

ORIGINAL

Transexualidad: transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España



Mario Pazos Guerra^{a,*}, Marcelino Gómez Balaguer^a, Mariana Gomes Porras^a,
Felipe Hurtado Murillo^b, Eva Solá Izquierdo^a y Carlos Morillas Ariño^a

^a Unidad de Identidad de Género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

^b Unidad de Identidad de Género, Hospital Universitario Doctor Peset (Centro de Salud Sexual y Reproductiva Fuente de San Luís), Valencia, España

Recibido el 17 de diciembre de 2019; aceptado el 13 de marzo de 2020

Disponible en Internet el 24 de junio de 2020

PALABRAS CLAVE

Incongruencia de género;
Detransición;
Desistencia;
Arrepentimiento;
Variantes de género

Resumen

Introducción: La demanda de atención sanitaria a personas transexuales o con incongruencia de género ha aumentado en los últimos años, sobre todo a expensas de jóvenes y adolescentes. También en paralelo ha aumentado el número de personas que refieren una pérdida o modificación en el sentimiento de género inicialmente expresado. Aunque siguen siendo minoría, nos enfrentamos cada vez más a casos complejos de personas transexuales que solicitan detransicionar y revertir los cambios conseguidos por arrepentimientos.

Objetivo: Relatar nuestra experiencia con un grupo de personas transexuales en fase de detransición. Analizar su experiencia personal y los conflictos generados y reflexionar sobre estos procesos nunca antes descritos en España.

Material y métodos: Cohorte de 796 personas con incongruencia de género atendidas desde enero de 2008 hasta diciembre de 2018 en la Unidad de Identidad de Género del departamento Valencia Doctor Peset. De los 8 casos documentados de detransición y/o desistencia se relatan los 4 más representativos y que consideramos más ilustrativos de esta realidad.

Resultados: Las causas observadas que motivaron su detransición fueron la desistencia identitaria, las variantes de género no binarias, la psicopatología asociada y la confusión entre identidad y orientación sexual.

Conclusión: La detransición es un fenómeno de presentación creciente que conlleva problemas clínicos, psicológicos y sociales. Una incorrecta evaluación y recurrir a la medicalización como única vía de mejora de la disforia en algunos jóvenes puede conducir a posteriores detransiciones.

Es fundamental una atención integral dentro de un equipo multidisciplinar con experiencia. A falta de más estudios que determinen posibles factores predictivos de detransición, es recomendable proceder con prudencia en casos de historias identitarias atípicas.

© 2020 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mario.pazos.guerra@hotmail.com (M. Pazos Guerra).

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>

2530-0164/© 2020 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Gender incongruence;
Detransition;
Gender desistance;
Regret;
Gender variance

Transsexuality: Transitions, detransitions, and regrets in Spain**Abstract**

Introduction: Health care demand by transsexual people has recently increased, mostly at the expense of young and adolescents. The number of people who report a loss of or change in the former identity feeling (identity desistance) has also increased. While these are still a minority, we face more and more cases of transsexual people who ask for detransition and reversal of the changes achieved due to regret.

Objective: To report our experience with a group of transsexual people in detransition phase, and to analyze their personal experience and their associated conflicts.

Material and methods: A cohort of 796 people with gender incongruence attending the Identity Gender Unit of Doctor Peset University Hospital from January 2008 to December 2018 was studied. Four of the eight documented cases of detransition and/or regret are reported as the most representative.

Results: Causes of detransition included identity desistance, non-binary gender variants, associated psicomorbidities, and confusion between sexual identity and sexual orientation.

Conclusion: Detransition is a growing phenomenon that implies clinical, psychological, and social issues. Inadequate evaluation and use of medicalization as the only means to improve gender dysphoria may lead to later detransition in some teenagers. Comprehensive care by a multidisciplinary and experienced team is essential. As there are no studies reporting the factors predictive of detransition, caution is recommended in cases of atypical identity courses.

© 2020 SEEN y SED. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En estos últimos años estamos asistiendo a un importante incremento de la demanda asistencial para acompañamientos endocrinológicos y adecuaciones quirúrgicas a personas transexuales (CIE 10) o con incongruencia de género (CIE 11). Este aumento de demanda se observa en Occidente en general y en España en particular¹⁻⁵. También se observa un cambio en el perfil sociodemográfico de las personas que acuden a las consultas, con una prevalencia cada vez mayor de personas jóvenes.

Entre las causas propuestas para explicar este aumento se apunta la mayor aceptación social existente, la inclusión en cartera de los servicios públicos sanitarios, la fuerte exposición mediática y, al menos en algunas zonas de nuestro país, la publicación de distintas leyes autonómicas y los nuevos modelos asistenciales surgidos. Son especialmente complejos los casos de adolescentes y adultos jóvenes, ya que en estas etapas de la vida la identidad está en plena fase de construcción y quizás no esté suficientemente consolidada⁶.

En esta línea, preocupa el que cada vez más personas entienden que la terapia hormonal supone la solución de sus problemas (no solo de índole identitaria sino también de sus frustraciones personales propias de esta fase de la vida). Algunos de ellos acuden a las consultas de endocrinología sin acompañamiento ni valoración psicológica previa, demandando tratamientos médicos-quirúrgicos de forma urgente y apresurada.

Las principales guías de práctica clínica⁷⁻⁹ proponen una evaluación y acompañamiento psicológico previo. Dicha evaluación y acompañamiento debe también permitir la exploración de la identidad, la mejora de la resiliencia, valorar si la decisión es razonada y con expectativas

realistas, trabajar la autoimagen y autoestima y descartar comorbilidades psicológicas y otras causas de confusión identitaria^{10,11}.

Los nuevos modelos de atención centrados en una atención transafirmativa han permitido una mayor accesibilidad a la atención en este colectivo, pero a veces chocan con la forma de proceder antes descrita, con disminuciones de los tiempos de evaluación o incluso carencia de estos, entendiéndose la evaluación y diagnóstico psicológico como un acto discriminatorio¹⁰. Encontrar el punto medio entre los modelos de atención clásica y la rapidez y autonomía demandada por algunas personas supone todo un reto para los profesionales.

Una inadecuada toma de decisiones generará más frustración y obligará a iniciar caminos de vuelta. En este contexto empiezan a cobrar más relevancia los casos de personas que solicitan detransicionar/retransicionar o revertir los cambios somáticos o administrativos conseguidos.

Aunque la detransición por arrepentimiento es un fenómeno ya descrito hace años¹¹, sigue siendo poco conocido. Además del indiscutible interés científico^{12,13}, este fenómeno tiene una importante carga mediática¹⁴.

La prevalencia real de este fenómeno es desconocida y posiblemente está infravalorada. Se han descrito varios factores asociados a las detransiciones, aunque hasta ahora ninguno ha sido validado¹⁵⁻¹⁷.

Este trabajo pretende relatar distintas vivencias personales, en las que se ha producido una detransición después de haber iniciado un proceso de readecuación corporal por incongruencia de género. Pretendemos llamar la atención y poner en relevancia este tema poco explorado pero de creciente presencia en las Unidades de Identidad de Género (UIG) de nuestro país.

Son los primeros casos reportados hasta la fecha en España.

Material y métodos

La UIG del Hospital Universitario Dr. Peset se constituyó formalmente en el año 2008. Desde entonces y hasta diciembre del 2018 se habían atendido 796 personas. De los seguimientos realizados, se dispone información acerca de 8 personas que han solicitado alguna forma de detransición. Se procede a relatar los 4 casos que se han considerado más relevantes o ilustrativos.

Todos los casos que se relatan han sido valorados de forma previa al inicio de las actuaciones farmacológicas y quirúrgicas por un psicosexólogo experto en identidad (tiempo mínimo de evaluación de 6 meses). La evaluación sigue un protocolo uniforme de actuación y valora los siguientes elementos: situación personal, historia de infancia, evolución de la incongruencia, diagnóstico diferencial, consumo de sustancias psicoactivas y psicopatología previa, y tiene como finalidad explorar y garantizar de forma experta la elección terapéutica, asegurar la estabilidad y consolidación del proceso identitario, corregir los posibles conflictos generados, detectar problemas psicológicos que puedan generar confusión, trabajar unas expectativas razonables y dar la más amplia información posible sobre los procedimientos que se llevarán a cabo.

Los acompañamientos psicológicos son mantenidos una vez iniciados los tratamientos hormonales, con la finalidad de constatar la estabilidad o fluctuación identitaria.

Dada la terminología confusa y en constante cambio se hace necesaria la descripción de varios términos que van a ser usados en estos relatos:

- *Variantes de género*: engloba todos los procesos de identificación de género, tanto binario (hombre, mujer) como no binario (agénero, bigénero, género fluido), habiéndose descrito más de 40 variantes de género¹⁸.
- *Desistencia identitaria*: modificaciones o cambios en el sentimiento identitario inicialmente manifestado.
- *Detransición/retransición*: procedimiento para revertir los cambios realizados en el proceso reasignador de género, ya sean médicos, sociales o administrativos. Puede asociar o no desistencia identitaria.
- *Arrepentimiento/regrets*: malestar o pesar que una persona siente por los cambios realizados durante la transición de género. Se puede acompañar o no de desistencia identitaria y puede conducir o no a una detransición.

Resultados

Caso 1

Persona de 31 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que comienza en 2008 seguimiento en nuestra Unidad. Manifiesta identidad discordante con el género asignado al nacer (hombre) desde los 11 años, comenzando ya desde los 14 años el tránsito social, actuando, viviendo y relacionándose como mujer a todos los niveles. La evaluación psicológica realizada en otro centro sugería la existencia de disforia por incongruencia de género, por lo

que inició a los 18 años tratamiento hormonal con estrógenos y antiandrógenos. Este tratamiento supuso una mejoría de los síntomas disfóricos. Acude por primera vez a nuestra Unidad 3 años después del inicio de los tratamientos hormonales y solicita cirugías de afirmación de género (mamoplastia de aumento, genital feminizante y tirocondroplastia). Evaluada nuevamente, se reconfirma la existencia de un conflicto identitario y se inicia el protocolo habitual de seguimientos. Refiere ideas autolesivas y de automutilación genital desde la adolescencia.

Unos años después su seguimiento empieza a ser errático, faltando a varias consultas siendo también irregular la cumplimentación terapéutica.

Una nueva evaluación psicológica reconfirma la existencia de un fuerte conflicto identitario, por lo que se realiza en 2010 mamoplastia de aumento. Ese mismo año se consigue el cambio registral de nombre y género.

Los seguimientos clínicos se mantienen de forma anual hasta que deja de acudir a consulta en 2014.

Reaparece en octubre de 2018 para demandar explante de mamas y solicitud de informe para una nueva modificación sobre mención de género.

Relata que durante años, previamente y durante su atención en la Unidad, mantuvo severa disforia con ideación autolítica. Una relación afectiva con un chico homosexual le ayuda a descubrirse como hombre bisexual y le enseña a aceptar sus genitales.

Actualmente esta persona vive, actúa y se relaciona a todos los efectos como varón. No tiene ningún tipo de tratamiento farmacológico y se encuentra en proceso de reasignación de nombre y sexo en el registro civil, superado a la decisión judicial. Está también pendiente el explante de mamas.

Caso 2

Persona de 26 años sin antecedentes médicos de interés, que comienza valoración en nuestra Unidad en 2009 por incongruencia de género, manifestando identidad no acorde con el sexo asignado al nacer (mujer) desde los 16 años. No presentó comportamientos sugestivos durante la infancia.

Tras evaluación psicológica y seguimiento de algo menos de 6 meses, según protocolo habitual anteriormente descrito, se inicia tratamiento con testosterona. En 2011, con 19 años y tras un año aproximadamente de tratamiento hormonal, se realiza mastectomía en hospital privado alegando severa disforia por gran tamaño de mamas, con leve mejoría de la sintomatología disfórica tras la intervención.

Presenta mala tolerancia a la testosterona con hiperexcitabilidad, hipererexia, insomnio, acné quístico, trastornos menstruales y dolores pélvicos, que no mejoraron pese al tratamiento con GnRH, por lo que se decide la realización de una histerectomía con doble anexectomía, desapareciendo los síntomas y permitiendo reducir la dosis de testosterona. Refiere severa disforia de genitales negándose a mantener cualquier tipo de relaciones sexuales, demandando con insistencia la realización de genitoplastia. Fueron descartados trastornos límites de la personalidad y otros procesos obsesivos compulsivos.

En 2013 sufre un episodio psicótico agudo que requiere atención psiquiátrica, por lo que se detiene el proceso

administrativo para el cambio de mención de género (se encontraba en trámites).

Expone estar recuperando una identidad más femenina de forma progresiva, prefiriendo ya un trato en femenino, aunque en un principio no se arrepiente de las cirugías ni del tratamiento realizado. Manifiesta que respecto a su orientación se siente bisexual.

En sucesivas consultas en endocrinología y sexología muestra una identidad y disforia cambiante, solicitando en ocasiones trato masculino y en otras femenino, asociando severos síntomas depresivos y un trastorno psicótico con alucinaciones precisando tratamiento con fármacos antipsicóticos que mantiene en la actualidad. Sigue bajo supervisión psiquiátrica y deja de acudir a visitas regladas a nuestra Unidad.

Acude de nuevo 3 años después. Refiere haber estado sin tratamiento hormonal de ningún tipo hasta hace unos meses y que en la actualidad está con testosterona parenteral. Actualmente mantiene identidad de mujer, lamenta haberse sometido a la mastectomía pero asume que mantendrá rasgos masculinos, así como el trato como varón socialmente. Se plantea solicitar cambio administrativo de sexo a varón para evitar situaciones de riesgo social y en general asume la irreversibilidad de los cambios.

Caso 3

Persona de 16 años de edad sin antecedentes médicos de interés que comienza evaluación en julio de 2017 en nuestra Unidad por incongruencia de género. Expone un sentimiento de identidad discordante con el sexo asignado al nacer (mujer) desde los 13 años. Síntomas disfóricos leves-moderados (sobre todo a nivel de voz y no tanto por las mamas ni la menstruación). Su pareja es un chico transgénero y participa de forma muy activa en redes sociales y colectivos LGTBI. Ha realizado el tránsito social parcialmente.

Una vez descartada psicomorbilidad asociada que confundiera su sentimiento identitario, con un periodo de evaluación de algo más de 6 meses, se inicia tratamiento con testosterona vía transdérmica y se completa el tránsito social en mayo de 2018, con 15 años.

En los primeros controles postratamiento manifiesta sentirse a gusto con los cambios producidos, sobre todo en la tonalidad de la voz y con una mayor adquisición de habilidades sociales y reducción de disforia.

Un año después manifiesta su deseo de abandonar la terapia hormonal. Expone que se cuestiona el concepto binario de género: «¿qué es ser hombre y qué es ser mujer?», manteniendo identidad y expresión de género masculina, prefiriendo ser tratado a todos los efectos como varón, pero sin rechazar sus caracteres sexuales secundarios ni la menstruación. Considera que el tratamiento hormonal no le está aportando beneficio a nivel identitario, achacando la mejora de su disforia a su propia madurez ganada con el tiempo, al aumento de su autoestima y al tránsito social realizado.

También expone que previamente y durante el tránsito se le transmitió desde diversos canales de información, incluyendo Internet, pareja y otras personas transgénero con las que se relacionaba, la idea de que la terapia hormonal suponía la solución a sus problemas tanto identitarios como a

otros niveles, viendo ese camino como la única opción posible.

Se procede entonces a la retirada de tratamiento hormonal con seguimiento activo por parte de sexología.

En la actualidad vive, actúa, se identifica y se relaciona como varón, no rechaza sus caracteres sexuales y no lleva tratamiento alguno.

Caso 4

Persona de 21 años de edad, sin antecedentes médicos de interés que comienza en 2016 evaluación en nuestra Unidad por incongruencia de género, manifestando identidad discordante con el género asignado al nacer (hombre) desde los 17 años aproximadamente. Sin claros comportamientos sugestivos previos y una mínima intervención social.

A los 18 años y una vez descartada psicomorbilidad asociada que pudiera confundir su sentimiento de identidad, tras un periodo de evaluación de algo más de 6 meses, se inicia tratamiento hormonal feminizante a la vez que amplía su nivel de intervención social. Unos 4 meses después nos comunica que ha interrumpido dicho tratamiento.

Relata que al ir aumentando dicha intervención social, no se siente cómodo con el trato en femenino ni con los cambios físicos producidos, no cumpliendo estos cambios sus expectativas a la hora de aumentar el bienestar emocional. Además, comienza una relación sentimental con un hombre cissexual quien le ayuda a aceptar su cuerpo, con lo cual mejora la disforia, identificándose finalmente como hombre con orientación homosexual.

En la actualidad vive, actúa, se identifica y se relaciona como hombre y no sigue ningún tipo de tratamiento.

Discusión

En el *primer caso* nos encontramos ante una «detransición» clásica. Se trata de una persona que varios años después de realizar el tránsito social, médico, quirúrgico y administrativo, cambia su identidad (desistencia identitaria) y solicita revertir todos los cambios conseguidos. Fue evaluada por un psicólogo experto previamente al inicio del tratamiento y durante las actuaciones médico-quirúrgicas posteriores.

Lo tardío de su aparición lo diferencia de la mayoría de casos descritos.

Los casos recogidos en la literatura son detransiciones (con pérdida o modificación identitaria) precoces, realizadas en fases iniciales del tránsito social o del tratamiento hormonal^{19,20}. En esta persona hay una confusión entre identidad y orientación sexual, que se descubre cuando el individuo explora y experimenta nuevas formas de sexualidad que previamente no había explorado.

Es por ello que hay que animar a todo el que se presente con un problema de identidad de género a que explore todas las opciones posibles y no se ancle en el concepto de la medicalización como única vía posible para resolver su disforia.

Otro dato importante es la presencia de cambios quirúrgicos y administrativos en el momento de la desistencia, por lo que la detransición es mucho más compleja.

Actualmente el proceso de detransición o reversión administrativa de nombre y género no está legislado en nuestro

país, a diferencia de otros países^{21,22}. Es un tema que en España debería ser contemplado en futuras leyes.

Respecto a la detransición con cirugías establecidas, no existen protocolos de actuación. Dichos protocolos deberán ser implementados en futuras guías clínicas^{23,24}.

El *segundo caso* presenta una desistencia identitaria en una persona con una variante de género no binaria, sin que exista una clara consolidación de su identidad. Esta persona muestra en su historia ciertos rasgos comunes a los descritos en el patrón de ROGD (*Rapid Onset Gender Dysphoria*)¹⁷, como es el inicio tardío sin comportamientos sugestivos previos y la insuficiente mejoría con el tránsito social y tratamiento farmacológico. Aunque el hecho de que su crisis identitaria coincide con la aparición de patología psiquiátrica, no presente al inicio, nos hace suponer que es este el factor más decisivo. Al igual que en el caso anterior, se habían realizado adecuaciones quirúrgicas irreversibles, mastectomía y gonadectomía. No solo hay que tener en cuenta la irreversibilidad de los cambios quirúrgicos, también la terapia hormonal cruzada presenta cambios que solo son parcialmente reversibles, persistiendo en muchas ocasiones parte de los caracteres adquiridos con esta (voz, vello, distribución corporal).

Otra cuestión importante que se desprende de este caso es la necesidad de realizar una atención psicológica no solo previa sino también durante el seguimiento.

El *tercer caso clínico* comporta la peculiaridad frente a los demás de que la detransición no se asocia a una desistencia identitaria, aunque quizás la evolución observada en sus ideas no binarias podría derivar en un futuro hacia una variante de género. Es un ejemplo muy ilustrativo entre la diferencia de desistencia identitaria y detransición. También permite reflexionar sobre como la identidad de género no tiene que condicionar la expresión de ese género ni acompañarse de disforia ante los caracteres sexuales. Pone en valor la utilidad y necesidad del tránsito social, trabajar la autoestima y reevaluar constantemente la sexualidad, alejándose de rígidos modelos binarios. Es por ello imprescindible el psicosexólogo experto en identidad como parte pivotal del equipo multidisciplinar.

Por último, este caso plantea el debate del papel que puede jugar una excesiva e inadecuada exposición mediática en la toma de decisiones de algunas personas con diversidad de género. Dirigir hacia la medicalización a todas las personas con variantes de género, quizás esté generando modelos muy binarios, basados solamente en lo estético y que pueden acabar en frustración y arrepentimientos. El dejarse guiar solo por testimonios de otras personas transgénero recogidos en redes sociales, sin explorar otras vías, puede ser contraproducente. Sería nuestra responsabilidad informar que la medicalización no es la única vía para evitar conflictos personales y sociales.

El *cuarto caso* presenta una persona en detransición con desistencia identitaria, poco tiempo después del inicio del tratamiento farmacológico, sin que se haya producido ninguna cirugía. Es el tránsito social el que desencadena la modificación identitaria inicialmente expresada. Muy posiblemente estaba confundiendo identidad con orientación sexual. Este relato pone una vez más en valor la importancia del tránsito social como una forma de autoconocimiento y de autoexploración identitaria. El tránsito social debe realizarse de forma progresiva y cómoda para la persona,

evitando situaciones de riesgo. Sería muy enriquecedor poder experimentar vivencias y situaciones explorando y reconociendo qué cambios a nivel de bienestar se producen en cada individuo.

Nos volvemos a encontrar con una confusión entre identidad y orientación. Esto supone un proceso frecuente y ampliamente descrito sobre todo en niños y niñas prepúberales y adolescentes, razón por la cual las guías clínicas más reconocidas⁷⁻⁹ aconsejan prudencia y una evaluación individualizada.

La diferencia entre «deseo de pertenecer» al sexo contrario (ventajas sociales, relaciones sexuales, rol y expresión de género) y una verdadera incongruencia de género es algo que debe ser trabajado por el psicólogo previamente al inicio de cualquier intervención.

Aunque en este último año se ha puesto especial énfasis en el fenómeno ROGD como posible marcador de riesgo para una detransición, en nuestra serie ninguno de los casos presentaba un claro patrón, ni fue el factor desencadenante de la detransición. Aun así, es prudente identificar casos con criterios de ROGD, e intentar adoptar estrategias más progresivas, potenciando tratamientos alternativos a la medicalización.

Otros factores de riesgo de detransición propuestos han sido los géneros no binarios, la aparición tardía del sentimiento identitario, la menor intensidad de la disforia y la psicopatología descompensada¹⁵⁻¹⁷.

Todos los casos aquí descritos han sido reevaluados por un sexólogo experto, llegándose a la conclusión de que con los datos obtenidos durante la valoración inicial, nos encontrábamos ante procesos de identidad estables y mantenidos a los que hoy en día se les hubiera catalogado de nuevo como de incongruencia de género y se les hubiera vuelto a ofertar la posibilidad de acompañamiento médico y quirúrgico. También en todos ellos, el facilitar el tránsito social y el inicio de tratamiento médico supuso en etapas iniciales una mejoría de los síntomas disfóricos asociados, apareciendo posteriormente el conflicto (en algunos casos más de 10 años después).

Conclusión

La demanda asistencial en las UIG y las consultas de endocrinología por incongruencia de género están experimentando un importante incremento en estos últimos años. El perfil del usuario también sufre importantes cambios. Personas jóvenes muy demandantes y procedentes de entornos muy informados suponen un alto porcentaje de dichas demandas. Además, son también cada vez más frecuentes las personas que vivencian variantes de género que no se beneficiarán posiblemente de actuaciones médicas. Muchos de los nuevos modelos asistenciales que se intentan instaurar en nuestro país sitúan a la endocrinología en primera línea de la atención, careciendo en muchas ocasiones de un adecuado equipo que de una forma integral valore la situación de cada persona y sus necesidades.

La excesiva y apresurada medicalización sin explorar otras alternativas puede conllevar posteriores frustraciones, con arrepentimientos, desistencias y detransiciones. Creemos que se hace necesario su manejo en el seno de un equipo multidisciplinar con experiencia, valorando de

forma individual las particulares necesidades y circunstancias de cada persona. Siempre se debería tener en cuenta que hay situaciones que no se benefician de las terapias médico-quirúrgicas. La medicalización no es el único camino. Cada persona debe explorar y decidir sobre su trayectoria vital pero contando con la mayor información posible, potenciando el autoconocimiento y autoestima. Deberíamos actuar con más prudencia en historias identitarias atípicas. No obstante, consideramos que la aparición de casos en detransición no invalida la necesidad de una asistencia sanitaria pública y especializada para estas personas, de la que claramente la mayoría se benefician.

Financiación

El artículo se ha realizado con los datos pertenecientes a la Unidad de Identidad de Género del Hospital Dr. Peset (Valencia), y forma parte del trabajo realizado durante su rotación de los residentes provenientes de los hospitales Clínico de San Carlos (Madrid) y la Paz (Madrid).

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos agradecer a la Dra. Isabel Esteva de Antonio sus aportaciones y comentarios.

Bibliografía

- Skordis N, Butler G, de Vries MC, Main K, Hannema SE. ESPE and PES international survey of centers and clinicians delivering specialist care for children and adolescents with gender dysphoria. *Horm Res Paediatr*. 2018;90:326–31.
- Atienza Moya V, Gómez Balaguer M, Hurtado Murillo F, García Torres S, Riera Sabater EM, Salim Vendrell C, et al. Evolution of healthcare demand in a public gender identity clinical center in Valencia (Spain). *Endocrine Abstracts* V 49. 2017:EP1178.
- Gómez Gil E, Trilla García A, Godás Sieso T, Halperin Rabinovich I, Puig Domingo M, Vidal Hagemeyer A, et al. Estimation of prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Catalonia according to health care demand. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:295–302.
- Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Almaraz MC, Godás Sieso T, Halperin Rabinovich I, Soriguer Escofet F. Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000 a 2009. *Rev Clin Esp*. 2011;21:233–9.
- Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Cuchi-Alfaro M, García-Camba E, et al. Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) according to healthcare demand. *Arch Sex Behav*. 2017;46:1307–12.
- Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työlajärvi M, Frisen L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;9:31–41.
- 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;102:3869–903.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism*. 2012;13:165–232.
- Moreno-Pérez Ó, Esteva de Antonio I, Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. *Endocrinol Nutr*. 2012;59:367–82.
- Selvaggi G, Giordano S. The role of mental health professionals in gender reassignment surgeries: unjust discrimination or responsible care? *Aesth Plast Surg*. 2014;38:1177–83.
- Pfafflin F. Regrets after sex reassignment surgery. *J Psychol Human Sex*. 1993;5:69–85.
- Churcher Clarke A, Spiliadis A. 'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2019;24:338–52.
- Bizic MR, Jevtovic M, Pusica S, Stojanovic B, Duisin D, Vujovic S, et al. Gender dysphoria: bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Res Int*. 2018;13:1–6.
- Herzog K. The Detransitioners: They were transgender, until they weren't. *The Stranger* [consultado 13 Ago 2019]. Disponible en <https://www.thestranger.com/features/2017/06/28/25252342/the-detransitioners-they-were-transgender-until-they-were-not>
- Landén M, Wålinder J, Lambert G, Lundström B. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97:284–9.
- 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;15:582–90.
- Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*. 2018;13:e0202330.
- Green ER, Maurer LM. The teaching transgender Toolkit. A facilitator's guide to increasing knowledge, decreasing prejudice and building skills. 1th ed. Ithaca, NY: Planned Parenthood of the Southern Finger Lakes: Out For Health; 2015 [consultado 15 Nov 2019]. Disponible en www.teachingtransgender.com
- Shute J. The new taboo: More people regret sex change and want to 'detransition', surgeon says. *National Post*; 2017 [consultado 19 Ago 2019]. Disponible en <https://canadafreepress.com/article/the-new-taboo-more-people-regret-sex-change-and-want-to-detransition-surgeon>
- Marchiano L. Outbreak: On transgender teens and psychic epidemics. *Psychol Perspect*. 2017;60:345–66.
- Ley de Identidad de Género. Buenos Aires: Senado y Cámara de diputados de la Nación Argentina; 2012.
- Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2007.
- Danker S, Narayan SK, Bluebond-Langner R, Schechter LS, Berli JU. Abstract: A survey study of surgeons' experience with regret and/or reversal of gender-confirmation surgeries. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2018;6 9 Suppl.:189.
- Coleman E. The WPATH. Standards of Care: What it really says and looking forward to Version 8. Presented at: Program in Human sexuality; Minnesota; 2017 [consultado 15 Nov 2019]. Disponible en <http://stagetimeproductions.com/opportunityconference/presentations/Coleman%20Opportunity%20Conference%202017%20-%20WPATH%20SOC%207.pdf>.