

En definitiva, se introducen modificaciones interesantes y a la vez se aprecia una voluntad de restringir la consideración de las secuelas psiquiátricas a los casos más graves, aunque se han presentado enmiendas orientadas a moderar este último aspecto⁹. A modo de conclusión, creemos que la relación entre siniestralidad por tráfico y problemas de salud mental¹⁰ implica una utilización frecuente del apartado psiquiátrico del BT en las valoraciones periciales, por lo que seguirán siendo útiles recomendaciones como las de Guija et al.¹ o las de nuestro grupo²⁻⁴ para su mejor aplicación.

Bibliografía

1. Guija JA, Medina A, Giner L, Lledó C, Marín A, Arechederra JJ, et al. Un nuevo método de valoración de la enfermedad psiquiátrica postraumática. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.03.002>
2. Idiáquez I, Xifró A. Síndromes psiquiàtriques. En: Puig L (coord.). Protocol de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya del barem de la Llei 34/2003, de 4 de novembre, de modificació i adaptació a la normativa comunitària de la legislació d'assegurances privades. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada; 2008. p. 34-45. Disponible en: http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/formacio_recerca_documentacio/biblioteca_i_publicacions/publicacion/manuals_i_documents/
3. Cuquerella A, Martí G, Pérez-Bouton MP, Samanes JL, Taranilla AM. Valoración del trastorno por estrés postraumático como secuela dentro del ámbito médico forense. En: Puig L (coord.). Controversias en valoración del daño corporal, Instituto de Medicina Legal de Cataluña. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada; 2014. p. 134-52. Disponible en: http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/formacio_recerca_documentacio/controversies-en-valoracio-del-dany-personal
4. Idiáquez I, Bernal X, López J, Rebollo MC. Trastorno adaptativo en el ámbito de la valoración del daño corporal. En: Puig L (coord.). Controversias en valoración del daño corporal, Instituto de Medicina Legal de Cataluña. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada; 2014. p. 153-62. Disponible en: http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/formacio_recerca_documentacio/controversies-en-valoracio-del-dany-personal
5. Casado-Blanco M, Castellano-Arroyo M. Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39:12-8.
6. Vicente-Herrero MT, Torres Alberich JI, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Terradillos García MJ, López-González AA, Aguilar Jiménez E. Trastorno de estrés postraumático y trabajo. Criterios de valoración en incapacidad y discapacidad. *Rev Esp Med Legal*. 2014;40:150-60.
7. El Gobierno modifica el baremo de daños y perjuicios causados en accidentes de circulación [página en internet]. Madrid: Ministerio de Justicia; 2015 [actualizada 15 Abr 2015; citada 6 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/gabinete-comunicacion/noticias-ministerio/gobierno-modifica-baremo>.
8. Castaño Monsalve B, Bernabeu Guitart M, López R, Bulbena Vilasar A, Quemada JI. Perfil psicopatológico de pacientes con traumatismo craneoencefálico evaluados mediante el Inventario Neuropsiquiátrico. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2012;5:160-6.
9. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Enmiendas e índice de enmiendas al articulado del Proyecto de Ley de reforma del Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Congreso de los Diputados. X Legislatura. Serie A. Núm 143-2, de 29 de junio de 2015; p. 1-144.
10. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Clark CR, Silove D. The psychiatric sequelae of traumatic injury. *Am J Psychiatry*. 2010;167:312-20.

Alexandre Xifró^{a,b,*}, Antonia Bertomeu^a, Itziar Idiáquez^a y Lluïsa Puig^c

^a Secció de Psiquiatria, Servei de Clínica Medicoforense, Institut de Medicina Legal de Catalunya, Barcelona, España

^b Departament de Salut Pública, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c Secció de Valoració del Dany Corporal, Servei de Clínica Medicoforense, Institut de Medicina Legal de Catalunya, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexandre.xifro@xij.gencat.cat (A. Xifró).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.07.003>

Comentarios sobre las diferencias de disforia de identidad de género entre niños y adolescentes



Comments on differences of gender dysphoria between children and teenagers

Sr. Director:

En relación con el artículo de Sánchez Lorenzo et al.¹ sobre la atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia, publicado recientemente en su revista, quisiéramos hacer alguna precisión sobre

algunos puntos clave de esta información centrada en las diferencias entre la disforia de identidad de género en niños versus adolescentes que no se han destacado en el artículo.

Como se describe en el trabajo, la evolución de la disforia de identidad de género en estos niños y adolescentes es variable e incierta, pues solo unos pocos casos serán transexuales en la vida adulta. En este sentido, conviene discernir entre los niños en etapa prepuberal y pospuberal. En la etapa prepuberal, los estudios de seguimiento prospectivos y retrospectivos reportan una persistencia de la disforia de género en la edad adulta entre el 12-27% de los casos^{2,3}. Sin embargo, este dato contrasta con el hecho de que la disforia de género raramente cambia o desaparece en aquellos adolescentes cuya disforia de género comenzó en la infancia y se ha mantenido estable tras la pubertad^{4,5}. De hecho, de Vries et al.⁶, en un estudio longitudinal prospectivo que incluía a

70 jóvenes con disforia de género a los que se les había administrado tratamiento de supresión hormonal observaron cómo en todos ellos hubo una estabilidad diagnóstica y una progresión hacia la terapia hormonal cruzada.

Por todo ello, el periodo de transición entre la etapa pre- y pospuberal es clave a la hora de que los adolescentes sean conscientes de si la disforia de género que vienen presentando durante la infancia persiste o cesa. En un estudio realizado por Steensma et al.⁷ se señala que entre los 10 y los 13 años de edad los adolescentes fueron conscientes de si la disforia de género se mantenía estable o por el contrario cesaba.

Otra diferencia entre niños y adolescentes con disforia de género radica en la proporción de sexos de cada grupo de edad. En lo que clínicamente se refiere, en niños con disforia de género menores de 12 años, la proporción hombre/mujer varía de 6:1 a 3:1⁸. Ya en adolescentes de más de 12 años con disforia de género, la proporción hombre/mujer es cercana a 1:1⁹.

En conclusión, coincidimos con los autores en que la evolución de la disforia de identidad de género en estos niños y adolescentes es variable e incierta, que se trata de una entidad clínica compleja, que requiere una correcta respuesta a la demanda que expone el paciente y que esta respuesta debe de ser emitida por un equipo multidisciplinar (endocrinología, cirugía, salud mental). Asimismo, consideramos importante tener en cuenta las diferencias que existen entre personas con disforia de género pre- y pospuberales a la hora de informar a los propios pacientes y sus familiares así como a la hora de realizar el proceso diagnóstico y favorecer un adecuado desarrollo psicosocial del menor. Queremos destacar que a pesar de que la disforia de género se manifiesta generalmente desde etapas primarias de la infancia, es imprescindible considerar que cuanto menor edad tenga la persona con disforia de identidad de género, más importante es realizar un seguimiento y ser conservadores con los tratamientos médicos, debido a la escasa estabilidad de dicha condición a lo largo del tiempo. Consideramos fundamental evaluar si dicha disforia se consolida y aumenta en etapas pospuberales para tener una certeza máxima antes de comenzar con tratamientos médicos irreversibles.

Bibliografía

1. Sánchez Lorenzo I, Mora Mesa JJ, Oviedo de Lúcas O. Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2015.
2. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child*. 2008;47:1413–23.
3. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol*. 2008;44:34–45.
4. De Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex*. 2012;59:301–20.
5. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*. 2012;129:418–25.
6. De Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *J Sex Med*. 2011;8:2276–83.
7. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011;16:499–516.
8. Zucker KJ. Gender identity development and issues. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2004;13:551–68.
9. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.

Virginia Bastera Gortari^{a,b,*} y Raquel Ruiz Ruiz^{a,b}

^a *Unidad Navarra de Transexuales e Intersexos, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España*

^b *Servicio de Psiquiatría-sección B, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España*

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: virginia.bastera.gortari@navarra.es (V. Bastera Gortari).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.07.001>

Tianeptina, antidepresivo con perfil beneficio/riesgo positivo



Tianeptine, antidepressant with positive benefit/risk

Sr. Director:

Con relación a la carta publicada «Tianeptina: ¿por qué en España no ha sido catalogada como estupefaciente?», publicada por Calabozo et al.¹, desde Juste SAQF nos gustaría realizar algunas consideraciones. En primer lugar, el laboratorio Juste SAQF es una compañía farmacéutica que inició la comercialización de medicamentos en el mercado español en el año 1922, y desde sus orígenes, siempre se ha

caracterizado por cumplir estrictamente los parámetros que garantizan la seguridad y el bienestar de los pacientes. El objetivo principal de Juste es la salud y, por ello, de acuerdo con la normativa de farmacovigilancia vigente, monitoriza los medicamentos realizando una evaluación continua y permanente del perfil de seguridad de los mismos.

Tianeptina (Zinosal[®]) es un medicamento genérico, autorizado en España el 13/08/2014 y comercializado en la actualidad por nuestra compañía. Tianeptina está comercializada en Francia desde el año 1988, y está autorizada en 15 países de Europa y en 66 países en todo el mundo. El perfil de seguridad de la tianeptina continúa siendo monitorizado en los países donde está autorizada y adicionalmente, está incluida en la EURD-list de la EMA para la evaluación única del Informe Periódico de Seguridad (PSUSA/00002943/201806; DLP actualizado: 04/03/2016).