente en una minoría de estos niños se manifestará una transexualidad en la adultez<sup>20-27</sup>. Mientras que algunas investigaciones establecen que entre un 80-95% de los casos<sup>19</sup>, los síntomas de la disforia de género prepuberales desaparecen antes de la pubertad o en las primeras etapas de la misma, otras que será entre un 20-25% los niños que mantendrán la disforia de género tras los primeros episodios de la pubertad<sup>15</sup>. En algunos niños, estos sentimientos se intensifican y la aversión al propio cuerpo se desarrolla durante la adolescencia y junto a sus características sexuales secundarias<sup>25,28,29</sup>. Mientras que la disforia de género remite en la mayoría de niños prepúberes<sup>25,27</sup> no desaparece en la mayoría de adolescentes con disforia de género<sup>29</sup>. Diversos autores argumentan que la prevalencia de disforia de género en los adultos es más alta cuando el trastorno se ha iniciado en su adolescencia<sup>4</sup>.
- El desarrollo psicosexual hace referencia a la conducta de rol de género, la identidad de género y la orientación sexual<sup>30</sup> y en este complejo proceso intervienen factores biológicos, especialmente efectos hormonales y genéticos, y factores psicológicos, sociales y culturales. En esta línea, otro de los argumentos en contra de retrasar la pubertad establece que evitar el desarrollo de características sexuales secundarias inhibe la "formación espontánea de una identidad de género consistente"<sup>19</sup> y el adolescente se perderá la pubertad natural resultado de sus propias hormonas<sup>15</sup>. El tratamiento hormonal temprano puede forzar a un cambio de identidad de género con precipitación injustificada y tiene un gran impacto

en la sexualidad. Dificulta la apropiada experiencia sexual asociada a la edad en el cuerpo biológico de un adolescente, elimina los impulsos eróticos y posiblemente también inhiba el proceso de clarificación respecto al objeto de deseo<sup>14</sup>.

- c) Investigaciones recientes también hacen referencia a las consecuencias negativas que el tratamiento hormonal puede tener en el desarrollo óseo y en el crecimiento del individuo<sup>19</sup>. Los posibles efectos del tratamiento hormonal en el desarrollo cerebral aún están en estudio y no son conocidos<sup>14,19</sup>. Clínicamente no parece haber efectos en el funcionamiento social, emocional ni escolar, aunque existe la posibilidad de que haya efectos demasiados sutiles para ser observados en las sesiones de seguimiento clínico<sup>19</sup>.

Los niños y adolescentes están en un proceso de desarrollo físico, psicológico y social. Teniendo en cuenta que es un organismo en desarrollo y evolución, es necesario realizar una valoración de la proporción del riesgo/beneficio de estas intervenciones. Estas franjas de edad son cruciales para el aprendizaje, el establecimiento de vínculos afectivos y, en general, todo aquello relacionado con su desarrollo integral.

## CONSIDERACIONES Y SUMARIO

La atención a los trastornos de identidad de género en niños y adolescentes o, más recientemente, a la disforia de género<sup>4,16</sup> es una cuestión controvertida y de gran complejidad por las implicaciones éticas y morales que conlleva<sup>14,15</sup>.

La séptima y última versión de los EA<sup>4</sup> amplía el apartado que hace referencia a la atención y al tratamiento de niños y adolescentes con disforia de género. Mantiene, al igual que la sexta versión<sup>13</sup>, las intervenciones a edades tempranas e incorpora los argumentos a favor y en contra de instaurar estos tratamientos hormonales precozmente. Establece que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma, 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.

Aunque los estudios de seguimiento se posicionan a favor de las intervenciones hormonales a edades tempranas<sup>15</sup>, también avalan la necesidad de seleccionar a los candidatos adecuados que se puedan beneficiar de los tratamientos precoces que demoran la pubertad<sup>14</sup>. Los Países Bajos son pioneros en la defensa del tratamiento precoz de los adolescentes que presentan disforia de género. Han desarrollado y aplicado durante años protocolos de intervención con resultados prometedores<sup>19</sup>. Algunos profesionales no están a favor de estas intervenciones tempranas sino que temen que las desventajas de este acercamiento sobrepasen los be-

neficios<sup>15</sup>. El diagnóstico de disforia de género como punto de partida para el tratamiento hormonal se realiza de forma transversal, lo que conlleva el riesgo de tomar decisiones incorrectas. Estos jóvenes están en un momento del ciclo vital cambiante y en evolución, lo que implicaría evaluaciones clínicas precisas y toma de decisiones cautelosas. El profesional ha de verificar el mantenimiento de los síntomas a lo largo del tiempo y de las situaciones, una variación en los mismos será considerada negativa o desfavorable de cara a la intervención o al pronóstico tras la misma. Es decir, el significado tradicional de pronóstico favorable como reducción de los síntomas aquí pierde su sentido, pues el buen pronóstico viene determinado por un mantenimiento de los mismos a lo largo del tiempo.

Profesionales con amplia experiencia en el tratamiento de la disforia de género en el territorio español han elaborado, en consonancia con los consensos internacionales, una guía de práctica clínica para la atención sanitaria integral a las personas con disforia de género. En el protocolo de actuación para niños y adolescentes establecen que la tendencia actual es a mantener de forma prolongada el uso de análogos de GnRH, desde su inicio en estadio II de Tanner hasta los 18 años, asociando a los 16 años dosis progresivas de estrógenos o andrógenos<sup>31</sup>.

Las clasificaciones diagnósticas y los EA son dos instrumentos necesarios pero no suficientes. La atención a la población infanto-juvenil con disforia de género exige formación y aplicación de protocolos de intervención específicos y no la simple extrapolación o adaptación de los protocolos utilizados para la población adulta. Con todos los instrumentos a su alcance el profesional debe tener en cuenta la individualidad de cada sujeto.

Se ha constatado que la disforia de género mejora con el correcto tratamiento psicológico y hormonal, sin embargo, para una mejor justificación de estas intervenciones precoces es necesaria mayor evidencia empírica<sup>15,19</sup>. Son escasos las investigaciones y estudios de seguimiento a largo plazo, tanto de personas tratadas precozmente como de aquellas en las que no se realizaron intervenciones, valorando las consecuencias biopsicosociales en el desarrollo del adolescente.

Si un niño se comporta según el modelo dicotómico tradicional (hombre masculino/mujer femenina) la sociedad lo refuerza aumentando su autoestima y su autoconcepto. Desde este punto de vista el tratamiento médico favorecería su adaptación psicosocial. Sin embargo, el profesional, dependiendo de cada caso particular, también debe proponer otras alternativas terapéuticas que contemplen las distintas expresiones de género<sup>4</sup>. Defender una ruptura con el binarismo sexual y de género<sup>32-34</sup> supondría importantes y revolucionarios cambios sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Rodríguez M. Una aproximación a la transexualidad desde la doble realidad sexo/género. Avilés: Ediciones Azucel, 2010.
2. Fernández Rodríguez M, García-Vega E. Variables clínicas en el trastorno de identidad de género. *Psicothema*. 2012;24(4):555-60.
3. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, Almaraz MC, Martínez-Tudela J, Bergero T, Oliveira G, et al. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gac sanit*. 2012;26(3):203-9.
4. The World Professional Association for Transgender Health - WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7<sup>th</sup> version. 2011. Recuperado en marzo de 2012 de [http://www.wpath.org/publications\\_standards.cfm](http://www.wpath.org/publications_standards.cfm)
5. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 3<sup>a</sup> ed. Washington, DC: APA, 1980. (trad. cast. Barcelona: Masson, 1984)
6. World Health Organization - WHO. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9<sup>a</sup> ed. Ginebra: WHO, 1978. (trad. cast. Madrid: Meditor)
7. Mardomingo Sanz MJ. Trastornos de la identidad sexual en la infancia. En: Rodríguez Sacristán J (ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo 1. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1998; p. 641-55.
8. World Health Organization - WHO Clasificación Internacional de Enfermedades 10<sup>a</sup> ed. Ginebra: WHO, 1992. (trad. cast. Madrid: Meditor)
9. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4<sup>a</sup> ed. Washington, DC: APA, 1994. (trad. cast. Barcelona: Masson, 1998).
10. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4<sup>a</sup> ed. Revisada. Washington, DC: APA. (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002)
11. The World Professional Association for Transgender Health - WPATH. Historical compilation of Standards of Care Versions 1 through 6. s.f. Recuperado el 13 de noviembre de 2012 en <http://www.wpath.org/documents/SOC%20Compilation%20of%201%20through%206.pdf>
12. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association - HBGDA. The standards of care for gender identity disorders. 5<sup>a</sup> version. Mineapolis: HBGDA, 1998.
13. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association - HBGDA. The standards of care for gender identity disorders. 6<sup>a</sup> version. Mineapolis: HBGDA, 2001.
14. Möller B, Schreier H, Li A, Romer G. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2009;39:117-43.
15. Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol*. 2011;7:466-72.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>a</sup> ed. Development, 2010. Recuperado en junio de 2012 de: <http://dsm5.org>
17. Tanner JM. Growth at adolescence, 2nd Edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1962.
18. Benjamin H. The transsexual phenomenon. Nueva York: Julian Press, 1966.
19. 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.
20. Green R. The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press, 1987.
21. Zucker KJ, Bradley SJ. Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. Londres: The Guilford Press, 1995.
22. Ekins R. Male Femaling. London, New York, Routledge, 1997.
23. Di Ceglie D. Gender identity disorder in young people. *Adv Psychiatr Treat*. 2000;6:458-66.
24. Ekins R, King D. Telling body transgendered stories in Unseen Genders: Beyond the Binaries. Ed: Haynes F, McKenna T. Peter Lang, New York, 2001.
25. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol*. 2008;44(1):34-45.
26. Wallien MSC. Gender dysphoria in children. Causes and consequences. Amsterdam: Ponsen Et Looien, 2008.
27. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(12):1413-23.
28. Cohen-Kettenis PT. Gender identity disorder in DSM? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(4): 391.
29. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc, 2003.
30. Jürgensen M, Kleinemeier E, Lux A, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, Hiort O, et al. Psychosexual Development in Adolescents and Adults with Disorders of Sex Development-Results from the German Clinical Evaluation Study. *J Sex Med*. 2012. Recuperado el 26 de noviembre de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22548716>
31. Moreno-Pérez Ó, 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)\*(anexo 1). *Endocrinol Nutr*. 2012;1-16.
32. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. México: Paidós, 1990.
33. Chase C. Hermaphrodites wieth attitude: Mapping the emergence of the intersex political activism. *Journal of Lesbian and Gay Studies*. 1998;4(2):189-211.
34. Fausto-Sterling A. Los cinco sexos. En: Nieto J.A. (Comp). *Transexualismo, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, 2000; p. 79-89.