

# EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

[www.evidenciasenpediatria.es](http://www.evidenciasenpediatria.es)

## Editorial

### Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento hormonal en jóvenes transexuales

Mora Palma C, Guerrero Fernández J, González Casado I

*Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

Correspondencia: Cristina Mora Palma, [cristi\\_mp@hotmail.com](mailto:cristi_mp@hotmail.com)

---

Fecha de recepción: 5 de junio de 2020 • Fecha de aceptación: 16 de junio de 2020  
Fecha de publicación del artículo: 1 de julio de 2020

---

Evid Pediatr. 2020;16:28.

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Mora Palma C, Guerrero Fernández J, González Casado I. Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento hormonal en jóvenes transexuales. Evid Pediatr. 2020;16:28.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

---

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2020;16:28>.

©2005-20 • ISSN: 1885-7388

# Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento hormonal en jóvenes transexuales

Mora Palma C, Guerrero Fernández J, González Casado I

Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Correspondencia: Cristina Mora Palma, cristi\_mp@hotmail.com

La identidad de género describe el sentir de una persona de ser hombre, mujer o de un sexo indeterminado, mientras que el sexo biológico hace referencia a los determinantes cromosómicos, hormonales y anatómicos que resultan en la caracterización de las personas como hombres o mujeres. La incongruencia de género (IG) define aquella situación en la que no coinciden la identidad de género con el sexo biológico o el asignado al nacer. Este término, IG, será empleado en la futura clasificación diagnóstica CIE-11<sup>1</sup> con objeto de sustituir al de transexualidad (TX). Además, se eliminará del grupo de los trastornos de identidad de género (DMS-IV y CIE-10) y se incluirá dentro de las condiciones relativas a la salud sexual con el fin de despatologizar la TX<sup>2</sup>. A pesar de ello, en la actualidad, ambos términos (IG e TX) pueden aún ser considerados sinónimos. El término disforia de género (DG) queda reservado para definir el malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo biológico<sup>3</sup>.

La incidencia real de la IG/TX es desconocida, aunque se estima más elevada que la recogida en los datos publicados de hace más de una década, con una incidencia de 1:12 000 a 1:45 000 de chicas trans (sexo masculino asignado al nacer, pero identidad de género femenina) y de 1:30 000 a 1:200 000 de chicos trans (sexo femenino asignado al nacer, pero identidad de género masculina)<sup>4</sup>. Desde el año 1999, se ha establecido en España una normativa legal que ha permitido la consideración de la IG/TX en la infancia y la adolescencia en el ámbito sanitario público, incrementándose en los últimos años las consultas sobre posibles IG/TX en este rango de edad. La mayor aceptación social y el respaldo médico-legal explican que la incidencia de la TX esté aumentando en Pediatría<sup>5</sup>. Por tanto, se necesitan estudios actuales de prevalencia que abarquen gran número de individuos y que reflejen el panorama real, ya que los datos recogidos están desactualizados y subestimados. En consonancia, fuentes de EEUU ya han recogido que aproximadamente el 1,8% de los adolescentes norteamericanos se identifican como transgénero<sup>6</sup>.

La persistencia hace referencia a aquellos casos en los que la IG/TX persiste en la edad adulta. Los datos publicados muestran amplias diferencias entre estudios (del 6 al 27% en algunos, hasta el 70% o más en otros), que podrían justificarse con

la falta de unificación de los criterios de inclusión o diagnóstico en estos casos. Se conoce que la persistencia es elevada en aquellos adolescentes con IG presente durante su infancia, mientras que es menor en niños y niñas más pequeños o en jóvenes con IG manifestada durante su adolescencia, pero no durante su infancia<sup>2</sup>.

La Asociación Profesional Mundial para la Salud del Transgénero (WPATH), en su séptima y última versión (año 2011), recoge las normas de cuidados con recomendaciones concretas para el abordaje psicológico, psiquiátrico, hormonal y quirúrgico de la transexualidad, dedicando su apartado VI a las situaciones especiales de la infancia y la adolescencia<sup>4</sup>.

El manejo de la IG/TX debe ser multidisciplinar, exigiéndose como premisa un diagnóstico correcto. Hasta el momento se sigue considerando la necesidad de protocolos terapéuticos en los que deben intervenir un endocrinólogo pediatra, un endocrinólogo de adultos y un cirujano especializado (ginecólogo/urólogo, cirujano general o plástico)<sup>4</sup>.

Las intervenciones médicas por parte del endocrinólogo pediátrico pueden diferenciarse en tres etapas. Durante la infancia (primera fase), si se desea se puede tener un primer encuentro con el menor y su familia sin ser necesario iniciar tratamiento alguno. En la segunda etapa (inicio de la pubertad), el objetivo será frenar la aparición de los caracteres sexuales secundarios no deseados mediante la administración de bloqueadores puberales. Posteriormente, en la tercera fase, se procederá a la administración de hormonas sexuales (estrógenos o testosterona) con el fin de promover el desarrollo de los caracteres sexuales propios del sexo sentido. Por lo general, la terapia hormonal (bloqueo puberal y terapia hormonal cruzada) y la cirugía son necesarios para aliviar la disforia de género, aunque algunas personas precisan solo de una de ellas o incluso de ninguna<sup>5,7-9</sup>.

El bloqueo puberal debe iniciarse tan pronto como se inicie la pubertad, preferiblemente en un estadio Tanner II-III. El tratamiento de elección son los análogos de la GnRh, con la consiguiente reducción de la producción de hormonas sexuales biológicas. Se cuenta con gran experiencia en el manejo de

estos fármacos, pues se vienen utilizando desde hace varias décadas por otras indicaciones, como la pubertad precoz en niños y niñas. Es de destacar su reversibilidad, es decir, que en el caso de que se suspendiera la terapia por algún motivo, la pubertad continuaría su curso fisiológico.

Dicho tratamiento permite al adolescente transgénero disponer de tiempo para explorar su identidad de género sin la presión de la disforia asociada con el desarrollo físico no deseado, evitando así la aparición de caracteres sexuales irreversibles, como son en las chicas trans la nuez prominente, la voz grave, la configuración ósea o la talla alta, y en los chicos trans la baja estatura y el pecho. Además, si el tratamiento se inicia en un estadio temprano, se evitarán futuros procedimientos quirúrgicos más agresivos, ya que al no alcanzar un desarrollo sexual completo propio de la pubertad biológica pasarán a ser innecesarios<sup>4,5,10,11</sup>.

También con la supresión de la pubertad se pretende reducir la comorbilidad psiquiátrica asociada, ya que un problema de gran magnitud en los jóvenes transexuales son los problemas psiquiátricos. En este colectivo, son altas las tasas de depresión, ansiedad, ideación suicida e intento de suicidio. En algunas estadísticas el intento de suicidio llega hasta un 40%<sup>12</sup>, con una tendencia suicida más elevada entre los jóvenes transgénero<sup>6,13</sup>. Incluso existe literatura médica que aporta datos aún más alarmantes, como un reciente estudio canadiense, en el que el 65% de las personas transgénero de 14 a 18 años había tenido ideación suicida en el último año, en comparación con el 13% de la muestra de adolescentes no transexuales<sup>14</sup>. En contraste, datos no tan dramáticos, pero no por ello menos preocupantes, son los aportados por la Unidad Multidisciplinar de Identidad Género en el Niño y Adolescente de un hospital terciario en España, en el año 2017. De los jóvenes transexuales seguidos en dicha unidad, el 12% sufría ansiedad, el 9% presentaba hábito depresivo y el 6% había presentado alguna vez un intento autolítico<sup>7</sup>.

Esta comorbilidad psiquiátrica podría estar justificada en parte por el acoso y la persecución que sufren en muchas ocasiones los jóvenes transexuales por parte de la sociedad, sumados a la experiencia de vivir con un malestar intenso propio de la disforia de género<sup>15</sup>. Asimismo, se debe tener en cuenta que los jóvenes transexuales, por el simple hecho de ser adolescentes, son más propensos a presentar comportamientos de riesgo, como el consumo de sustancias, prácticas sexuales inseguras y violencia interpersonal, siendo también más frecuente la ideación suicida<sup>16</sup>.

El bloqueo puberal también tiene por objeto la reducción de la disforia y, por ende, la disminución de la comorbilidad psiquiátrica secundaria a esta. A lo largo de los últimos años se han llevado a cabo estudios sobre la relación de la supresión puberal con resultados favorables para la salud mental. La base teórica es que la supresión puberal, como se ha comentado previamente, previene cambios irreversibles no congruentes con el género que pueden causar una angustia significativa para las personas transgénero, aliviando la disforia.

Este año 2020, se han publicado los resultados de un estudio realizado en EE. UU.<sup>17</sup>, comentado en este número de *Evidencias en Pediatría*<sup>18</sup>, donde se analiza por primera vez la asociación entre el acceso a la supresión puberal y las medidas de suicidio.

En esta publicación se recogen, mediante encuesta transversal, los antecedentes de tratamiento con bloqueo puberal durante la adolescencia de 20 619 adultos transgénero de 18 a 36 años. Se examinan las asociaciones entre el acceso a la supresión puberal y los datos de salud mental en estos adultos. De la muestra, el 16,9% alguna vez había deseado la supresión puberal pero únicamente el 2,5% la recibió. Entre las variables asociadas con aquellos que querían y la recibieron, en comparación con los que la deseaban pero no la recibieron, se encuentran: la edad más joven, la edad de transición social, la edad de inicio de la terapia hormonal, la identidad de género femenina, el sexo masculino asignado al nacer, la orientación sexual heterosexual, el mayor ingreso total del hogar y el mayor apoyo familiar. Los autores concluyen que el tratamiento con bloqueo puberal, en aquellos que lo deseaban, se asocia con menor probabilidad de ideación suicida de por vida en contraste con aquellos que querían la supresión puberal pero no la llegaron a recibir.

Llama la atención que, la mayoría de los adultos transgénero que desearon la supresión de la pubertad no la recibieron y solo el 29,2% de los participantes más jóvenes (los que tenían 18 años en el año de recogida de datos) informaron de haber deseado el tratamiento supresor de la pubertad. Este porcentaje es sin duda llamativo, pues hoy en día la accesibilidad a este tipo de terapias en los niños y jóvenes ha mejorado sustancialmente, debido en parte al reciente aumento de la conciencia pública y al mayor acceso a las intervenciones médicas o quirúrgicas de afirmación de género. En este estudio, los datos son de individuos con edad mínima de 18 años en el año 2015, que fue cuando se recogieron, por lo que, si se repitiera, en el futuro, el porcentaje de jóvenes con bloqueo puberal durante su infancia o adolescencia sería mucho mayor, probablemente. También podría reflejar la diversidad de experiencias entre personas de género no binario, entre las que el tratamiento hormonal o quirúrgico no es una opción imprescindible.

Entre los adolescentes con deseo de recibir tratamiento con bloqueo puberal, lo recibieron en mayor porcentaje aquellos con apoyo familiar, en comparación con los que no lo tenían. Este hallazgo no es sorprendente, dado que en la mayoría de los estados de EE. UU. se requiere el consentimiento de los padres para que los adolescentes reciban el tratamiento supresor de la pubertad. En nuestro país la situación es similar, estando indicado recoger el consentimiento informado en todos los casos antes de comenzar el bloqueo puberal, por lo que es fundamental que el niño o adolescente y sus progenitores o tutores sean informados de lo que se pretende, de los posibles efectos secundarios, así como de los beneficios físicos y psicológicos que se intentan alcanzar<sup>7</sup>. En consonancia, diversos estudios ya han demostrado que el apoyo familiar a

la identidad de género se asocia con resultados favorables para la salud mental. Otras publicaciones han estudiado las diferentes condiciones que predisponen o protegen del riesgo de suicidio a los jóvenes transexuales, encontrándose entre los factores protectores el apoyo familiar<sup>16</sup>.

En relación a lo anterior, datos publicados procedentes de nuestro país, confirman que todos los niños, niñas y adolescentes que recibieron bloqueo puberal durante la infancia o adolescencia consideraron positivo dicho tratamiento, con mejoría posterior de la disforia de género<sup>7</sup>.

En conclusión, la mayor comorbilidad psiquiátrica que presentan los adolescentes transexuales debe ser tomada como llamada de atención en todos los ámbitos (sanitario, educativo, político, social y familiar), con el fin de reconocer, apoyar y proteger a estos jóvenes más vulnerables<sup>18</sup>.

Por lo tanto, entre los objetivos de las intervenciones médicas de los niños, niñas o jóvenes transexuales se debe incluir la prevención del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios del sexo biológico no deseado y la promoción de la aparición de los caracteres sexuales deseados del género sentido, así como la reducción de los sentimientos disfóricos y de la comorbilidad psiquiátrica asociada. Con ello se conseguirá mejorar la calidad de vida de estos niños, niñas y adolescentes, siendo este último el objetivo principal. La psicoterapia de apoyo y de acompañamiento al menor o intervención psicossocial a la familia también es necesaria en la mayoría de los casos<sup>7,19,20</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Winter S, De Cuypere G, Green J, Kane R, Knudson G. The proposed ICD-11 gender incongruence of childhood diagnosis: a World Professional Association for Transgender Health Membership Survey. *Arch Sex Behav*. 2016;45:1605-14.
2. Guerrero-Fernández J, Mora Palma C, Ortiz Villalobos A. El niño y el adolescente con incongruencia de género. *Manual de Endocrinología Pediátrica*. 1.ª edición. Madrid: Ergon. pp. 633-44.
3. Institute of Medicine (US). The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding. Washington, DC: National Academies Press (US); 2011.
4. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis PT, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend*. 2012;13:165-232.
5. Shumer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the care of transgender children and adolescents. *Adv Pediatr*. 2016;63:79-102.
6. Johns MM, Lowry R, Andrzejewski J, Barrios LC, Demissie Z, McManus T, et al. Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students - 19 states and large urban school districts, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68:67-71.
7. Mora Palma C, Guerrero Fernández J, Itza Martín N, Ortiz Villalobos A, González Casado I. Cambios físicos y analíticos en menores transexuales bajo tratamiento médico. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. 2017;8:29-39.
8. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ, 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;102:3869-903.
9. Shumer DE, Spack NP. Current management of gender identity disorder in childhood and adolescence: guidelines, barriers and areas of controversy. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2013;20:69-73.
10. Hembree WC. Management of juvenile gender dysphoria. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2013;20:559-64.
11. Hewitt JK, Paul C, Kasiannan P, Grover SR, Newman LK, Warne GL. Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *Med J Aust*. 2012;196:578-81.
12. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016.
13. Austin A, Craig SL, D'Souza S, McInroy LB. Suicidality among transgender youth: elucidating the role of interpersonal risk factors. *J Interpers Violence*. 2020 Apr 29;886260520915554.
14. Veale JF, Watson RJ, Peter T, Saewyc EM. Mental health disparities among Canadian transgender youth. *J Adolesc Health*. 2017;60:44-9.
15. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*. 2012;129:418-25.
16. Eisenberg ME, Gower AL, Barbara J, McMorris BJ, Rider GN, Shea G, Coleman E. Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *J Adolesc Health*. 2017;61:e521-e526.
17. Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*. 2020;145. pii: e20191725.
18. Aparicio Rodrigo M, Rivero Martín MJ. En adolescentes transgénero, la ideación suicida es menor si reciben tratamiento para frenar la pubertad. *Evid Pediatr*. 2020;16:31.
19. Turban JL, Ehrensaft D. Research review: gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59:1228-43.
20. De Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52:1195-202.