

# ¿Cómo detectar y qué hacer?

**F. Hurtado Murillo.** Doctor en Psicología. Unidad de Identidad de Género “Valencia Doctor Peset”. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Adolescere 2024; XII (2): 14-21

## Resumen

El número de personas remitidas a servicios especializados de género (unidades de identidad de género o UIGs) ha aumentado significativamente durante la última década en países occidentales de Europa, América del Norte y Oceanía, particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes asignados como mujeres al nacer. Las causas de este incremento notable pueden ser explicadas por diferentes motivos: la mayor atención en los medios de comunicación, la irrupción social de internet que ofrece más sitios de información, la despatologización gradual y la reducción del estigma, las leyes protectoras de los derechos de las personas trans y con diversidad identitaria y la mayor disponibilidad de tratamientos médicos para la disminución y/o eliminación de la disforia de género. Es preciso reconocer que no hay suficientes estudios a nivel nacional ni internacional sustentados en evidencia científica, sobre todo en cuanto a los efectos a largo plazo de tratamientos con potenciales efectos irreversibles. La experiencia clínica de los centros especializados con más larga trayectoria en la atención a este tipo de población, insisten en un manejo multidisciplinar, continuado en el tiempo y con abordajes personalizados tal y como se describen en las guías de consenso internacionales sobre tratamiento de las personas con incongruencia de género. Siendo la atención primaria y especialmente la pediatría, un punto de entrada relevante de la demanda asistencial en menores con manifestaciones en diversidad de género, es muy importante que dichos profesionales conozcan las diferentes realidades de las expresiones identitarias y asesorar, acompañar o derivar en su caso, aquellos casos susceptibles de una atención especializada.

**Palabras clave:** *Incongruencia de género; Transición de género; Atención sanitaria; Acompañamiento psicológico.*

## Abstract

The number of people referred to specialized gender services (gender identity units or GIUs) has increased significantly during the last decade in Western countries in Europe, North America and Oceania, particularly among adolescents and young adults assigned as female at birth. The causes of this remarkable increase can be explained by different reasons: increased media attention, the social irruption of internet offering more information sites, the gradual depathologization and reduction of stigma, laws protecting the rights of trans and identity diverse people and the increased availability of medical treatments for the reduction and/or elimination of gender dysphoria. It should be recognized that there are not enough studies at national and international level supported by scientific evidence, especially regarding the long-term effects of treatments with potential irreversible effects. The clinical experience of specialized centers with the longest trajectory in the care of this type of population insist on a multidisciplinary management, continued over time and with personalized approaches as described in the international consensus guidelines on the treatment of people with gender incongruence. Since primary care, and especially pediatrics, is a relevant point of entry of the demand for care in children with manifestations of gender diversity, it is very important that these professionals know the different realities of identity expressions and advise, accompany or refer, if necessary, those cases susceptible to specialized care.

**Key words:** *Gender incongruence; Gender transition; Health care; Psychological support.*

## Introducción

La incongruencia de género es definida como una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado tras el nacimiento por su apariencia sexual y género educado con el sexo/género sentido. La manifestación de la incongruencia de género en la literatura médica ha tenido distintas denominaciones por diferentes autores y en las diferentes clasificaciones internacionales, tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana-APA (DSM) como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud-OMS. Actualmente en el DSM<sup>(5)</sup> se denomina Disforia de Género<sup>(1)</sup> y en la CIE-11 Incongruencia de género<sup>(2)</sup>.

Es necesario definir los conceptos que forman parte del desarrollo de la sexualidad humana, donde el género y las identidades de sexo y de género forman parte de sus componentes, así como otros conceptos relacionados.

El sexo de una persona se define como la apariencia femenina o masculina de una persona y está basada en cinco criterios físicos: sexo cromosómico, sexo gonadal, sexo hormonal, órganos sexuales internos y órganos sexuales externos. En cambio, la sexualidad, basada en el sexo incluye: el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor y la reproducción.

La identidad es la concepción que las personas tienen de sí mismas, o se describen a sí mismas ante otras personas, pero esta identificación no es inmutable y puede cambiar con el tiempo.

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o bien, como una combinación de ambos. Se manifiesta durante la infancia tanto en personas cis (no trans) como en personas trans. En cambio, la identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras como la vestimenta, el modo de hablar y de expresarse.

La persona cissexual, donde el prefijo "cis" significa "junto a" o "el mismo que", se utiliza para definir a las personas en las que el sexo asignado tras el nacimiento y el género educado son congruentes con la identidad sentida.

En los últimos años se viene utilizando el prefijo "trans" para englobar la heterogeneidad de experiencias de las personas que se identifican y expresan con una identidad de sexual y/o de género diferente al sexo de asignación y género de crianza. Incluye a personas binarias (masculinas o femeninas) con o sin tratamientos de afirmación de género y a otras personas con expresiones no binarias que señalan la transgresión de las normas de género de la cultura.

Cuando hablamos de disforia de género o malestar de género, nos referimos al desajuste psicológico derivado de la incongruencia entre el género asignado a la persona en el momento del nacimiento por su apariencia sexual y el sentimiento personal de ser hombre o mujer<sup>(1)</sup>. El malestar o sufrimiento ocurre por no aceptar las características sexuales primarias y/o secundarias correspondientes a su sexo cromosómico y aparece el deseo de alinear el cuerpo en la medida de lo posible, con el género experimentado ya sea por medio de un tratamiento hormonal, intervención quirúrgica u otros servicios de salud.

Por variante de género nos referimos a aquellas personas de diferentes edades que muestran un interés recurrente por jugar, tener aficiones, realizar deportes, actividades o profesiones asociadas como propias del género opuesto al asignado, pero que no tienen una identidad incongruente.

## Demanda asistencial

En la última década, el número de personas remitidas a servicios especializados de género o Unidades de Identidad de Género (UIGs) ha aumentado significativamente en países occidentales de Europa<sup>(3-6)</sup>, América del Norte<sup>(7,8)</sup>, y Oceanía<sup>(9-11)</sup>, particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes asignados como mujeres al nacer. Algunos estudios sugieren que entre el 0,17 y el 1,3 % de los y las adolescentes y personas adultas jóvenes se identifican como transgénero<sup>(12)</sup>. Las causas de este incremento notable pueden ser explicadas por diferentes motivos: la mayor atención en los medios de comunicación, la irrupción social de internet que ofrece más sitios de

**Prefijo "trans":**  
personas que se identifican / expresan con una identidad sexual y/o de género diferente al sexo de asignación y género de crianza

**Disforia de género:**  
nos referimos al desajuste psicológico derivado de la incongruencia entre el género asignado a la persona en el momento del nacimiento por su apariencia sexual y el sentimiento personal de ser hombre o mujer

## Mesa de Actualización I. Transexualidad: situación actual

¿Cómo detectar y qué hacer?

información, la despatologización gradual y la reducción del estigma, las leyes protectoras de los derechos de las personas trans y con diversidad identitaria y la mayor disponibilidad de tratamientos médicos para la disminución y/o eliminación de la disforia de género.

Un importante número de personas remitidas a las UIGs experimentan un desajuste entre su identidad de género y el sexo asignado al nacer, lo que se conoce como incongruencia de género (IG)<sup>(2)</sup>. Este hecho puede conducir a una angustia significativa, clínicamente denominada disforia de género (DG)<sup>(1)</sup> que pueden intentar aliviar mediante intervenciones sociales y/o médicas de afirmación el género, es lo que se conoce con transición de género. Este sentimiento de malestar ocasionado por la discordancia entre la identificación de género sentida y el sexo asignado y género de crianza, puede manifestarse en diferentes grados de intensidad en cada persona y momento vital, ahora bien, en una gran mayoría de casos se inicia a edades muy tempranas.

El proceso de definición de la identidad sexual o de género de las personas menores trans es un camino personal difícil al que se suma una importante presión social, estigmatización, marginación y, muchas veces, violencia que puede dar lugar a conflictos y síntomas que conviene contener y tratar. Como consecuencia no es sorprendente que haya menores trans que puedan manifestar significativos problemas de salud mental: depresión, intentos de suicidio, autolesiones, ansiedad, problemas de imagen corporal, abuso de sustancias y trastorno de estrés postraumático<sup>(13,14)</sup>.

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. 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.

La transición social puede incluir cambios de nombre, pronombres y presentación de género, mientras que la transición médica puede incluir la supresión de la pubertad a través de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas, terapia hormonal con testosterona o estradiol y varios tipos de cirugías genitales (genitoplastias) y cirugías no genitales (p. ej., masculinización del tórax) destinada a modificar las características físicas y sexuales de la persona.

**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**

**No se debe dar un tratamiento a nadie por el mero hecho de pedirlo. Es necesario averiguar las razones del deseo de cambio y de su sufrimiento, lo que requiere tiempo y entrevistas pausadas y más en la etapa de la infancia y de la adolescencia**

**Manejo multidisciplinar con respuestas personalizadas según la guía de consenso internacional**

## Inicio del proceso de transición médica en menores

La identidad trans en infancia y, sobre todo, en adolescencia está asociada muchas veces a intenso malestar, siendo por ello que es de suma importancia la detección precoz y el acompañamiento integral, ya que con ello se mejora la calidad de vida, se elimina o disminuye una posible comorbilidad mental y el malestar de género que suele acompañar.

No se debe dar un tratamiento a nadie por el mero hecho de pedirlo. Aparte de la responsabilidad profesional y del gasto de recursos públicos, es necesario averiguar las razones del deseo de cambio y de su sufrimiento, lo que requiere tiempo y entrevistas pausadas y más en la etapa de la infancia y de la adolescencia. No se trata de promover la demanda de transición deseada, sin más y a su petición de tratamiento, sino de acompañar el proceso de transición para valorar como y hasta qué punto quiere hacerlo. Se trata también de descartar que el deseo de transición no cubra otras problemáticas sobre la relación con el cuerpo o con el entorno; y si los hay, ver cómo tratarlo todo. Todo ello requiere cautela y precaución para no acelerar ni tampoco retrasar.

El manejo de la diversidad de género ha ido variando y se apoya en la escasa experiencia de algunas unidades de referencia con grupos heterogéneos. Es preciso reconocer que no hay suficientes estudios a nivel nacional ni internacional sustentados en la evidencia científica.

La experiencia clínica de los centros con más larga trayectoria muestra distintas situaciones y necesidades de las personas, insistiendo en un manejo multidisciplinar, continuado en el tiempo y con respuestas personalizadas tal y como recoge la guía de consenso internacional sobre el tratamiento de las personas con diversidad de género/incongruencia de género<sup>(15)</sup>.

La psicoeducación y la psicoterapia es la primera y principal línea de tratamiento en menores. El acompañamiento psicológico, ha de estar dirigido a abordar experiencias de sufrimiento, discriminación o acoso escolar, así como a facilitar el bienestar y la estabilidad psicológica. Debemos entender que el malestar no es intrínseco a la diversidad de género, sino a menudo, es debido a reacciones discriminatorias del entorno. Por ello, la valoración y el asesoramiento psicológico pueden ser instrumentos de éxito en la transición de género en lugar de impedimentos para el ejercicio de la elección del tipo de transición y tratamiento elegido<sup>(16)</sup>.

En el acompañamiento es clave realizar un adecuado proceso de información, asesoramiento y decisión informada. La información debe incluir las posibilidades y limitaciones del tratamiento hormonal, incluyendo que se trata de un uso fuera de ficha técnica, evitando crear expectativas no realistas, así como explicar las consecuencias futuras previsibles.

El problema radica en los tratamientos que conlleven consecuencias irreversibles para la integridad física del o de la menor o que impliquen riesgos de especial relevancia<sup>(17)</sup>.

En la evaluación y acompañamiento psicológico inicial en menores, se trata de averiguar si la discordancia identitaria es algo transitorio o está muy consolidada. Hay que discernir con la persona menor de edad los inconvenientes y los beneficios de hacer o no la transición y de cómo y cuándo hacerlo.

Por la vulnerabilidad de la edad en la que la autonomía todavía no está consolidada hay que partir de los siguientes principios éticos:

1. El reconocimiento de los niños y de las niñas como sujetos de pleno derecho. (Art. 2 de la Convención de derechos del niño), entre ellos el de la identidad y el libre desarrollo de la personalidad.
2. La protección a su vulnerabilidad, protección que depende del riesgo de sufrir un daño y de la probabilidad de obtener un beneficio.
3. El interés superior del menor (Art. 3 de la Convención de los derechos del niño), que insta a respetar la voluntad y los deseos de la persona menor en un campo tan fundamental como es la construcción de su identidad de género y el libre desarrollo de la personalidad.
4. La progresiva autonomía del menor, permite reconocer y amparar el derecho de las personas menores trans competentes a decidir libremente cómo determinan su identidad de género.
5. El derecho a la atención a la salud.
6. El respeto a la diversidad, de forma que se garantice la igualdad de trato y oportunidades sin etiquetar las diferencias.

Por protocolo y bajo un modelo de decisión compartida, todas las personas deben someterse a una evaluación psicológica inicial y asesoramiento por parte de un psicólogo clínico con experiencia relevante en sexología, antes de ser remitidas para iniciar tratamientos de afirmación de género que soliciten. Esta fase de evaluación y asesoramiento se centra en cuatro aspectos principales.

Primero, además de determinar si la persona cumple con los criterios para incongruencia de género/disforia de género, descartar la posibilidad de que exista psicopatología o problemas de salud mental significativos (por ejemplo, trastornos límite o psicóticos) que puedan influir en el deseo de la persona de buscar tratamiento de afirmación de género o desestabilizar el desarrollo de su identidad futura.

En segundo lugar, comprender los antecedentes psicosociales y familiares de la persona, su historia de género y los motivos para buscar tratamientos.

En tercer lugar, explicar aspectos importantes asociados con la posibilidad de iniciar terapia de afirmación de género, incluidas sus consecuencias conocidas y desconocidas o efectos no deseados (por ejemplo, pérdida de fertilidad) y sus limitaciones, para evitar expectativas poco realistas y frustraciones futuras.

**En el acompañamiento es clave realizar un adecuado proceso de información, asesoramiento y decisión informada. La información debe incluir las posibilidades y limitaciones del tratamiento hormonal, incluyendo que se trata de un uso fuera de ficha técnica, evitando crear expectativas no realistas, así como explicar las consecuencias futuras previsibles**

## Mesa de Actualización I. Transexualidad: situación actual

¿Cómo detectar y qué hacer?

Finalmente, ofrecer caminos alternativos a la medicalización para vivir y expresar su identidad.

Además, para iniciar tratamientos de afirmación de género la persona debe no tener contraindicaciones físicas y una situación personal estable, que excluya problemas de conducta que puedan llevar al incumplimiento del tratamiento. Toda la información se debe proporcionar por escrito y verbalmente y se debe adaptar al nivel cultural y evolutivo de la persona para garantizar una comprensión adecuada.

### **Protocolo de actuación en infancia**

- Evaluación de la manifestación de la identidad de género y de la salud mental en general.
- No se debe iniciar ni terapia hormonal ni quirúrgica.
- Si se precisa psicoterapia es dirigida a resolver cualquier comorbilidad existente y a reducir el malestar que el niño/a experimente en relación con su sentimiento y expresión de identidad de género.
- Apoyo y orientación a los padres para afrontar decisiones. A veces psicoterapia familiar.
- Asesorar al profesorado.

### **Protocolo de actuación en la adolescencia**

- Evaluación de la manifestación de la identidad de género y de la salud mental en general.
- Tratamiento conservador dado que la identidad de género se está consolidando.
- La terapia hormonal con agonistas GnRH para bloqueo puberal, si aparece o aumenta el malestar identitario ya que es un factor de persistencia. No debería de comenzar antes del estadio II de Tanner para que pueda experimentar el comienzo de la pubertad en su sexo asignado.
- Terapia con hormonación para afirmación de género valorando situación de desarrollo puberal.
- Otros tratamientos: terapia de voz, depilación láser...

**La literatura sobre los beneficios psicosociales de la transición de género tanto social como médica es mixta y contradictoria. Entre los/as niños/as y adolescentes transgénero y de género diverso, en unos estudios la transición social de género se ha asociado con niveles reducidos de problemas de salud mental, comparables a los de muestras de control normativo de pares o hermanos, pero en otros estudios no han logrado encontrar una asociación entre la transición social y el estado de salud mental**

## Beneficios y controversias de la transición de género

La literatura sobre los beneficios psicosociales de la transición de género tanto social como médica es mixta y contradictoria. Entre los/as niños/as y adolescentes transgénero y de género diverso, en unos estudios la transición social de género se ha asociado con niveles reducidos de problemas de salud mental, comparables a los de muestras de control normativo de pares o hermanos<sup>(18,19)</sup> pero en otros estudios no han logrado encontrar una asociación entre la transición social y el estado de salud mental<sup>(20,21)</sup>.

De manera similar, se ha encontrado que la transición médica está asociada con mejoras significativas en varios dominios del funcionamiento psicosocial y de la salud mental, reflejando que las personas trans que accedieron a usar bloqueadores de la pubertad durante la adolescencia tenían menos probabilidades de ideación suicida, ansiedad y depresión en comparación con aquellas personas que lo deseaban, pero no accedieron al tratamiento<sup>(22-25)</sup>.

Estos resultados positivos sobre el tratamiento hormonal también proporcionan evidencia en contra de las legislaciones recientes de algunos países como Reino Unido, Finlandia, Suecia y Noruega que restringen el acceso de los y las adolescentes trans a la atención médica hormonal, ya que la restricción, en este sentido, puede tener resultados adversos para la salud mental<sup>(25, 26)</sup>.

Otros estudios, en cambio, han informado necesidades psiquiátricas persistentes o incluso aumentadas después de la transición médica<sup>(27,28)</sup>. Esto, junto con la falta de una base de evidencia sólida que respalde los tratamientos de afirmación de género según revisiones sistemáticas

recientes<sup>(29,30)</sup> ha llevado a importantes debates y desacuerdos entre médicos, investigadores y formuladores de políticas, particularmente con respecto a los enfoques para tratar a los menores, que representan la población de solicitantes de tratamientos para la afirmación de género de más rápido crecimiento en todo el mundo<sup>(31)</sup>. Esta situación refleja algunos de los dilemas morales y éticos apremiantes que enfrentan los y las profesionales de la salud en el campo de la atención sanitaria para la afirmación de género y que ha llevado a algunos países europeos como Reino Unido, Finlandia, Suecia y Noruega a poner fin al modelo de atención afirmativa de género (respaldado por la WPATH) en infancia y adolescencia y reemplazarlo por un modelo de acompañamiento más global y trabajo en red incluyendo servicios de salud mental, atención primaria y otras especialidades, no solo especialistas en disforia de género.

En este nuevo modelo, la “atención médica transgénero” especializada que se originó en Estados Unidos, ha sido suplantada por la posición informada de que la mayoría necesita psicoeducación y psicoterapia. La determinación de elegibilidad para intervenciones médicas las realizará un servicio centralizado y los bloqueadores de la pubertad se administrarán únicamente en entornos de protocolos de investigación<sup>(32)</sup>.

Ahora bien, la experiencia clínica acumulada muestra que, si las terapias hormonales en menores se retrasan en exceso o no existe una intervención social afirmativa de apoyo a estos/as menores, podría haber un incremento de psicopatología y otras situaciones no deseables como estigmatización, *bullying*, distimias, depresión, ansiedad, fobias, baja autoestima, bajo rendimiento escolar, autolesiones, ideación suicida, automedicación y trastorno de la conducta alimentaria.

**Si las terapias hormonales se retrasan en exceso en menores o no hay intervención social de apoyo, podría haber un incremento de psicopatología y otras situaciones no deseables**

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., text rev. American Psychiatric Association; 2022.
2. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems*. 11th ed. Disponible en: <https://icd.who.int/>.
3. Expósito-Campos P, Gómez-Balaguer M, Hurtado-Murillo F, Morillas-Ariño C. Evolution and trends in referrals to a specialist gender identity unit in Spain over 10 years (2012-2021). *J Sex Med*. 2023;20(3):377-87.
4. Kaltiala R, Bergman H, Carmichael P, de Graaf NM, Egebjerg Rischel K, Frisén L, et al. Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK. *Nord J Psychiatry*. 2020;74(1):40-4.
5. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med*. 2018;15(4):582-90.
6. Modrego Pardo I, Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Sánchez Pérez MR, Salazar León JD, Morillas Ariño C. 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*. 2020;13:20-32.
7. Zhang Q, Rechler W, Bradlyn A, Flanders WD, Getahun D, Lash TL, et al. Changes in size and demographic composition of transgender and gender non-binary population receiving care at integrated health systems. *Endocr Pract*. 2021;27(5):390-95.
8. Leinung MC, Joseph J. Changing demographics in transgender individuals seeking hormonal therapy: are trans women more common than trans men? *Transgender Health*. 2020;5(4):241-45.
9. Cheung AS, Ooi O, Leemaqz S, Cundill P, Silberstein N, Bretherton I, et al. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Transgender Adults in Australia. *Transgender Health*. 2018;3(1):229-38.
10. Delahunt JW, Denison HJ, Sim DA, Bullock JJ, Krebs JD. Increasing rates of people identifying as transgender presenting to Endocrine Services in the Wellington region. *N Z Med J*. 2018;131(1468):33-42.
11. Thompson L, Sarovic D, Wilson P, Sämford A, Gillberg C. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) *Epidemiology*. *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(3):e0000245.
12. Zucker KJ. Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Arch Sex Behav*. 2020;48:1983-92.
13. D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. Childhood gender atypically, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *J Interpers violence* 2006;21(11):1462-1482.
14. Cruz TM. Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: A consideration of diversity in combating discrimination. *Social Science and Medicine* 2014;110:65-73.
15. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102: 1-35).
16. Riaño-Galán I. Reflexiones en torno a la atención a los menores con diversidad de género. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2023 - Volumen 14. Número 1.

## Mesa de Actualización I. Transexualidad: situación actual

¿Cómo detectar y qué hacer?

17. Allgayer RMCM, Borba GD, Moraes RS, Ramos RB, Spritzer PM. The effect of gender affirming hormone therapy on the risk of subclinical atherosclerosis in the transgender population: a systematic review. *Endocrine Pract* 2023; 29: 498-507.
18. Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(2):116-123.e2.
19. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*. 2016;137(3): e20153223.
20. Morandini JS, Kelly A, De Graaf NM, Malouf P, Guerin E, Dar-Nimrod I, et al. Is social gender transition associated with mental health status in children and adolescents with gender dysphoria? *Arch Sex Behav*. 2023;52(3):1045-60.
21. Sievert ED, Schweizer K, Barkmann C, Fahrenkrug S, Becker-Hebly I. Not social transition status, but peer relations and family functioning predict psychological functioning in a German clinical sample of children with Gender Dysphoria. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021;26(1):79-95.
22. Chen D, Berona J, Chan YM, Ehrensaft D, Garofalo R, Hidalgo MA, et al. Psychosocial functioning in transgender youth after 2 years of hormones. *N Engl J Med*. 2023;388(3):240-50.
23. De Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014;134(4):696-704.
24. Green AE, DeChants JP, Price MN, Davis CK. Association of gender-affirming hormone therapy with depression, thoughts of suicide, and attempted suicide among transgender and nonbinary youth. *J Adolesc Heal*. Diciembre de 2021;0(0).
25. Turban JL, King D, Kobe J, Reisner SL, Keuroghlian AS. Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *Radix AE*, editor. *PLoS One*. 12 de enero de 2022;17(1):e0261039.
26. Romanelli M, Lu W, Lindsey MA. Examining mechanisms and moderators of the relationship between discriminatory health care encounters and attempted suicide among US transgender help-seekers. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45(6):831-849. doi:10.1007/s10488-018-0868-8.
27. Hisle-Gorman E, Schvey NA, Adirim TA, Rayne AK, Susi A, Roberts TA, et al. Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *J Sex Med*. 2021;18(8):1444-54.
28. Kaltiala R, Holttinen T, Tuisku K. Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase? A register study in Finland. *Eur Psychiatry*. 2023;66(1):e93.
29. Doyle DM, Lewis TOG, Barreto M. A systematic review of psychosocial functioning changes after gender-affirming hormone therapy among transgender people. *Nat Hum Behav*. 2023; 7:1320-31.
30. Van Leerdam TR, Zajac JD, Cheung AS. The effect of gender-affirming hormones on gender dysphoria, quality of life, and psychological functioning in transgender individuals: a systematic review. *Transgender Health*. 2023;8(1):6-21.
31. Block J. Gender dysphoria in young people is rising—and so is professional disagreement. *BMJ*. 2023;380:382.
32. The NHS Ends the "Gender-affirmative care model" for youth in England. *Society for evidence-based gender medicine*. October 24.

**No existen conflictos de interés en la realización de este artículo.**



Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia

## PREGUNTAS TIPO TEST

1. **En la última década, el número de personas remitidas a servicios especializados de género o Unidades de Identidad de Género (UIGs) ha aumentado significativamente en países occidentales de Europa, América del Norte, y Oceanía, particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes asignados como mujeres al nacer. Las causas de este incremento notable pueden ser explicadas por diferentes motivos. Indica cuál de los siguientes motivos es INCORRECTO;**
  - a) La mayor atención en los medios de comunicación y la irrupción social de internet que ofrece más sitios de información.
  - b) El uso de la telefonía móvil para comunicarse en jóvenes con dificultades sociales y la influencia de iguales.
  - c) La despatologización gradual y la reducción del estigma.
  - d) Las leyes protectoras de los derechos de las personas trans y con diversidad identitaria.
  - e) La mayor disponibilidad de tratamientos médicos para la disminución y/o eliminación de la disforia de género.
  
2. **Entre los modelos de atención que se han venido utilizando en la valoración de la demanda sanitaria, ¿en cuál de ellos se elabora de forma negociada un itinerario individual del proceso de tratamiento de afirmación de género?**
  - a) El modelo paternalista.
  - b) El modelo de decisión informada.
  - c) El modelo de decisión compartida.
  - d) El modelo mixto.
  - e) No hay un modelo definido.
  
3. **¿La autodeterminación de género lleva aparejada la autodeterminación de tratamiento?**
  - a) Sí, porque al no considerarse una patología mental no se precisa diagnóstico y supone obligatoriedad de actuación médica ante la solicitud que realiza la persona trans.
  - b) Sí, porque el peso de la decisión recae en la persona trans y no en el profesional sanitario.
  - c) Sí, porque si la persona trans ha obtenido información en foros de opinión, en sitios web, de otras personas con procesos similares, de asociaciones específicas o de profesionales de salud, es la propia persona demandante de la atención sanitaria la que decide el tipo de tratamiento.
  - d) No, porque su demanda asistencial ha de ser atendida bajo criterios de evidencia y en las mismas condiciones que el resto de las personas usuarias del sistema sanitario, elaborándose de forma consensuada un itinerario individual de su proceso de transición médica.
  - e) Si la persona con incongruencia de género no tiene contraindicaciones físicas puede decidir por sí misma iniciar tratamientos de afirmación de género.
  
4. **El perfil de las personas que demanda atención para realizar transición médica tiene en el momento actual una serie de características sociodemográfica y clínicas frecuentes. ¿Indica cuál de las siguientes características NO es común?**
  - a) Auto-hormonación.
  - b) Sin riesgo cardiovascular.
  - c) Persona adolescente o adulta joven.
  - d) Estudiante informado/a.
  - e) Buen entorno social.

Respuestas en la página 151