

ORIGINAL BREVE

Recibido: 5 de junio 2017
 Aceptado: 10 de noviembre de 2017
 Publicado: 28 de febrero de 2018

ATENCIÓN SANITARIA A ADOLESCENTES CON DISFORIA DE GÉNERO

María Fernández (1,2), Patricia Guerra (3), Eloya Martín (4,5), Noelia Martínez (3), Jose Antonio Álvarez-Diz (1,6) y Grupo GIDSEEN.

- (1) Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA)
 (2) Centro de Salud Mental I “La Magdalena” Área sanitaria III. Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Asturias.
 (3) Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Área sanitaria III. Asturias. España.
 (4) Eloya MS Psicología. Asturias. España.
 (5) Universidad Nacional de Educación a Distancia. Asturias. España.
 (6) Servicio de endocrinología. Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Asturias.

Grupo GIDSEEN: Mari Cruz Almaraz Almaraz (Andalucía), José Antonio Álvarez-Diz (Asturias), Nuria Asenjo Araque (Madrid), Laura Audí Parera (Cataluña), Antonio Becerra Fernández (Madrid), Virginia Bellido Castañeda (País Vasco), Isabel Esteva (Andalucía), María Fernández-Rodríguez (Asturias), Marcelino Gómez-Balaguer (Comunidad Valenciana), Esther Gómez-Gil (Cataluña), Marisa Guadilla (País Vasco), Felipe Hurtado (Comunidad Valenciana), Juan Pedro López-Siguero (Andalucía), María Jesús Lucio (Comunidad de Madrid), Juana Martínez-Tudela (Andalucía), Óscar Moreno-Pérez (Comunidad Valenciana), Jesús Pérez-Luis (Islas Canarias), Susana Ponce de León (País Vasco), Itxaso Rica (País Vasco), José-Miguel Rodríguez Molina (Comunidad de Madrid), Carmen Sanisidro (Aragón), Marta Toni García (Navarra), Federico Vázquez (Cataluña), Ángela Vidal Hagemeyer (Cataluña), Angelines Vidales Miguélez (Castilla-León), Aurelia Villar Bonet (Castilla-León).

RESUMEN

Fundamentos. El tratamiento de la disforia de género (DG) en adolescentes es reciente. Son reducidos los estudios de adolescentes que han recibido tratamiento con análogos. Para garantizar la calidad asistencial y la seguridad del menor es necesario realizar estudios de seguimiento. El objetivo de la presente investigación fue describir las características del proceso de atención médica y psicológica en adolescentes con DG en la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias.

Métodos. La muestra se compuso de 20 menores de edad que solicitaron consulta en la UTIGPA desde su apertura en 2007 hasta 2015. Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas para recoger las variables. Se llevaron a cabo análisis de estadísticos descriptivos.

Resultados. El 10% de los adolescentes abandonó en el proceso de acompañamiento psicológico, el 80% empezó a ser valorado por endocrinología y el 10% continuaba exclusivamente en consultas psicológicas. De los tratados médicamente, el 13,3% fue tratado con análogos y el 86,7% recibió directamente tratamiento hormonal cruzado (THC). Los efectos secundarios más prevalentes fueron los problemas dermatológicos (40%), seguidos de mastodinia sin galactorrea (26,7%) y sofocos (20%). El 20% realizó cirugías de confirmación de género.

Conclusiones. El perfil del adolescente tratado en la unidad de Asturias es un sujeto que comienza tratamiento hormonal tras acompañamiento psicológico y evaluación endocrinológica. Presenta efectos adversos tras el tratamiento. Una vez instaurado el tratamiento hormonal no abandona el proceso.

Palabras clave: Disforia de género, Personas transgénero, Necesidades y demandas de servicios de Salud, Servicios de salud para las personas transgénero, Hormona Liberadora de Gonadotropina, Calidad de vida, Adolescencia.

Correspondencia
 María Fernández Rodríguez
 Centro de Salud Mental I “La Magdalena”.
 Valdés Salas, 4,
 33400 Avilés, Asturias
 maria.fernandezr@spsa.es

ABSTRACT

Health care for adolescents with gender dysphoria

Background. Dysphoria gender treatment in adolescents is recent. Studies of adolescents treated with analogs are reduced. To ensure the quality of care and safety of the child, follow-up studies are necessary. The aim of the present research was to describe the characteristics of the process of medical and psychological attention in adolescents with the DG in the Gender Identity Treatment Unit of Asturias in the period 2007-2015.

Methods. The sample included 20 minors. The clinical history was made to collect the variables. It was made descriptive analysis.

Results. 10% of adolescents abandoned in the process of psychological counseling, 80% began to be valued by endocrinology and 10% continued exclusively in psychological consultations. Of the medical treated adolescents, 13.3% were treated with analogues and 86.7% received cross-hormonal treatment (THC) directly. The most prevalent secondary effects were dermatological problems (40%), followed by mastodynia without galactorrhea (26.7%) and hot flashes (20%). 20% performed gender confirmation surgeries.

Conclusions. The profile of the adolescent treated in the unit of Asturias is a subject that begins hormonal treatment after psychological accompaniment and endocrinological evaluation. The minor has adverse effects after treatment. Once the hormonal treatment has been established, they do not abandon the process.

Key words: Gender dysphoria, Transgender persons, Health Services Needs and Demand, Health Services for Transgender Persons, Gonadotropin-Releasing Hormone, Quality of Life, Adolescence.

Cita sugerida: Fernández M, Guerra P, Martín E, Martínez N, Álvarez-Diz JA, Grupo GIDSEEN. Atención sanitaria a adolescentes con disforia de género Rev Esp Salud Pública. 2018;92:28 de febrero e201802003.

INTRODUCCIÓN

Desde la introducción del transexualismo en las clasificaciones diagnósticas internacionales (DSM y CIE), la Disforia de Género (DG) en la infancia tiene entidad propia⁽¹⁾. Sin embargo, solamente en la última década se han comenzado a desarrollar y publicar los protocolos de atención sanitaria para los adolescentes con DG^(2,3,4,5).

Los estándares asistenciales de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero-WPATH, en sus versiones sexta⁽⁶⁾ y séptima⁽⁷⁾, establecen que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir tratamientos que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma, recomendando que se haya cumplido 12 años y se haya alcanzado el estadio puberal Tanner 2. En varones biológicos se pautarían, en el inicio de la pubertad, agonistas de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), que detienen la producción de testosterona, o antiandrógenos, que neutralizan la síntesis y los efectos de la testosterona, si el estadio puberal es avanzado. En las mujeres biológicas, se prescriben agonistas de GnRH (que impiden la producción de estradiol y progesterona) si el desarrollo puberal es Tanner 2 o directamente testosterona en fases más avanzadas⁽⁸⁾. En ambos sexos, como segunda fase, los estándares asistenciales establecen que los adolescentes añadirán el tratamiento hormonal cruzado (THC) a partir de 16 años, preferiblemente con consentimiento parental. Se administraría testosterona a mujeres biológicas y estrógenos más antiandrógenos a varones biológicos⁽⁹⁾.

Los estándares asistenciales⁽⁷⁾ también regulan las funciones de los profesionales de salud mental que trabajan con menores con DG. Además de evaluar la disforia de género, una de las funciones tiene que ver con asesorar y apoyar a la familia y a los menores en la exploración de su identidad de género, lo que se traduce en una disminución de la angustia y menores dificultades psicosociales. La derivación de los adolescentes a intervenciones físicas es otro de los cometidos.

Los estándares asistenciales en su séptima y última versión⁽⁷⁾ plantean la necesidad de realizar estudios para conocer distintos aspectos relacionados con la DG. Además de la epidemiología, consideran que el análisis de los resultados post intervención es uno de los soportes para avalar las técnicas. En este sentido, las personas que han sido atendidas desde que las normas están en vigor suelen estar más satisfechas.

Distintas unidades en el territorio nacional e internacional han publicado estudios en los que presentan la incidencia y prevalencia de menores. El tamaño de las muestras recogidas es muy variable. Pese a ello, todas las investigaciones coinciden en que se trata de un fenómeno creciente^(10,11,12,13,14,15,16).

La atención psicológica se está llevando a cabo en diferentes unidades^(10,12,15,17,18). En algunos casos los menores se encuentran recibiendo apoyo psicológico de forma previa a instaurar otros tratamientos médicos. No obstante, algunos estudios relatan que ciertos menores resolvieron su disforia con asesoramiento psicológico⁽¹²⁾. En la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) el primer profesional que atiende las demandas es la psicóloga clínica. Una de las funciones prioritarias es proporcionar tanto al usuario como a sus familias el asesoramiento adecuado que permita la toma de decisiones informadas. El número de entrevistas psicológicas varía en función del usuario, su demanda y sus necesidades. Si el proceso continúa, el adolescente comienza a ser valorado por el endocrinólogo de la unidad y simultáneamente mantiene las consultas con psicología clínica. Una vez que comienza con el tratamiento hormonal, el control y el seguimiento se suele realizar conjunto durante todo el proceso.

Las investigaciones muestran que se están llevando a cabo tratamientos hormonales en menores. De forma mayoritaria, en las investigaciones revisadas se ha aplicado terapia hormonal con análogos de GnRH y THC^(10,12,13,15,18,19). No obstante, en otras clínicas han comenzado a evaluar la eficacia y seguridad

de otras opciones de tratamiento como la medroxiprogesterona⁽²⁰⁾. En el estudio realizado en la unidad de identidad de género de Andalucía⁽¹⁰⁾ revisaron qué tratamientos (hormonales y/o acompañamiento psicológico) estaban recibiendo los usuarios de su unidad y qué intervenciones (cirugías de confirmación de género) habían realizado. En otros hospitales los usuarios también han comenzado a realizar cirugías de confirmación de género en el seguimiento⁽¹⁹⁾.

Las normas de cuidado persiguen varias metas en los usuarios. Por un lado, pretenden garantizar la seguridad y eficacia de las intervenciones y, por otro lado, mejorar sus niveles de satisfacción, realización personal o bienestar subjetivo. No todos los estudios recogen estos aspectos. En cuanto a la satisfacción, destaca el estudio realizado en Ámsterdam⁽¹⁹⁾, en el que evaluaron la mejoría psicológica, funcionamiento y bienestar, así como el trabajo realizado en Londres⁽¹⁸⁾, donde también valoraron el funcionamiento psicológico doce meses después del tratamiento. En relación con la seguridad de los tratamientos, diversas investigaciones^(12,20) han comenzado a plantear o revisar los efectos secundarios o no deseados de la terapia hormonal. En algunas unidades señalan dentro de sus limitaciones que no han atendido a este aspecto⁽¹⁹⁾.

En la UTIGPA se comenzó a instaurar el tratamiento hormonal cruzado en adolescentes en 2011 y el tratamiento con agonistas de GnRH en el 2014. En una publicación reciente de este centro se describen las características de los menores atendidos y sus demandas de atención, destacando que el 75% de los adolescentes demandó tratamientos médicos (hormonales y quirúrgicos), mientras que solamente un 25% solicitó intervenciones psicológicas⁽¹⁷⁾. Siguiendo esta línea, los objetivos de la presente investigación fueron: 1. Analizar y describir las características de las intervenciones psicológicas y médicas recibidas por los adolescentes con DG atendidos en la UTIGPA en el periodo 2007-2015; 2. Analizar y describir los efectos secundarios del tratamiento hormonal.

SUJETOS Y MÉTODOS

Sujetos. La muestra se compuso de todos los usuarios menores de edad (que no cumplieron los 18 años) que fueron atendidos en la UTIGPA por presentar quejas de DG (n=20), desde su apertura en marzo de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2015. La UTIGPA es la unidad de referencia para la comunidad autónoma.

Fuentes de información. Para la obtención de los datos del estudio se recurrió a la revisión retrospectiva de las historias clínicas, tanto en papel como informatizadas. Se recogieron las siguientes variables: razón sexo/género; edad en la primera cita; tiempo medio de seguimiento (en meses) en el momento en el que se realiza el estudio para los menores tratados médicamente; tiempo medio (en meses) transcurrido desde la primera consulta con psicología clínica hasta la primera consulta con endocrinología; tiempo medio (en meses) transcurrido desde la primera consulta con endocrinología hasta el comienzo del tratamiento hormonal; tipo de tratamiento hormonal (análogos de GnRH o THC); estadio puberal de Tanner en el momento del inicio del tratamiento con análogos; edad de comienzo del tratamiento hormonal; efectos secundarios (adversos o no deseados) del tratamiento hormonal; cirugías de confirmación de género realizadas.

Procedimiento. Una vez aceptado el estudio por parte del comité de investigación del Hospital Universitario San Agustín de Avilés, se recogió la información de la historia clínica, teniendo en cuenta la confidencialidad.

Análisis de datos. Se realizaron análisis de estadísticos descriptivos para obtener información sobre las características de la muestra. Se utilizó distribución de frecuencias, índices de tendencia central y de variabilidad. Estas pruebas se llevaron a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS 19.

RESULTADOS

La razón sexo/género (Hombre a Mujer-HM/ Mujer a Hombre-MH) fue de 1/1. Ninguna persona de la muestra se identificó con un género alternativo. El rango de edad en la primera cita fue de 12 a 17 años y la media de 15,2.

El tiempo medio de seguimiento en el momento en el que se realiza el estudio para los menores tratados médicamente era de 51,33 meses (DT= 31,52) con un rango de 12-105 meses. Para el grupo de Hombre a Mujer (HM) el tiempo medio fue de 48,71 meses (DT=18,3) y un rango de 26-81 meses y para el grupo de Mujer a Hombre (MH) el tiempo medio de seguimiento fue de 53,6 meses (DT=41,1) con un rango de 12 a 105.

De la muestra total de adolescentes (n=20), el 10% (n=2) abandonó en el proceso de acompañamiento psicológico, es decir, no llegó a ser valorado por endocrinología. El 80% empezó a ser valorado por endocrinología (n=16), y el 10% (n=2) continuó exclusivamente en consultas psicológicas.

El tiempo medio transcurrido desde la primera consulta con psicología clínica hasta la primera cita en endocrinología fue de 11,5 meses (DT=8,9) con un rango de 0 a 32 meses.

De los 16 adolescentes que fueron derivados a endocrinología, 1 sujeto abandonó durante la evaluación, antes de iniciar el tratamiento hormonal reglado (se trataba de un usuario que se autohormonó). Los 15 sujetos restantes estaban en tratamiento médico con endocrinología y simultáneamente en seguimiento con consultas psicológicas. De estos 15 adolescentes, el 46,7% (n=7) perteneció al grupo de HM y el 53,3% (n=8) al grupo de MH. Comenzó el tratamiento hormonal después de la mayoría de edad el 46,7% (n=7) y antes de haber cumplido 18 años el 53,3% (n=8). De estos últimos, el 25% (n=2) fue tratado con análogos de GnRH y perteneció al grupo de MH. Es decir, de todos los adolescentes tratados médicamente en la unidad (n=15), el 13,3% (n=2) fue tratado con análogos y el 86,7% (n=13) recibió direc-

tamente THC. De los 2 sujetos tratados con agonistas de GnRH, un sujeto añadió posteriormente THC y el otro continuó con análogos de GnRH al no haber alcanzado la edad requerida.

El tiempo medio transcurrido desde que son valorados por el endocrinólogo hasta que comienzan tratamiento hormonal (con análogos o THC) fue de 6,3 meses (DT=8,1). Los 2 menores que fueron tratados con análogos se encontraban en un estadio puberal Tanner 3-4 y contaron con una edad media de 13,5 años (DT=0,7). Los sujetos a los que se les prescribió directamente el THC (n=13) tenían una media de edad de 17,38 (DT=1,33) con un rango de 15 a 19 años.

A fecha del 31 de diciembre del 2015 habían realizado cirugías de confirmación de género el 20% (n=4): El 75% (n=3) mastectomía y el 25% (n=1) vaginoplastia. Todas ellas fueron realizadas entre los 18 y 19 años. Estas personas no fueron intervenidas en la sanidad pública, sino que optaron por centros privados.

De los 15 menores en tratamiento hormonal, el 40% (n=6) presentó como efecto secundario algún problema dermatológico (acné, dermatitis seborreica y erupción rosácea); el 26,7 % (n=4) presentó mastodinia sin galactorrea, y el 20% (n=3) presentó sofocos. Con una prevalencia del 13,3% se presentaron los efectos secundarios caída del cabello, cefaleas, mareos, malestar abdominal (hinchazón o dolor abdominal), aumento de apetito, dolores genitales (en el escroto o en el clítoris) y cambios en el estado de ánimo (irritabilidad, tristeza, llanto frecuente). Un 6,7 % de los adolescentes presentó dolor óseo (cadera), debilidad, sudoración, trastornos del sueño, galactorrea, elevación de la prolactina, aumento de la tensión arterial y aumento de la glicemia basal (tabla 1). De los dos adolescentes que fueron tratados con análogos, uno presentó como efecto secundario sofocos (MH) y el otro no informó de efectos adversos (MH).

De los menores que han comenzado tratamiento hormonal, ninguno ha abandonado.

Tabla 1
Efectos adversos o no deseados del tratamiento hormonal ocurridos durante el seguimiento

Efectos adversos	HM	MH	Total
Problemas dermatológicos	n=1	n=5	40% (n=6)
Mastodinia sin galactorrea	n=4		26,7% (n=4)
Sofocos		n=3	20% (n=3)
Caída del cabello	n=1	n=1	13,3% (n=2)
Cefaleas	n=2		13,3% (n=2)
Mareos	n=2		13,3% (n=2)
Malestar abdominal	n=2		13,3% (n=2)
Aumento de apetito	n=2		13,3% (n=2)
Dolores genitales	n=1	n=1	13,3% (n=2)
Dolor óseo	n=1		6,7% (n=1)
Cambios en el estado de ánimo	n=2		13,3% (n=2)
Debilidad	n=1		6,7% (n=1)
Sudoración	n=1		6,7% (n=1)
Trastornos del sueño	n=1		6,7% (n=1)
Galactorrea	n=1		6,7% (n=1)
Elevación de la prolactina	n=1		6,7% (n=1)
Aumento de la tensión arterial (>140/90 mmHg)		n=1	6,7% (n=1)
Aumento de la glicemia basal (>100 mg/dL)	n=1		6,7% (n=1)

HM=Hombre a Mujer; MH=Mujer a hombre.

DISCUSIÓN

Los adolescentes que solicitaron consulta en la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias recibieron acompañamiento psicológico durante un período variable en función de la persona y sus necesidades. En momentos posteriores y tras evaluación por parte de endocrinología, recibieron en su mayoría THC y, en menor medida, agonistas de GnRH, y refirieron haber notado algún efecto no deseado de los tratamientos. Con respecto a las cirugías, el número de intervenciones realizadas es todavía pequeño.

En las investigaciones revisadas, tanto en el ámbito internacional como nacional, el uso de agonistas de GnRH es una práctica realizada en las unidades especializadas de DG^(10,12,13,15,18,19). Hasta el momento se publi-

can todavía porcentajes reducidos de adolescentes que han recibido este tratamiento, siendo mayor la frecuencia de adolescentes tratados directamente con THC. En este trabajo la edad media y el estadio puberal a la que estos menores han consultado ha sido similar a la reportada por la Unidad de Andalucía⁽¹⁰⁾. Sin embargo, los dos adolescentes que fueron tratados con análogos de GnRH en nuestra unidad pertenecían al grupo de MH, mientras que en la unidad de Andalucía todos los adolescentes tratados con análogos de GnRH eran del grupo de HM. La mayoría de las investigaciones consultadas plantean que todos los que reciben análogos de GnRH pasan a la segunda fase de tratamiento hormonal cruzado^(12,13). También en nuestro centro se prevé que el adolescente que continúa con análogos pase al THC posterior.

Los efectos secundarios en los sujetos de nuestra muestra coincidieron con algunos de los mencionados en la literatura científica. En nuestro caso, el grupo que más efectos secundarios presentó fue el de HM, en el que destacó en primer lugar la mastodinia sin galactorrea. Los efectos adversos más frecuentes en el grupo de MH fueron los problemas dermatológicos, seguidos de los sofocos. Más de la mitad de los adolescentes presentó dos o más efectos secundarios.

Los usuarios han comenzado a realizar cirugías de confirmación de género, de forma similar a otras unidades^(10,19). Todas las cirugías han sido realizadas en el ámbito privado. Este hecho suele estar relacionado con la urgencia, tanto de los sujetos implicados como de sus familias, de realizar inmediatamente las cirugías tras cumplir la mayoría de edad, evitando las largas listas de espera.

Al igual que en otras investigaciones⁽²⁰⁾ no se producen abandonos. En nuestro estudio, la atención psicológica y médica es demandada y valorada de forma positiva por los adolescentes.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, es complicado comparar nuestros resultados con algunas de las investigaciones consultadas por la variabilidad en las características de las muestras. En segundo lugar, nuestra reducida muestra dificulta la generalización de resultados. Además, en el momento de realizar esta investigación el seguimiento es todavía a corto plazo.

El abordaje óptimo de la disforia de género en menores es un derecho y requiere de una formación precisa y continuada de los profesionales. Asimismo, se necesitan investigaciones empíricas a largo plazo que garanticen la calidad asistencial y la seguridad del adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Rodríguez M, Guerra-Mora P, Díaz-Méndez M, Grupo GIDSEEN. La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. *C Med Psicosom.* 2014;110:25-35.
2. 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.
3. 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.
4. Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol.* 2011;7:466-72.
5. Moreno-Pérez O, Esteva De Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo1). *Endocrinol Nutr.* 2012;1-16.
6. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGD. The standards of care for gender identity disorders. 6th version. Mineapolis: HBIGD; 2001.
7. The World Professional Association for Transgender Health-WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th version. 2011. Disponible en http://www.wpath.org/publications_standards.cfm
8. Esteva I, Almaraz MC, Grupo GIDSEEN. Transexualidad y Variantes de Género. En: Manual SEEN. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). 2014. Disponible en: <http://www.seen.es/endocrinologia/grupos/grupos.aspx>
9. Fernández M, Guerra P, Díaz M, García-Vega E y Álvarez-Diz JA. Nuevas perspectivas en el tratamiento hormonal de la disforia de género en la adolescencia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2015;43(1):24-31.
10. Esteva I, Gómez-Gil E, Grupo GIDSEEN. Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013;20(6): 585-591.
11. Esteva I, Prior Sánchez I, García-Bray B, Almaraz MC, Yahyahoui R, Fernández-García Salazar R, Gómez-Gil E, Martínez-Tudela J. 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; 2014. p.195-210
12. Hewitt JK, Paul C, Kasiannan P, Grover SR, New-

man LK, Warne GL. Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *Med J Aust.* 2012;196(9):578-81.

13. Spack N, Edwards-Leeper L, Feldman H, Leibowitz S, Mandel F, Diamond D et al. Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. *Pediatrics.* 2012;20:418-425. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/15/peds.2011-0907>

14. Aitken M, Steensma T, Blanchard R, VanderLaan D, Wood H, Fuentes A et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med.* 2015;3:756-763.

15. Chen M, Fuqua J, Eujster EA. Characteristics of Referrals for gender dysphoria Over a 13-year period. *J Adolesc Health.* 2016; 58(3):369-71.

16. Fernández M, Guerra P, Martín E. Algunos datos epidemiológicos de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias. *Acta psiquiatr Psicol Am Lat.* 2016; 62(1):33-40.

17. Fernández M, Guerra P, Martín E y Grupo GID-SEEN. Características de los adolescentes con disforia de género que acuden a la unidad de tratamiento de la identidad de género. *Rev Esp Salud Pública.* 2017;vol 91;febrero: e1-e9.

18. Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological Support, Puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med.* 2015;12(11):2

19. De Vries A, McGuire J, Steensma T, Wagenaar E, Doreleijers T, Cohen-Kettenis P. Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment. *Pediatrics* 2014;134:1-9.

20. Lynch M, Khandheria M, Meyer W. Retrospective Study of the Management of Childhood and Adolescent Gender Identity Disorder Using Medroxyprogesterone Acetate. *Int. J. Transgenderism.* 2015;16:201-208.