

ORIGINAL

Ratio sexo/género de los adolescentes con disforia de género de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género de Asturias



María Fernández Rodríguez^a, Patricia Guerra Mora^{b,*}, Ana Isabel Revuelta Fernández^c
y Ana Villaverde González^d

^a CSM I La Magdalena y Unidad de Tratamiento de la Identidad de Género (UTIGPA). SESPA, Área III, Avilés, Asturias, España

^b Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Isabel I, Burgos, España

^c Máster general sanitario, Universidad de Oviedo, España

^d Servicios de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Avilés, España

Recibido el 8 de octubre de 2019; aceptado el 20 de marzo de 2020

Disponible en Internet el 2 de julio de 2020

PALABRAS CLAVE

Transexualidad;
Ratio sexo/género;
Personas trans;
Transgénero;
Disforia de género

Resumen

Antecedentes y objetivo: La demanda de menores de edad con quejas de disforia de género se ha incrementado en los últimos años. Este aumento ha sido más acentuado en los hombres trans adolescentes en algunas investigaciones internacionales. El primer objetivo de la investigación fue conocer la ratio sexo/género de los menores de edad que solicitaron consulta en la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) por presentar quejas de disforia de género. El segundo objetivo fue analizar la relación de la ratio sexo/género con la variable edad a la que piden la primera consulta y con el año en que la solicitan.

Materiales y método: La muestra se compuso de 42 menores de 18 años, atendidos entre enero de 2016 y enero de 2019. Se procedió a la revisión de historias clínicas para la obtención de la información. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos con los datos recogidos.

Resultados: La ratio sexo/género del periodo fue de 2/1 a favor de los hombres trans. La edad media a la que solicitaron consulta fue de 15,02 años (DT = 1,84), con un rango de 6 a 17 años. El año 2018 fue en el que se recogió un mayor porcentaje de demandas (35,7%), mayoritariamente realizadas por los hombres trans (93,3%).

Conclusiones: Se observa una inversión de la ratio sexo/género, a favor de los hombres trans, en los últimos 3 años, y un incremento en el número de demandas por parte de los hombres trans adolescentes, coincidente con varias investigaciones internacionales.

© 2020 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patryguerra@hotmail.com (P. Guerra Mora).

KEYWORDS

Transsexuality;
Sex/gender ratio;
Trans people;
Transgender;
Gender dysphoria

Sex/gender ratio of adolescents with gender dysphoria of the Gender Identity Treatment Unit of Asturias

Abstract

Background and objective: Demand from minors with complaints of gender dysphoria has increased in recent years. This increase has been more pronounced in adolescent trans men in some international research studies. The first objective of this research study was to determine the sex/gender ratio of minors requesting a consultation in the Gender Identity Treatment Unit of the Principality of Asturias (UTIGPA) and presenting complaints of gender dysphoria. The second objective was to analyse the relationship of the sex/gender ratio with the age variable at which they requested the first consultation and the year in which they requested it.

Materials and method: The sample consisted of 42 children under 18, attended between January 2016 and January 2019. The medical records were then reviewed to obtain information. Descriptive statistics were analysed with the collected data.

Results: The sex / gender ratio over the period was 2/1 in favour of trans men. The average age at the request for consultation was 15.02 years (SD = 1.84), with a range of 6 to 17 years. A higher percentage of applications was recorded (35.7%) in 2018, mostly made by trans men (93.3%).

Conclusions: There was an inversion of the sex/gender ratio, a favour of trans men, over the last 3 years, and an increase in the number of applications by adolescent trans men, coinciding with several international investigations.

© 2020 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años se ha detectado en las unidades de identidad de género, tanto en investigaciones nacionales¹⁻⁶ como internacionales⁷⁻¹⁴, un aumento de las demandas de menores de edad. Además, son los hombres trans (HT) los que solicitan más atención sanitaria^{11,15-17}. Mientras que en algunas investigaciones se obtuvo una ratio a favor de las mujeres trans (MT)^{1,4-6}, con una tendencia a igualarse con los HT^{2,16-18}, otros estudios han detectado una proporción inversa a favor de los HT^{7,11,19,20}. En las [tablas 1 y 2](#) se sintetizan los principales resultados de estudios nacionales e internacionales, respectivamente, que se abordan a continuación.

En una primera investigación realizada en la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) entre 2007 y 2013¹, la razón de sexo/género de los menores fue de 2,5/1 a favor de las MT y el rango de edad estaba entre 14 y 17 años. Un segundo estudio llevado a cabo en la misma unidad², donde se amplió 2 años el intervalo de estudio (2007-2015), se obtuvo que entre 2013 y 2015 todas las demandas de adolescentes fueron realizadas por HT, equiparándose de este modo la razón sexo/género (1/1) y disminuyendo la edad mínima de los demandantes, situándose el rango entre los 12 y los 17 años. En la unidad de Andalucía, un estudio epidemiológico realizado entre 1999 y 2004 con adolescentes de 14 a 18 años²¹ obtuvo una razón sexo/género de 4/1 a favor de las MT. En una segunda investigación en esta misma unidad, entre 1999 y 2013⁵ con menores entre 5 y 17 años, resultó una razón sexo-género de 2,92/1 a favor de las MT. Para los menores de 12 años, la razón fue de 5,6/1 a favor de las MT y para los adolescentes

con edades comprendidas entre 13 y 17 años, la razón sexo/género fue de 2,7/1 a favor de las MT. En la unidad del Hospital Ramón y Cajal de Madrid⁶ entre 2009 y 2013 con adolescentes en edades comprendidas entre 15 y 17 años, aunque también había menores por debajo de esa edad, se obtuvo una ratio sexo/género de 1,65/1 a favor de las MT.

En la clínica especializada de Melbourne (Australia)⁹, entre 2003 y 2011 solicitaron consulta 39 menores con una media de edad de 10 años. El 46,15% (n = 18) eran preadolescentes y el 53,85% (n = 21) adolescentes. Con respecto a los adolescentes, se obtuvo una ratio sexo/género 1,63/1 a favor de las MT. En un centro pediátrico de California⁷ se realizó un estudio entre 1998 y 2010 con menores de 21 años (de 4 a 20 años) donde se obtuvo una ratio de 1,26/1 a favor de los HT.

En el Servicio de Identidad de Género de Toronto¹⁰, entre 1976 y 2011 se asistió a un total de 577 niños (de 3 a 12 años) y a 253 adolescentes (de 13 a 20 años). La razón sexo/género resultó ser 4,49/1, a favor de las MT, en los niños. En adolescentes, la ratio fue 1,04/1, a favor de las MT. En la cohorte de 2008-2011, la razón sexo/género fue 3,41/1 a favor de las MT en niños, tal y como se venía dando desde 1976. La cifra de adolescentes se disparó en 2004-2007 y en la última cohorte (2008-2011) el número de HT adolescentes superó al de MT. En la clínica de Toronto se realizó una investigación con menores entre 13 y 19 años en el período comprendido entre 1999 y 2005¹³. La razón sexo/género fue 2,11/1 a favor de MT. En un segundo período comprendido entre 2006 y 2013 la razón sexo/género se modificó a favor de los HT (1,76/1). En la clínica de Ámsterdam también se analizaron dos períodos¹³: en el primero, comprendido entre 1976 y 2005, la razón sexo/género resultó ser 1,77/1 a favor de las

Tabla 1 Unidades nacionales

Unidad	Período	Población	N (%): HT; MT	Razón sexo-género
UTIGPA ¹	2007-2013	14 menores (14-17 años)	MT = 10 (71,4%); HT = 4 (28,6%)	2,5/1 MT
UTIGPA ²	2007-2015	20 menores (12-17 años)	MT = 10 (50%); HT = 10 (50%)	1/1
Andalucía ⁴	1999-2004	30 menores (14-18 años)	MT = 24 (80%); HT = 6 (20%)	4/1 MT
Andalucía ⁵	1999-2013	165 menores (5-17 años)	Menores de 12: MT = 17 (85%); HT = 3 (15%) 13-17 años: MT = 106 (73,1%); HT = 39 (26,9%)	Menores 5,6/1 MT Adolescentes 2,7/1 MT
Madrid ⁶	2009-2013	45 menores (15-17, también menores)	MT = 28 (62,2%); HT = 17 (37,8%)	1,65/1 MT

HT: hombre trans; MT: mujer trans.

Tabla 2 Unidades internacionales

País o ciudad	Período	Población	N (%): HT; MT	Razón sexo-género
Melbourne ⁹	2003-2011	18 preadolescentes 21 adolescentes	Adolescentes: MT = 13 (61,9%); HT = 8 (38,1%)	Adolescentes: 1,63/1 MT
California ⁷	1998-2010	97 menores (4-20 años)	HT = 54 (55,7%); MT = 43 (44,3%)	1,26/1 HT
Toronto ¹⁰	1976-2011	577 menores (3-12 años) 253 (13-20 años)		4,49/1 MT 1,04/1 MT
Toronto ¹³	1999-2005 2006-2013	53 menores (13-19 años) 202 (13-19 años)	MT = 36 (67,9%); HT = 17 (32,1%) MT = 73 (36,1%); HT = 129 (63,9%)	2,11/1 MT 1,76/1 HT
Ámsterdam ¹³	1976-2005 2006-2013	122 (a partir de 13 años) 201 (a partir de 13 años)	MT = 78 (63,9%); HT = 44 (36,1%) MT = 73 (36,3%); HT = 128 (63,7%)	1,77/1 MT 1,75/1 HT
Londres ¹⁹	2010-2014	436 menores (media 15,74 años)		1,7/1 HT
Londres ²⁰	2012	218 menores (5-17 años)	37,2% MT; 62,8% HT	1,65/1 HT
Indianápolis ¹⁴	2002-2015	38 menores (media 14,4 años)	MT = 16 (42,1%) y HT = 22 (57,9%)	1,38/1 HT
Ámsterdam ¹¹	1972-2015	548 menores de 12 años 812 (12-18 años)	MT = 293 (53,5%) HT = 255 (46,5%) MT = 330 (40,6%) HT = 482 (59,4%)	1,1/1 MT 1,46/1 HT
Ámsterdam ¹⁸	1988-2016 1988-2006 2007-2017	860	478 MT (55,6%) y 382 HT (44,4%)	1,25/1 MT (menores de 8 años)
Toronto ¹⁸	1988-2016 1988-2006 2007-2017	624		4,33/1 MT
Reino Unido ¹⁶	2000-2017	1.215 menores de 12 años		1,27/1 MT
Reino Unido ¹⁷	2009-2016	4.506 menores (1-18 años) - Menores de 12 - Adolescentes		Menores 1,31/1 MT Adolescentes 2,12/1 HT

HT: hombre trans; MT: mujer trans.

MT; en el segundo período, comprendido entre 2006 y 2013, se obtuvo una razón sexo/género a favor de los HT (1,75/1).

Dos investigaciones realizadas en Londres, la primera¹⁹ en los años 2010-2014 y la segunda²⁰ en el 2012, obtuvieron respectivamente una razón sexo/género de 1,7/1 y 1,65/1 a favor de los HT. Mientras que en el primer estudio la media de edad era de 15,74 años, en el segundo era de 14 años. De forma similar, en el estudio retrospectivo realizado en Indianápolis (EE. UU.)¹⁴ entre 2002 y 2015, con menores con una edad media de 14,4 años, se obtuvo una ratio de 1,38/1 también a favor de los HT.

En la unidad de Ámsterdam entre 1972 y 2015, los HT demandan cada vez más asistencia y es en 2015 cuando se registra la cota máxima de demanda¹¹. Para el grupo comprendido entre 12 y 18 años también es en 2015 cuando se da la máxima demanda tanto de MT como de HT. Son los HT los que más solicitan consulta en ambos rangos de edad. Con respecto a la razón sexo/género, en el grupo de menores de 12 años fue de 1,1/1, ligeramente a favor de las MT; en el grupo de 12-18 años, la ratio fue de 0,7/1, a favor de los HT. La razón sexo/género se ha mantenido estable a lo largo del tiempo en adultos, mientras que los HT se han incrementado en comparación con las MT, especialmente en el grupo de 12 a 18 años. La edad media de primera consulta fue a los 16 años en el grupo de 12 a 18 años, y fue a los 9 años en el grupo de menores de 12 años.

En la clínica de Ámsterdam, entre 1988 y 2016, la razón sexo/género resultó 1,25/1, a favor de las MT hasta los 8 años de edad¹⁸. Se invirtió a favor de los HT en el grupo de entre 9 y 12 años. En el período comprendido entre 2007 y 2016, comenzó a cambiar significativamente la proporción sexo/género a favor de los HT. Mientras que en el primer período se registraban más MT que HT, a partir de 2007 se recibieron más demandas por parte de los HT que de las MT. En cuanto a la edad de primera consulta, las personas atendidas entre 1988 y 2006 ($M=8,54$ años) fueron significativamente más jóvenes que aquellas vistas entre 2007 y 2016 ($M=9,25$ años). Además, las MT solicitaron consulta a una edad ($M=8,5$ años) significativamente más temprana que los HT ($M=9,57$ años)¹⁸. En la clínica de Toronto¹⁸, la razón sexo/género fue 4,33/1 a favor de las MT. Sin embargo, a diferencia de Ámsterdam que comienza a encontrar más HT a partir de los 8 años, en Toronto esto no sucede hasta los 11 años de edad. La edad de primera consulta fue significativamente más temprana en Toronto ($M=7,38$ años) que en Ámsterdam ($M=8,97$ años).

En el Servicio para el Desarrollo de la Identidad de Género (GIDS) de Reino Unido, se analizó a 1.215 niños, menores de 12 años, atendidos entre 2000 y 2017. La razón sexo/género fue 1,27/1, a favor de las MT. La ratio favoreció a las MT entre los 3 y los 9 años, y a los HT entre los 10 y los 12 años. Se produjo un descenso en el porcentaje de las MT en el período 2007-2016, dado que una proporción mayor de HT solicitó asistencia en los últimos años. Respecto a la edad de primera consulta, fue más temprana en las MT que en los HT¹⁶. En una segunda investigación¹⁷, se examinaron 4.506 personas, de 1 a 18 años, que demandaron asistencia entre 2009 y 2016. En los menores de 12 años, la razón sexo/género fue 1,31/1, a favor de las MT. En cambio, en los adolescentes entre 12 y 18 años, la ratio fue 2,12/1, a favor de los HT. En ambos grupos de edad, el incremento de solicitudes de consulta fue mayor en el caso de los HT que en el de las

MT. Las primeras consultas tuvieron lugar a una edad más temprana en las MT menores de 12 años y en los HT de 12 a 18 años.

Esta investigación analiza la evolución de la demanda de la UTIGPA. El primer objetivo es obtener la ratio sexo/género de los menores de edad. El segundo objetivo es analizar su relación con la variable edad a la que piden la primera consulta y el año en que la solicitan.

Metodología

Participantes. La muestra se compuso de todos los menores de 18 años ($N=42$) que solicitaron consulta en la UTIGPA entre enero de 2016 y enero de 2019 por presentar quejas de disforia de género. La disforia de género se entiende como el malestar que sufren los menores por la incongruencia entre el género asignado al nacer y el género con el que se identifican. Ninguna demanda fue motivo de exclusión.

La UTIGPA depende funcionalmente del Hospital Universitario San Agustín de Avilés y es centro de referencia para toda la comunidad autónoma, que cuenta con una población de un millón de habitantes aproximadamente. En la UTIGPA el primer profesional que atiende las demandas es la psicóloga clínica. Una de las funciones prioritarias es proporcionar tanto al menor como a sus familias el asesoramiento, acompañamiento y apoyo para la toma de decisiones informadas. Posteriormente el adolescente puede comenzar a ser valorado por el endocrinólogo de la unidad y simultáneamente mantener las consultas con psicología clínica.

Instrumento. Se recurrió a la revisión de historias clínicas para recabar las variables: ratio sexo-género (se diferenciaron 2 grupos: hombres trans [HT] y mujeres trans [MT]), edad en la primera consulta y año en el que realizan la demanda.

Procedimiento. Una vez autorizado el estudio por el comité de investigación del Hospital Universitario San Agustín de Avilés y por el comité de ética de la investigación con medicamentos del Principado de Asturias, se procedió a la revisión de las historias clínicas de los menores, teniendo en cuenta la protección de datos de acuerdo a la normativa vigente.

Análisis de datos. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0. Se realizaron análisis descriptivos para obtener las frecuencias, las medias y los porcentajes de las variables.

Resultados

Desde enero de 2016 hasta enero de 2019 solicitaron consulta un total de 42 menores de una muestra total de 109 demandas. Esto supone que el 38,53% de la demanda de estos años son menores.

De los 42 menores, el 33,3% son MT ($N=14$) y el 66,7% ($N=28$) HT. La ratio sexo/género es de 2/1 a favor de los HT. El rango de edad estuvo comprendido entre los 6 y 17 años. En la [figura 1](#) se presentan los porcentajes para cada edad. La edad media a la que solicitan consulta es de 15,02 ($DT=1,84$). La edad media para las MT es de 15,57 ($DT=0,94$) y para los HT es de 14,75 ($DT=2,12$). La diferencia entre ambos grupos no es estadísticamente significativa ($p=0,146$).

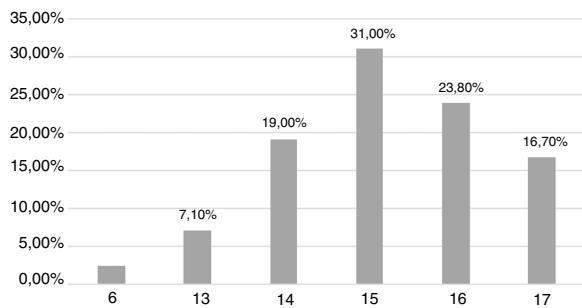


Figura 1 Porcentaje de demandas por edad.

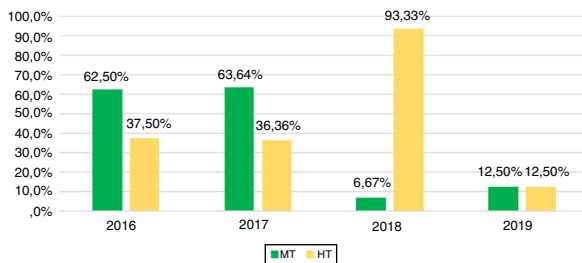


Figura 2 Ratio sexo/género en función del año de la demanda. MT: mujer trans; HT: hombre trans.

Según el año de la demanda, en 2016 se recogieron el 19% de las demandas de menores (N=8), el 26,2% en 2017 (N=11), el 35,7% en 2018 (N=15) y el 19% en 2019 (N=8) (es preciso tener en cuenta que solo se ha recogido un mes de 2019). En la [figura 1](#) se presenta la ratio sexo/género en función del año.

De una demanda total, en 2016, de 26 usuarios, el 30,77% fueron menores. En 2017, de 32 usuarios el 34,38% fueron menores. En 2018, de las 34 demandas nuevas, el 44,12% fueron menores de edad y, por último, en el mes de enero de 2019 solicitaron consulta 17 personas, de las cuales el 47% eran menores ([fig. 2](#)).

Discusión y conclusiones

En este estudio, como en investigaciones nacionales¹⁻⁶ e internacionales⁷⁻¹⁴, se mantiene la tendencia hacia un aumento progresivo de las demandas en menores de edad. Un dato destacable es que en 2019, a pesar de que solo se ha recogido un mes, el porcentaje de demandas de menores es equivalente al de todo el año 2016.

Hasta este momento, las investigaciones nacionales aún no han detectado la proporción inversa a favor de los HT. La que más se acercó fue la investigación de Asturias², donde la proporción se igualó.

Investigaciones internacionales han detectado una proporción inversa en la ratio sexo/género de los adolescentes a favor de los HT^{7,10,11,13,16,17,19,20}. Este hecho no se observa en la población infantil, que sigue manteniendo una ratio sexo/género a favor de las MT. Este aumento de la demanda de HT es un fenómeno reciente y que influye en que la razón sexo/género se equilibre e incluso que se invierta.

En nuestro estudio, es a los 15 años aproximadamente cuando los menores solicitan más consulta, seguido de los

de 16 y 14 años, respectivamente, datos que se asemejan a los de otras investigaciones internacionales^{14,19}.

En la investigación realizada en la UTIGPA entre 2007 y 2015 se obtuvo una ratio sexo/género en adolescentes de 1/1. En el estudio actual, entre 2016 y 2019, la ratio sexo/género es de 2/1 a favor de los HT. Se observa que es en el año 2018 cuando hay mayor porcentaje de demandas y además, que estas demandas son mayoritariamente de HT. Sin embargo, en los años 2016 y 2017 hay menor número de demandas y se obtiene una ratio sexo/género a favor de las MT. Se observa una inversión de la ratio sexo/género, a favor de los HT, en los últimos 3 años, y un incremento en el número de demandas por parte de los HT adolescentes, coincidiendo con varias investigaciones internacionales.

Necesitamos dar una explicación a estos resultados que implican un cambio de tendencia. ¿Por qué están solicitando más consulta los HT que invierten la proporción sexo/género? Hasta la fecha se desconocen las razones de este cambio de ratio a favor de los HT en adolescentes. Algunos investigadores han hipotetizado sobre ello. Unos plantean que se debe a la existencia de una mayor aceptación social de la identidad trans que de las personas con orientación homosexual^{10,22}. Otros sugieren que el aumento de demandas en HT se debe a que están menos estigmatizados socialmente que las MT, favoreciendo su visibilidad¹⁶. Los estereotipos de feminidad y masculinidad impuestos por una sociedad binaria son más exigentes para las mujeres y más tolerantes para los hombres. Por tanto, las MT podrían ser más demandantes de intervenciones médicas y estéticas feminizantes por su necesidad de ajustarse a los estereotipos vigentes. En el contexto sociocultural actual, el derecho a la autodeterminación del género posibilita tanto a las MT como a los HT una mayor libertad en la manifestación de las expresiones, los roles y estereotipos de género.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

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

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. 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;62:33–40.
2. Fernández M, Guerra P, Martín E, Grupo GIDSEEN. 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;91:e1–9.
3. Gómez E, Esteve de Antonio I, Almaraz MC, Godás T, Halperin R, Soriguer E, Equipos de Identidad de Género de Andalucía y Cataluña. 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;211:233–9.
4. Esteve I, Gómez-Gil E, Grupo GIDSEEN. Coordination of health-care for transsexual persons: a multidisciplinary approach. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013;20:585–91.
5. Esteve I, Prior Sánchez I, García-Bray B, Almaraz MC, Yahyaoui R, Fernández-García Salazar R, et al. Gender Dysphoria in minors, a growing phenomenon in our society: demographic and clinical characteristics of this population in Spain. En: *Gender Identity Disorders, developmental perspectives and social implications.* United States of America: Nova Science Publishers; 2014. p. 195–210.
6. Asenjo-Araque N, García-Gibert C, Rodríguez-Molina JM, Becerra-Fernández A, Lucio-Pérez MJ, Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Rev Psicol CIn Niños Adolesc.* 2015;2:33–6.
7. 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;129:418–25, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-0907>.
8. Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, Kibblewhite SJ, Cantor JM. Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *J Sex Marital Ther.* 2008;34:287–90.
9. 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.
10. Wood H, Sasaki S, Bradley SJ, Singh D, Fantus S, Owen-Anderson A, et al. Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): Age, sex ratio, and sexual orientation. *J Sex Marital Ther.* 2013;39:1–6.
11. 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.
12. De Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex.* 2012;59:301–20.
13. 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;3:756–63.
14. Chen M, Fuqua J, Eustester EA. Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *J Adolesc Health.* 2016;58:369–71.
15. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työlajärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015;9:1–9.
16. De Graaf N, Carmichael P, Steensma T, Zucker K. Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). *J Sex Med.* 2018;15:1381–3.
17. De Graaf N, Giovanardi G, Zitz C, Carmichael P. Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Arch Sex Behav.* 2018;47:1301–4.
18. Steensma T, Cohen-Kettenis P, Zucker K. Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988-2016). *J Sex Marital Ther.* 2018;44:713–5.
19. 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;12:2206–14.
20. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2016;21:108–18.
21. Esteve I, Gonzalo M, Yahyaoui R, Domínguez M, Bergero T, Giraldo F, et al. Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace.* 2006;78:65–70.
22. Dhejne C, Öberg K, Arver S. An Analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden 1960-2010: Prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav.* 2014;43:1–11.