

ORIGINAL

La disforia de género en menores trans: nicho ecológico



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

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

^b Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^c Área Sanitaria IV, Oviedo, España

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

^e Máster general sanitario

^f Servicios de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

^g Unidad Terapéutico Educativa de Lasarte, Servicio Vasco de Salud, Lasarte-Oria (Guipúzcoa), España

Recibido el 19 de marzo de 2020; aceptado el 28 de junio de 2020

Disponible en Internet el 20 de febrero de 2021

PALABRAS CLAVE

Personas trans;
Trasgénero;
Disforia de género;
Menores

Resumen

Antecedentes y objetivo: El objetivo del presente estudio es investigar las características contextuales de la aparición de la disforia de género (DG) en menores trans.

Materiales y método: Participaron todos los menores de edad que solicitaron consulta en la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género desde marzo de 2007 hasta junio de 2019. Se procedió a la revisión de historias clínicas para la obtención de los datos. Se garantizó la confidencialidad.

Resultados: Demandaron atención 64 menores, el 39,1% eran mujeres trans (MT) y el 60,9% hombres trans (HT). El rango de edad estuvo comprendido entre los 6 y los 17 años, con una media de 14,98. El 75% de los menores trans ubicaron el inicio de la DG en la infancia y el 25% en la adolescencia. La reacción de los progenitores fue de sospecha en un 55,6% de los casos y de sorpresa en un 36,5%. El 55,6% presentaron malestar psicológico importante previamente a acudir a la unidad.

El apoyo familiar estuvo presente en el 57,1%. El papel de las redes sociales e Internet fue relevante para el 39,7% de la muestra. Tenían pertenencia o contacto con grupos de pares o asociaciones LGTBIQ el 44,4% de los menores. Se analizaron los resultados en función del género sentido.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.fernandezr@sespa.es (M. Fernández Rodríguez).

Conclusiones: Los menores continúan demandando atención en las unidades, sobre todo las MT. Aunque la DG aparece en ambos grupos fundamentalmente en la infancia, en la adolescencia es más frecuente en los HT. Los menores trans nacen, se desarrollan y construyen su identidad en un contexto determinado que está en interacción.

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

KEYWORDS

Trans people;
Transgender;
Gender dysphoria;
Minors

Gender dysphoria in trans minors: Ecological niche

Abstract

Background and objective: The objective of the present study is to investigate the contextual characteristics of the onset of gender dysphoria (GD) in trans minors.

Materials and method: All minors who requested consultation in the Gender Identity Treatment Unit from March 2007 to June 2019 participated. Clinical histories were reviewed to obtain the information. Confidentiality was guaranteed.

Results: Sixty-four minors required care, 39.1% were trans women (TW) and 60.9% trans men (TM). The age range was between 6-17 years, with a mean of 14.98. Seventy-five percent of the trans minors located the onset of DG in childhood and 25% in adolescence. Parental reaction was suspicious in 55.6% of cases and surprise in 36.5%; 55.6% presented significant psychological distress before going to the unit.

Family support was present in 57.1%. The role of social networks and the Internet was relevant for 39.7% of the sample. Of the minors, 44.4% had membership or contact with peer groups or LGBTIQ associations. Results were analysed according to sense of gender.

Conclusions: Minors continue to require care in the units, especially TW. Although GD onset in both groups is mainly in childhood, in adolescence it is more frequent in TM. Trans minors are born, develop and build their identity in a specific context, which is in interaction.

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

Introducción

El género no está en los genes. Nacer macho o hembra de la especie humana no implica necesariamente sentirse hombre o mujer. Además, el género no es un constructo binario¹. No debemos presuponer que una persona que no se identifica con el género asignado al nacer tenga como única alternativa sentirse del género opuesto. El término transgénero incluye un abanico de identidades de género entre los 2 polos binarios (hombre masculino/mujer femenina) en el que también estarían incluidas las personas transexuales.

En un intento de despatologización, el DSM 5¹ sustituyó el término «trastorno» de la identidad de género por el de disforia de género (DG). Más recientemente, la CIE 11² avanzó en la despsicopatologización. Reemplazó el término transexualismo por el de incongruencia de género, eliminándolo del capítulo de los trastornos mentales. Define la incongruencia de género como *una marcada y persistente incongruencia entre el género sentido o experimentado y el género asignado al nacer*.

El DSM 5 diferencia 2 trayectorias en cuanto al desarrollo y curso de la DG: de inicio temprano y de comienzo tardío. Cuando el inicio es en la infancia puede continuar en la adolescencia y hasta la edad adulta o producirse un periodo de latencia tras el cual la disforia reaparece. Cuando la DG aparece en la adolescencia, algunos menores recuerdan haber

tenido en la infancia el deseo de ser de otro género, aunque nunca lo habían comunicado. En consecuencia, el entorno reacciona con sorpresa porque no habían visto signos de DG de inicio temprano^{1,3}. Este manual plantea que tanto en adolescentes como en adultos nacidos mujeres (es decir, hombres trans, HT), el curso más común es la disforia de comienzo temprano en la infancia. Además, añade que la forma de comienzo tardío es mucho menos común en HT que en mujeres trans (MT)¹. No obstante, el inicio de la DG no tiene por qué ir asociado a una petición de ayuda en un recurso especializado.

Es un hecho que la demanda de menores trans en las unidades especializadas de identidad de género se ha incrementado en los últimos años⁴⁻¹². Según las investigaciones recientes, mientras que en la población infantil se mantiene una ratio sexo-género a favor de las MT^{6,12-15}, en los adolescentes la tendencia es a igualarse^{6,11,13-15} e incluso a invertirse a favor de los HT^{10,12,15,16}.

El modelo ecológico de Bronfenbrenner¹⁷ hace alusión a la influencia mutua que se produce entre el individuo y los distintos contextos en los que se desarrolla y que, a su vez, también interaccionan entre sí. Entendemos por nicho ecológico la propiedad que describe a una población en un ecosistema. Involucra recursos presentes en el ambiente, dificultades y barreras, adaptaciones presentes en el individuo y cómo se relacionan todos estos factores entre sí^{18,19}.

Según Sluzki²⁰, el nicho interpersonal contribuye al reconocimiento del individuo y es fundamental para la construcción de la experiencia individual de identidad.

El apoyo de los amigos parece ser más relevante en la adolescencia que el apoyo de la familia²¹. El grupo de pares proporcionaría un apoyo concreto en estos momentos de su ciclo vital. Los ambientes opresivos tanto en el contexto social como familiar influyen en el malestar psicológico de los menores trans²². Por otro lado, el apoyo social y familiar satisfactorio es un buen factor de protección frente al desarrollo de problemas psicológicos en los menores trans²³⁻²⁵. Una investigación realizada en Washington puso de manifiesto que la salud mental de los menores trans no difería de un grupo control cisgénero cuando recibían apoyo familiar en el proceso de transición²⁶.

Antes o simultáneamente a la revelación de su identidad trans y ante la incertidumbre de su proceso identitario, el adolescente trans, con frecuencia, busca el apoyo en grupos específicos y redes sociales, bien sean colectivos (por ejemplo, LGBTQ) o personas trans experimentadas. Estos grupos de pares, además de aportar información, asesoramiento y apoyo, normalizan y validan sus experiencias emocionales. El contacto con estas personas reduce el estrés y la inseguridad que presentan, proporcionándoles recursos de afrontamiento adecuados^{27,28}.

Las personas trans son víctimas de más acoso, estigmatización y discriminación que las personas cisgénero²⁹⁻³³. Desde este punto de vista algunas investigaciones proponen la creación de espacios de seguridad que generen un sentimiento de pertenencia, reduzcan sus sentimientos de soledad y les permitan un lugar seguro para expresarse³⁴.

Según la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero³, es bastante frecuente que los niños y adolescentes con DG presenten malestar psicológico, como trastornos de tipo ansioso y depresivo³⁵⁻³⁷. Los trastornos del espectro autista también son más prevalentes que en la población general y los trastornos externalizados, como el trastorno oposicionista desafiante, son más frecuentes en la adolescencia que en edades más tempranas³⁸.

El objetivo del presente estudio es investigar las características contextuales de la aparición de la DG en menores trans.

Métodos

Participantes

Participaron todos los menores de edad (que no habían cumplido los 18 años) que solicitaron consulta en la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género (UTIGPA) desde sus inicios en marzo de 2007 hasta junio de 2019.

La UTIGPA está ubicada en el área sanitaria III (Avilés). Aunque depende funcionalmente del Hospital Universitario San Agustín de Avilés (HUSA), da cobertura a las 8 áreas sanitarias de la comunidad autónoma. Por tanto, atiende tanto a población rural como urbana. Asturias tiene una población aproximada de un millón de habitantes, que se encuentra envejecida (poca población por debajo de los 20 años e índice importante de personas mayores de 65 años).

Más de la mitad de la población se concentra en las grandes ciudades (Oviedo, Gijón y Avilés).

Instrumento

De la información que consta en la historia clínica, se revisaron las siguientes variables:

Ratio sexo-género. Se diferenciaron 2 grupos: MT y HT. Ningún sujeto de la muestra se definió con un género alternativo a estas 2 categorías.

Edad en la primera consulta. Edad cronológica de los usuarios en el momento en que son vistos por primera vez en la UTIGPA. Establecer límites cronológicos para la adolescencia resulta complicado. El contexto sociocultural y económico determina este periodo. No obstante, parece existir consenso en que la adolescencia abarca aproximadamente el periodo comprendido entre los 10-11 y los 19-20 años.

Comienzo o edad de inicio de la DG: en la infancia (11 años o menos) o en la adolescencia (a partir de los 11 años).

Año en curso en que solicitan la primera demanda en la UTIGPA.

Reacción de los progenitores (padres o abuelos) ante la revelación del menor de su DG: de sorpresa o sospecha previa. En el caso de que el menor se haya criado en una institución de menores, se utiliza la opción no consta o no es pertinente. La reacción de sorpresa se registra cuando los progenitores o cuidadores refieren que no vieron ninguna señal de DG previa a la manifestación por parte del menor, por lo que para ellos la nueva información es desconocida e inesperada.

Apoyo y aceptación familiar. Percepción subjetiva del menor de sentirse apoyado y aceptado dentro del núcleo familiar cuando revelan su nueva identidad. Consideramos que existe apoyo emocional cuando la persona más significativa para el menor realiza esas funciones de forma satisfactoria. En caso contrario, esta variable se categoriza como escaso o nulo apoyo. Una tercera opción sería no consta o no procede, cuando no disponemos de información al respecto.

Malestar psicológico. Esta variable pretende evaluar la funcionalidad o adaptación psicológica previa a la llegada a la UTIGPA a través de los antecedentes asistenciales. Se contemplan 3 categorías: malestar o alteraciones psicológicas importantes que excedan al malestar propio de la DG, cuando el malestar haya implicado consultas periódicas en los servicios de salud mental (es decir, no se contempla el paso por salud mental cuando ha sido exclusivamente como trámite para ser derivado a la UTIGPA). En caso contrario, se categoriza como no alteraciones emocionales. Se incluye una tercera opción cuando no constan datos en la historia clínica.

Papel de las redes sociales y de Internet. Utilización de estos recursos por parte del menor como fuente de información y apoyo en un contexto de toma de conciencia de su DG. La variable se clasifica como sí, no o no consta, cuando no disponemos de esta información.

Contactos con personas trans o grupos y asociaciones LGBTQ para asesoramiento y apoyo en un contexto de incertidumbre identitaria. La variable se clasifica como sí, no o no consta, cuando no disponemos de esta información.

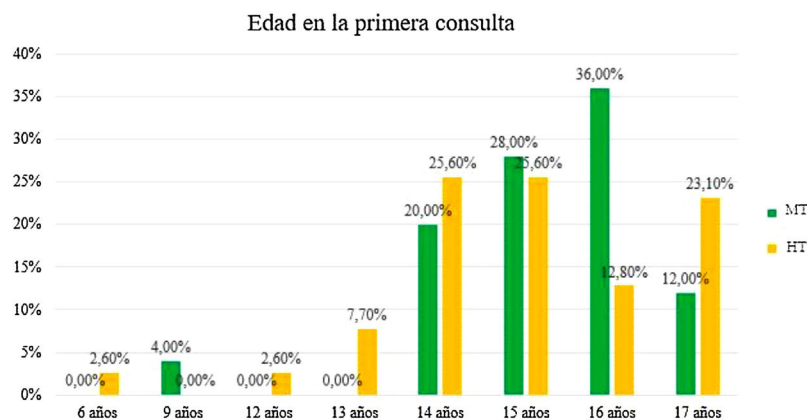


Figura 1 Edad en la primera consulta.

Procedimiento

Se trata de una investigación de metodología mixta³⁹. Una vez autorizada la investigación por la comisión de investigación del HUSA y el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias (Hospital Universitario central de Asturias-HUCA), se llevó a cabo la revisión de historias clínicas, a través del programa informático SELENE o de papel. Se garantizó la confidencialidad de los datos.

Resultados

De la muestra total de la UTIGPA (N=252), el 25,4% son menores (N=64). De estos 64 menores, el 39,1% (n=25) son MT y el 60,9% (n=39) son HT.

El rango de edad está comprendido entre los 6 y los 17 años, con una media de 14,98 (DT=1,85). Para las MT el intervalo de edad se sitúa entre 9 y 17 años, con una media de 15,16 (DT=1,60) y para los HT en 6-17, con una media de 14,87 (DT=2). La franja de edad a la que solicitan más consulta los menores trans es 14-17 años. La mayoría de las MT están entre los 14 y los 16 años; son los 16 años la edad en la que solicitan más consulta. Por otro lado, los HT solicitan más consulta a los 14, 15 y 17 años de edad. Cabe destacar que a los 12 y 13 años ninguna MT ha solicitado consulta.

En la figura 1 se muestran los datos de edad en la primera consulta para todos los menores, diferenciando si son MT o HT.

A continuación, se analiza la demanda por años. Se diferencia en función del grupo: MT y HT (fig. 2).

El 75% (n=48) de los menores trans ubican el inicio de la DG en la infancia, mientras que en el 25% restante (n=16) se inició en la adolescencia. Si calculamos los porcentajes diferenciando según el género, dentro del grupo de MT, el 84% (n=21) se inicia en la infancia frente al 16% (n=4) que se inicia en la adolescencia. En el grupo de HT, el 69,2% (n=27) se inicia en la infancia frente al 30,8% (n=12) que se inicia en la adolescencia. Si calculamos los porcentajes por género diferenciando según la etapa evolutiva (infancia o adolescencia), la DG de comienzo en la infancia se produce en un 43,8% de los casos de MT (n=21) y en un 56,3% (n=27) de los HT. La DG de inicio en la adolescencia se produce en un 25% de las MT (n=4) frente a un 75% (n=12) de los HT.

Para las siguientes variables se contará con N=63, dado que no constan o no proceden los datos para el caso del menor de 6 años.

La reacción de los progenitores es de sospecha en un 55,6% de los casos (n=35), de sorpresa en un 36,5% de los casos (n=23) y no consta o no procede en el 7,9% (n=5). Dentro del grupo de MT, el 68% (n=17) sospechaban, el 20% (N=5) reaccionaron con sorpresa y el 12% (n=3) no consta o no es pertinente. Dentro del grupo de HT el mismo porcentaje (47,4% (n=18) tenían reacciones de sospecha y de sorpresa y un 5,3% (N=2) no consta o no es pertinente. Esta diferencia entre HT y MT es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4,244$; sig. 0,039).

El 55,6% (n=35) presentaban malestar psicológico importante antes de acudir a la unidad, mientras que el 44,4% (n=28) no tenían alteraciones emocionales importantes. En el grupo de MT, el 48% (N=12) presentaba malestar psicológico importante. Dentro de los HT, lo presentaban el 60,5% (n=23). Esta diferencia entre HT y MT no es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,958$; sig. 0,328). Los antecedentes asistenciales que tenían registrados en la historia clínica los menores eran de diversa índole, desde trastornos relacionados con la ansiedad, alimentación o alteraciones del comportamiento, hasta autolesiones o autointoxicaciones medicamentosas.

El apoyo familiar estaba presente en el 57,1% (n=36), pero era escaso o nulo en el 41,3% (n=26). Este dato no consta o no es pertinente en el 1,6% de la muestra (n=1). Dentro del grupo de MT el 56% (n=14) tenían apoyo familiar frente a un 40% (n=10) de los que tenían escaso o nulo apoyo familiar y en un 4% (n=1) no consta este dato. Dentro del grupo de HT, el 57,9% (n=22) tenían apoyo familiar y el 42,1% (n=16) lo tenían escaso o nulo. Esta diferencia entre HT y MT no es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,001$; sig. 0,973).

El papel de redes sociales e Internet es relevante para el 39,7% de la muestra (n=25) mientras que no lo es para el 46% (n=29). No consta o no es pertinente en el 14,3% (n=9). Para el grupo de MT, esta variable tenía un papel relevante en el 28% (n=7). En el 52% (n=13) no fue relevante y el dato no consta en el 20% (n=5). Para los HT tuvo un papel relevante en el 47,4% (n=18), no relevante en el 42,1% (n=16) y no consta en el 10,5% (n=4). Esta diferencia entre HT y MT no es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1,63$; sig. 0,202).

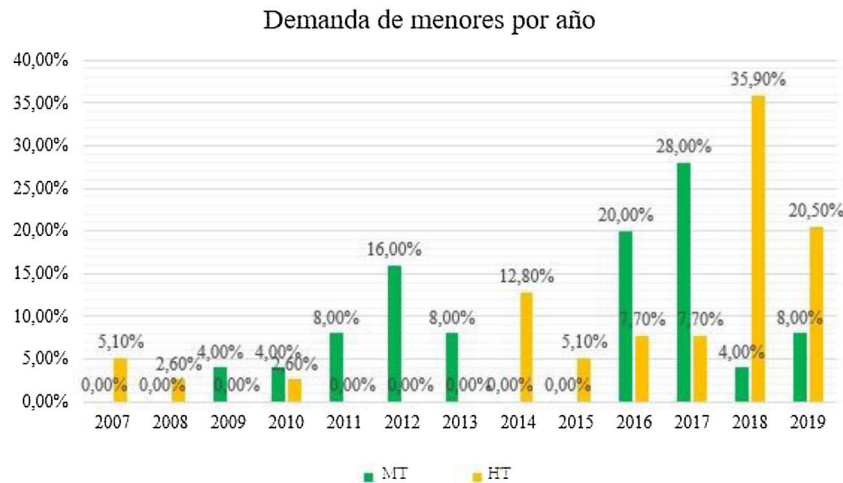


Figura 2 Demanda de menores por año.

Tenían pertenencia o contacto con grupos de pares o asociaciones LGTBIQ el 44,4% ($n=28$), mientras que no era así para el 49,2% ($N=31$). En las MT el 24% ($n=6$) tenían contacto frente a un 60% ($n=15$) que no lo tenían. En un 16% ($n=4$) este dato no consta. Para los HT un 57,9% tenían contacto con estos grupos sociales mientras que un 42,1% ($n=16$) no lo tenían. Esta diferencia entre HT y MT es estadísticamente significativa ($\chi^2=4,664$; sig. 0,031).

Las variables papel de las redes, pertenencia a grupos o asociaciones, malestar psicológico y apoyo familiar se analizaron en función de la edad de inicio de la disforia. Los resultados se incluyen en la [tabla 1](#).

Discusión

Como en investigaciones internacionales^{10,12-16}, se ha producido una proporción inversa de demandas a favor de los HT. Tanto los HT como las MT solicitan consulta a edades similares. A los 16 años se produce una mayor demanda de las MT y a los 17 años de los HT frente a las MT, con lo que se invierte la proporción de demandas a favor de los HT a esa edad. Una hipótesis explicativa podría ser que la pubertad suele ser más tardía en los hombres biológicos. Hoy por hoy no sabemos si existen factores socioculturales que puedan estar influyendo en este aumento de la demanda de HT adolescentes o si están implicados factores biológicos. Una sociedad más inclusiva y evolucionada permite a los HT, que por su biología desarrollan antes, comenzar a edades más tempranas los tratamientos médicos para detener el desarrollo de las visibles características sexuales femeninas.

Parece cíclica la preponderancia de unos periodos sobre otros, del aumento o la disminución de las demandas de los menores trans, según el género sentido. Mientras que entre 2011 y 2013 solo solicitaron consulta las MT, entre 2014 y 2015 solo los HT. Aumentaron significativamente en años sucesivos (2016-2017) las demandas de MT, para dar paso a partir del 2018 a las demandas de HT. En ningún momento podemos concluir que hay más MT que HT o viceversa en esos años concretos, pero sí que por distintos motivos contextuales solicitaron más consultas unos que otros.

Es más frecuente la aparición de la DG en la infancia que en la adolescencia, tanto en HT como MT. Solo en una cuarta parte de los menores trans aparece su DG en la adolescencia y son mayoritariamente HT.

Para la muestra total, más de la mitad de los progenitores tenían sospechas antes de que el menor revelase su identidad. Es en el grupo de MT donde se dio el menor porcentaje de sorpresa. La diferencia entre ambos grupos es significativa. Puede que nuestra sociedad estigmatice más a un hombre biológico que adopta los roles estereotípicamente femeninos y, por ello, opten por compartir menos su vivencia.

Poco más de la mitad de los menores trans tenían apoyo familiar. No hay diferencias significativas entre ambos grupos (HT/MT), ya que las proporciones son similares. La realidad de las estructuras familiares de los menores es heterogénea. Algunos menores conviven con un solo progenitor, otros con ambos, algunos progenitores se encuentran separados, otros menores conviven con familiares de segundo grado, etc. En la práctica clínica hemos observado un aumento importante del apoyo familiar, que ha evolucionado, en la última década, de la negación y el rechazo al apoyo casi incondicional del menor trans. Aunque aún falta un camino por recorrer, ya que los menores siguen percibiendo el apoyo del entorno más próximo como insuficiente. Tal y como apuntan otras investigaciones, el apoyo social y familiar es un importante factor protector²³⁻²⁵.

Más de la mitad de los menores trans presentan malestar psicológico importante antes de llegar a la unidad, en mayor medida los HT, aunque la diferencia con las MT no fue significativa. Aunque registrar el tipo de malestar no fue un objetivo de nuestro estudio, en la revisión encontramos diversos tipos de malestar, desde trastornos de ansiedad y conducta alimentaria o alteraciones conductuales, hasta autolesiones o autointoxicaciones medicamentosas. Estos resultados coinciden en cierta medida con las alteraciones emocionales señaladas en algunos estudios³⁵⁻³⁷, aunque no con otros, que encuentran la presencia de trastornos del espectro autista³⁸. Las tendencias suicidas y autolesiones también fueron referenciadas en otros trabajos⁴⁰.

Tabla 1 Estadísticos descriptivos y prueba χ^2 en diferentes variables según el inicio de la DG

Variable		Inicio de la DG n (%)		Total n (%)	d χ^2
		Infancia	Adolescencia		
Papel de redes e Internet	Relevante	16 (40)	9 (64,3)	25 (46,3)	2,46 (gl = 1) $p=0,117$
	No relevante	24 (60)	5 (35,7)	29 (53,7)	
	Total	40 (100)	14 (100)	54 (100)	
Papel de asociaciones y grupos LGTBIQ	Pertenencia o contacto	19 (42,2)	9 (64,3)	28 (47,5)	2,085 (gl = 1) $p=0,149$
	No relevante	26 (57,8)	5 (35,7)	31 (52,5)	
	Total	45 (100)	14 (100)	59 (100)	
Malestar psicológico	Presente	26 (55,3)	9 (56,3)	35 (55,6)	0,004 (gl = 1) $p=0,591$
	No alteraciones importantes	21 (44,7)	7 (43,8)	28 (44,4)	
	Total	47 (100)	16 (100)	63 (100)	
Apoyo familiar	Sí	25 (53,2)	11 (73,3)	36 (58,1)	1,895 (gl = 1) $p=0,141$
	Escaso o nulo	22 (46,8)	4 (26,7)	26 (41,9)	
	Total	47 (100)	15 (100)	62 (100)	

Para casi la mitad de los menores trans la influencia de las redes sociales e Internet no fue relevante. Aunque la diferencia entre grupos no fue significativa, parece que los HT utilizaban más estos recursos. Los menores trans, aproximadamente en la misma proporción, pertenecen o no a asociaciones o grupos de pares. Por grupos, son los HT los que hacen más uso de este recurso social, con una diferencia significativa. Algunas investigaciones apuntan que las MT tardan más tiempo en hacer uso de estos recursos que los HT, que buscarían el apoyo de pares trans ya en los momentos iniciales de compartir su identidad⁴¹. Otros estudios plantean, a diferencia de nuestros resultados, que las MT se incorporan en mayor medida que los HT a la comunidad trans. Hipotetizan que en el momento de aparición de la disforia, las MT afirman tener menos pares trans que los HT, lo que luego puede provocar que busquen integrarse en la comunidad trans de forma más plena y este apoyo les reporte mayores beneficios para su salud mental⁴².

Como es sabido, la identidad se va construyendo a lo largo de la vida en la interacción con los otros. En la etapa de la adolescencia, el contexto relacional juega un papel importante en la construcción de la identidad del menor. Las redes sociales y los colectivos LGTBIQ, como parte del entorno, influyen de alguna manera en el desarrollo de la identidad y se han vuelto esenciales en la vida de muchos adolescentes trans. Entre otras, cumplirían con las funciones de información, normalización y fuente de ayuda⁴³. Algunos autores señalan que Internet garantiza el acceso a información desde el anonimato y plantean la necesidad de que los recursos como guías estén presentes en la red⁴⁴. Los sentimientos de soledad pueden quedar amortiguados cuando pueden transmitir lo que sienten y, sobre todo, cuando no son rechazados por romper con el orden preestablecido. Otras investigaciones también han informado del importante papel del apoyo social general y, en concreto, de la comunidad trans, en el bienestar psicológico⁴². El abuso de la

tecnología, en detrimento de otras formas de relacionarse, las informaciones erróneas o los falsos mitos pueden ser algunos aspectos negativos que debe ser contrarrestados. Hasta que la inclusión de los menores trans se normalice y generalice en nuestra sociedad, las asociaciones y pares LGTBIQ continúan protagonizando las acciones reivindicativas y, en muchos casos, el apoyo psicoafectivo.

No se ha hallado significación estadística entre los menores con comienzo de la DG en la infancia o en la adolescencia en las variables papel de las redes, pertenencia a grupos, malestar psicológico ni apoyo familiar. Los resultados sí que apuntan a una mayor influencia de las redes sociales y mayor pertenencia o contacto con grupos en la DG de inicio en la adolescencia. También, parece que el apoyo familiar es superior en aquellos menores con DG de inicio en la adolescencia.

Conclusiones

En este momento histórico parece ser que son los HT los que están alcanzando una mayor visibilidad en la sociedad. Con respecto a las MT, los HT realizan más demandas, utilizan en mayor medida las redes sociales e Internet y pertenecen a asociaciones y grupos de personas trans. Aunque la DG aparece en ambos grupos fundamentalmente en la infancia, en la adolescencia es más frecuente en los HT. Además, los HT pasan más desapercibidos en la sociedad y, por lo tanto, la sorpresa en su entorno es más significativa.

La DG en los menores trans no aparece de forma aislada, sino que se manifiesta en un contexto relacional. Los menores trans nacen y se desarrollan y, por lo tanto, construyen su identidad, en un contexto determinado que está en interacción. Para entender la vivencia de la DG es necesario explorar cómo es el contexto sociocultural y afectivo en el que los menores se desarrollan.

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 se ha respetado el derecho a la privacidad.

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

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.^a ed. Washington, DC: APA; 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 11.^a ed. CIE. Disponible en: <https://icd.who.int/es>.
- The World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. 7.^a version. WPATH; 2011. Disponible en: <http://www.wpath.org/publications/standards.cfm>.
- Gómez E, Esteva 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.
- De Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex*. 2012;59:301–20.
- 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.
- Esteva 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.
- Asenjo-Araque N, García-Gibert C, Rodríguez-Molina JM, Becerra-Fernández A, Lucio-Pérez MJ, y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *RPCNA*. 2015;2:33–6.
- 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.
- Chen M, Fuqua J, Eustice EA. Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *J Adolesc Health*. 2016;58:369–71.
- 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.
- 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.
- 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;1–8.
- 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.
- 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.
- 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, 2 (24).
- Brofenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós; 1979.
- Levin S, Carpenter S. The Princeton guide to ecology. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 2012.
- Heams T, Huneman P, Lecointre G, Silberstein M. Handbook of evolutionary thinking in the sciences. Dordrecht: SPRINGER; 2015.
- Sluzki C. La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa; 2002.
- Snapp SD, Watson RJ, Russell ST, Diaz RM, Ryan C. Social support networks for LGBT young adults: Low cost strategies for positive adjustment. *Family Relations*. 2015;64:420–30. <http://dx.doi.org/10.1111/fare.12124>.
- Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwang S, Mason M, Macri M, et al. Gender abuse and major depression among transgender women: A prospective study of vulnerability and resilience. *Am J Public Health*. 2014;104:2191–8. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301545>.
- Scandurra C, Amodeo AL, Valerio P, Bochicchio V, Frost DM. Minority stress resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *J Soc Issues*. 2017;73:563–85. <http://dx.doi.org/10.1111/josi.12232>.
- Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2010;23:205–13. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>.
- Simons L, Schrager SM, Clark LF, Belzer M, Olson J. Parental support and mental health among transgender adolescents. *J Adolesc Health*. 2013;53:791–3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>.
- Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*. 2016;137:1–8. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-3223>.
- Frost DM, Meyer IH. Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *J Sex Res*. 2012;49:36–49. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2011.565427>.
- Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Prof Psychol Res Pr*. 2012;43:460–7. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029597>.
- Kreiss JL, Patterson DL. Psychosocial issues in primary care of lesbian, gay, bisexual, and transgender

- youth. *J Pediatr Health Care.* 1997;11:266–74, [http://dx.doi.org/10.1016/s0891-5245\(97\)90082-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0891-5245(97)90082-1).
30. The Public Health Agency of Sweden. En: *The Health and Health Determinants among Transgender Persons - A report on the health status among transgender persons in Sweden.* Suecia: Folkhälsomyndigheten; 2015.
31. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *J Homosex.* 2002;42:89–101, http://dx.doi.org/10.1300/j082v42n01_05.
32. Namaste K. Genderbashing: Sexuality, gender, and the regulation of public space. *Environ Plan D.* 1996;14:221–40, <http://dx.doi.org/10.1068/d140221>.
33. Doan PL. Queers in the American City: Transgendered perceptions of urban space. *Gend Place Cult.* 2007;14:57–74, <http://dx.doi.org/10.1080/09663690601122309>.
34. Linander I, Goicolea I, Alm E, Hammarström A, Harryson L. (Un)safe spaces, affective labour and perceived health among people with trans experiences living in Sweden. *Cult Health Sex.* 2019;21:914–28, <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2018.1527038>.
35. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, crossclinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2003;31:41–53, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021769215342>.
36. Wallien MS, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:1307–14, <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e3181373848>.
37. Zucker KJ, Owen A, Bradley SJ, Ameeriar L. Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2002;7:398–411, <http://dx.doi.org/10.1177/1359104502007003007>.
38. De Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord.* 2010;40:930–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>.
39. Del Río J, Cabello-García M, Cabello-Santamaría F. Guía para la clasificación de artículos de investigación clínica para la Revista Internacional de Andrología. *Rev Int Androl.* 2018;16:107–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2017.07.004>.
40. Katz-Wise S, Ehrensaft D, Vetter R, Forcier M, Austin S. Family functioning and mental health of transgender and gender-nonconforming youth in the trans teen and family narratives project. *J Sex Res.* 2018;55(4–5):582–90, <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291>.
41. Beemyn G, Rankin S. *The lives of transgender people.* Nueva York, NY: Columbia University Press;; 2011.
42. Pflum S, Testa R, Balsam K, Goldblum P, Bongar B. Social support trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychol Sex Orientat Gend Divers.* 2015;2:281–6, <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000122>.
43. Siebler K. Transgender transitions: Sex/gender binaries in the digital age. *J Gay Lesbian Ment Health.* 2012;16:74–99, <http://dx.doi.org/10.1080/19359705.2012.632751>.
44. Herrero H, Díaz C. s La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi. Gabinete Sociológico Biker S.L, Institución Ararteko. 2009. Disponible en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1.1719_3.pdf.