

Aportes del área de la salud a la construcción del género de niños, niñas y adolescentes con género diverso

Yesenia Castro-Cely¹ , Olga Patricia Melo Barbosa¹ 

RESUMEN

Introducción: La infancia y la adolescencia constituyen el periodo de mayor exploración y de consolidación de la identidad de género, debido a que la expresión de género está ligada al desarrollo físico, emocional y cognitivo del individuo, y es común que en esta etapa se manifiesten las señales de incongruencia de género y se inicie la atención médica y psicosocial para abordar los síntomas de malestar físico y mental de los niños, niñas y adolescentes con identidades de género diversas.

Objetivo: Identificar el aporte del área de la salud en la construcción del género de niños, niñas y adolescentes con género diverso.

Métodos: Revisión integrativa de la literatura de artículos originales y revisiones publicados en el periodo 2008-2023.

Resultados: Se identificaron cinco temáticas asociadas, así: diferentes etiquetas diagnósticas utilizadas, acceso a servicios en salud, tratamientos y sus efectos secundarios, salud mental y la autonomía para toma de decisiones en salud.

Conclusiones: Se debe comprender que las variaciones de género son parte de la diversidad humana y no tienen naturaleza inherentemente patológica, es decir, no son trastornos o enfermedades.

Palabras clave: identidad de género; salud; niños; adolescentes; transexualidad.

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Antonio Nariño (Bogotá, Colombia).

Autora de correspondencia: Olga Patricia Melo Barbosa. Correos electrónicos: patrymelobar@uan.edu.co; patrymelobar@yahoo.es

Citar este artículo así:

Castro-Cely Y, Melo Barbosa OP. Aportes del área de la salud a la construcción del género de niños, niñas y adolescentes con género diverso. Rev Investig Salud Univ Boyacá. 2022;10(2):123-148. <https://doi.org/10.24267/23897325.1074>

Contributions of the Health Area in the Construction of the Gender of Boys, Girls and Adolescents with Diverse Genders

Abstract

Introduction: Childhood and adolescence are the period of greatest exploration and consolidation of gender identity, since gender expression is linked to the physical, emotional and cognitive development of the individual. It is common at this stage for signs of gender incongruence to manifest and for medical and psychosocial care to be initiated to address the symptoms of physical and mental discomfort of children and adolescents with diverse gender identities.

Objective: To identify the contribution of the health area in the gender construction of children and adolescents with diverse gender.

Methods: An integrative review of the literature of original articles and revisions published in the period 2008 - 2023 was carried out.

Results: Five associated themes were identified as follows: different forms of diagnosis used, access to health services, treatments and its side effects, mental health and autonomy for health decision-making.

Conclusions: It must be understood that gender variations are part of human diversity and do not have an inherently pathological nature, that is, they are not disorders or diseases.

Keywords: gender identity; health; child health services; adolescent health services; transgender.

Contribuições da área da saúde na construção de gênero de crianças e adolescentes com gênero diverso

Resumo

Introdução: A infância e a adolescência constituem o período de maior exploração e consolidação da integridade de gênero, pois a expressão de gênero está ligada ao desenvolvimento físico, emocional e cognitivo do indivíduo, sendo comum que nessa fase se manifestem os sinais de incongruência de gênero e se inicie o cuidado médico e psicossocial para abordar os sintomas de desconforto físico e mental de crianças e adolescentes com identidade de gênero diversas.

Objetivo: Identificar a contribuição da área da saúde na construção de gênero de crianças e adolescentes com gênero diverso.

Métodos: Revisão integrativa da literatura de artigos originais e revisões publicados no período de 2008 a 2023.

Resultados: Foram identificados cinco temas associados, a saber: diferentes etiquetas diagnósticas utilizadas, acesso a serviços de saúde, tratamentos e seus efeitos colaterais, saúde mental e autonomia para tomada de decisões em saúde.

Conclusões: Deve-se compreender que as variações de gênero são parte da diversidade humana e não têm natureza inerentemente patológica, ou seja, não são transtornos ou doenças.

Palavras-chave: identidade de gênero; saúde; crianças; adolescentes; transexualidade.

INTRODUCCIÓN

Las denominaciones *transgénero* o *trans* se usan para referirse a individuos cuya identidad de género no se ajusta a las normas culturales asociadas con el sexo asignado en el nacimiento, es decir, son términos generales que describen las identidades que se encuentran entre hombre y mujer o fuera de estas categorías binarias (1). El género no heteronormativo ha recibido diferentes designaciones por parte de los profesionales de la salud: incongruencia de género, variabilidad de género, disforia de género o discordancia de género. Así mismo, son variadas las autodenominaciones de los individuos, que incluyen términos no conformidad o no congruencia de género, género fluido, transgénero, género no binario, género neutro, entre otras.

La utilización del término *transgénero* tiene sus orígenes en los trabajos de Magnus Hirschfeld (1923), quien estableció la diferencia entre la homosexualidad (tener parejas del mismo sexo) y el deseo del individuo de vivir como el otro sexo (transexualismo) (2), e inició cuestionamientos de la visión conservadora y utilitaria de la sexualidad orientada a la reproducción y el enfoque dicotómico del género basado en las diferencias sexuales. En el discurso médico, el género no heteronormativo se ha abordado como patologías y trastornos que requieren tratamiento.

La patologización de la diversidad de género y sexual se origina en el trabajo sobre homosexualidad de Richard von Krafft-Ebing, quien en 1886 publicó *Psychopathia Sexualis* (2), en la que se señalan los comportamientos sexuales no convencionales y sin propósitos no procreativos como una forma de psicopatología. Aunque la propuesta de Krafft-Ebing no se acepta en la actualidad, tuvo gran difusión entre la comunidad médica y científica, y con ello las sexualidades no normativas y la diversidad de género se asociaron erróneamente con trastornos psiquiátricos y con efectos nocivos que persisten hoy en día (3). Michael Foucault también reflexionó sobre el régimen de poder, saber y placer, que dio pie a los discursos sobre la sexualidad y cómo ese nuevo régimen cambió el libre y espontáneo significado de la sexualidad (4).

La visión reduccionista y binaria del género ha sido ampliamente criticada, por cuanto el género incluye las experiencias de los individuos en un continuo de posibilidades, más allá de ser hombre o mujer. La identidad de género se construye con la congruencia o no congruencia con el sexo asignado al nacer; no obstante, la identidad puede ser fluctuante y, por ende, la experiencia de género (5). Se sabe que el periodo de mayor exploración y de consolidación de la identidad de género ocurre durante la infancia y la adolescencia, debido a que la expresión de género está ligada al desarrollo físico, emocional y cognitivo del individuo.

Es común que en esta etapa se manifiesten las señales de incongruencia, se diagnostique la disforia de género y se inicie la atención médica y psicosocial para atender los síntomas de malestar físico y mental de los niños, niñas y adolescentes con identidades de género diversas. Sin embargo, son pocos los datos estadísticos al respecto (6). Es por esto por lo que se hace necesario identificar el aporte del área de la salud en la construcción del género de niños, niñas y adolescentes con género diverso.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión integrativa de la literatura, para la cual se tuvo como pregunta orientadora: ¿cómo ha sido el aporte del área de la salud en la construcción del género de niños, niñas y adolescentes con género diverso? Se buscaron de manera organizada y sistemática artículos originales y artículos de revisión publicados en el periodo 2008-2023, disponibles en la Biblioteca Virtual de la Salud, Medline, Science Direct, Proquest y SciELO, utilizando como descriptores de búsqueda los términos *género*, *salud*, *niños* y *adolescentes*, y sus equivalentes en idioma español, inglés y portugués, en combinación con el conector booleano AND.

Como criterios de inclusión se consideraron los documentos que conceptúan el género como construcción social; artículos disponibles en texto

completo, publicados en el periodo y los idiomas referidos. Como criterios de exclusión se establecieron: artículos que no responden la pregunta orientadora; publicaciones que consideran la variable género como sinónimo de sexo, documentos tipo disertación, tesis, capítulos de libro, editoriales, cartas al editor u de otro tipo.

Se identificaron 1192 publicaciones relacionadas con los términos de búsqueda. Los registros se organizaron con la ayuda del gestor de referencias bibliográficas Mendeley. De forma preliminar, se leyeron títulos y resúmenes, a fin de identificar los documentos que respondieran la pregunta orientadora. Así, se seleccionaron 30 publicaciones que se sometieron a lectura y análisis crítico, con el objetivo de extraer información sobre los objetivos o propósitos, sujetos; así como contexto, referentes teóricos, metodología utilizada y los hallazgos y conclusiones relevantes.

Luego de un análisis sistemático de los estudios, se identificaron cinco temáticas. En esta revisión se describen las diferentes formas diagnósticas utilizadas, el acceso a servicios en salud, los tratamientos y sus efectos secundarios, la salud mental y la autonomía para toma de decisiones en salud de los niños, niñas y adolescentes con identidades de género diversas.

RESULTADOS

Las diferentes formas del diagnóstico

Las categorías diagnósticas utilizadas en la atención de la no congruencia o disforia de género en la infancia se han venido modificando en las diferentes versiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés). Inicialmente, se incluía en las categorías diagnósticas asignadas a los “trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos” hasta la actual inclusión como “condición relacionada con la salud sexual” (7,8), así como se resume en la tabla 1.

En 1975, con la publicación de la novena versión de la CIE-9, se incluyó por primera vez una categoría específica relacionada con la variación o no congruencia de género en la infancia, denominada *trastornos de identidad sexual en niños*, vinculada en la categoría principal de desviaciones y trastornos sexuales, y se definió como “comportamiento que ocurre en preadolescentes de psicosexualidad inmadura que es similar al que se muestra en las desviaciones sexuales descritas en travestismo [...] y transexualismo” (7).

Con la entrada en vigor de la tercera versión del DSM-III (1980), los trastornos de la identidad de género pasaron a formar parte de la categoría de

“trastornos de la identidad psicosexual”, con criterios diagnósticos específicos para cada grupo etario (infancia, adolescencia y adultez) y una clara diferenciación de las parafilias y disfunciones sexuales. En las versiones DSM-III y DSM-III Revisado (1987) se incluyeron como rasgos esenciales de los trastornos de identidad sexual en la infancia la sensación persistente de los niños y niñas respecto al sexo anatómico y el deseo o la afirmación de ser del otro sexo, es decir, no solamente el rechazo a las conductas o actividades estereotipadas como femeninas o masculinas. Las dos versiones del manual coinciden en que los rasgos esenciales pueden aparecer antes de los cuatro años; por lo tanto, no se debe esperar hasta la pubertad para confirmar el diagnóstico (8).

En la décima versión de la CIE (1990) se modificó la categoría padre, ahora denominada *trastornos de identidad de género*, en la cual se encuentran los diagnósticos aplicables a adolescentes y adultos como el transexualismo, travestismo de rol dual y otros trastornos de identidad de género. El diagnóstico de niños y niñas cambió a *trastorno de identidad de género de la infancia* en coherencia con la denominación del diagnóstico incluida en el DSM-III; sin embargo, la CIE-10 condiciona la utilización de la etiqueta diagnóstica a la existencia de una alteración profunda de la identidad del género *normal*, con lo cual son insuficientes los hábitos y conductas masculinos o afeeminados de las niñas y niños respectivamente (9).

Tabla 1. Evolución de las etiquetas diagnósticas de diversidad sexual en la infancia

Año	CIE	DSM	Entidad padre	Nombre del diagnóstico
1965	CIE-8	-	Desviaciones sexuales	Trasvestismo
1968	-	DSM-II	Desviaciones sexuales	Trasvestismo
1975	CIE-9	-	Desviaciones sexuales	Trastornos sexuales y de identidad de sexual (transexualismo, trasvestismo y trastorno de identidad sexual en niños)
1980	-	DSM-III	Desórdenes psicosexuales	Transexualismo Trastorno de identidad sexual en niños
1987	-	DSM-III-R	Trastornos de la identidad sexual	Transexualismo Trastorno de identidad sexual en niños Trastorno de identidad sexual en adolescentes y adultos no transexual
1990	CIE-10	-	Trastornos de la identidad de género	Transexualismo Trasvestismo de rol dual Trastorno de identidad de género en la niñez Otros trastornos de la identidad de género Trastorno de la identidad de género, no especificado
1994	-	DSM-IV	Trastornos de identidad sexual y género	Trastorno de la identidad sexual en niños Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos
2000	-	DSM-IV-TR	Trastornos de identidad sexual y género	Trastorno de la identidad sexual en niños Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos Disforia de género en niños [302.6-F64.2]
2013	-	DSM-V	Disforia de género	Disforia de género en adolescentes y adultos [302.85- F64.1] Otra disforia de género especificada [302.6-F64.8] Disforia de género no especificada [302.6-F64.9]
2018	CIE-11	-	Condiciones relacionadas con la salud sexual/discordancia de género	Discordancia de género en la adolescencia o adultez [HA60] Discordancia de género en la infancia [HA61] Discordancia de género, sin especificación [HA6Z]

Fuente: basada en Drescher J. Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(5):390.

En las versiones DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (2000) se incorporaron cambios importantes. El nombre de la categoría se mantuvo como trastorno de identidad de género en la infancia; no obstante, se trasladó a una nueva categoría padre denominada *trastornos de identidad sexual y de género*, en la que también se incluían las disfunciones sexuales y parafilias. Así mismo, se reemplazó el diagnóstico de transexualismo por trastorno de identidad de género, y se agruparon los criterios diagnósticos para niños, adolescentes y adultos; sin embargo, el *Manual* asigna indicadores propios para el diagnóstico durante la infancia y exige la codificación según la edad del individuo y el seguimiento del niño, niña o adolescente durante largos periodos para confirmar el diagnóstico.

En el DSM-V (2013) se agruparon los diagnósticos de género en una categoría parental propia, denominada *disforia de género*, que incluye los diagnósticos de disforia de género en niños, disforia de género en adolescentes o adultos, la disforia de género no especificada o de otra índole. En el DSM-V la disforia de género en niños se destaca el reconocimiento de la incongruencia entre el género sentido (deseo o afirmación de ser del género opuesto) y el asignado (2,8).

En la décimo primera versión de la CIE (2018) se adoptó la etiqueta diagnóstica *discordancia de género* para agrupar los trastornos de identidad

de género y reemplazar la denominación de disforia de género de la versión anterior. El diagnóstico en niños prepúberes recibe el nombre de *discordancia de género en la infancia*, haciendo referencia a la discordancia entre el género experimentado o expresado y el sexo asignado; el intenso deseo de ser de un género diferente al del sexo asignado; la marcada aversión frente a su anatomía sexual o a las características sexuales secundarias, o un fuerte deseo de tener las características sexuales que coincidan con el género experimentado; así mismo, preferencias por compañía, actividades o juegos que son no son típicos del sexo asignado (10).

La CIE-11 incluye algunas precisiones para el diagnóstico, entre ellas que la discordancia puede o no estar acompañada de malestar y deterioro funcional significativo; así mismo, establece que el periodo de observación requerido para establecer el diagnóstico es de aproximadamente dos años (9). Si bien es cierto que el periodo de observación permite el seguimiento de las conductas e intereses del individuo, también pueden tener impactos en la oportunidad en el acceso a servicios de salud y en los posibles riesgos y efectos en la salud física y mental del individuo.

La evolución de las categorías diagnósticas no ha estado exenta de controversia. De acuerdo con algunos estudios, la etiqueta de trastorno mental aumenta el estigma y la discriminación hacia las

personas con identidad de género diversas (11). No obstante, los avances obtenidos en el DSM-V y la CIE-11 están en un punto intermedio que contribuye a la despatologización de la diversidad de género y la eliminación del estigma relacionado con los trastornos mentales que experimentan las personas transgénero o pertenecientes a minorías sexuales o de género, mientras se garantiza el acceso a servicios de salud para atender el malestar o disfunción percibida y optar por las opciones disponibles para explorar la diversidad de género y transitar a rol deseado; opciones que pueden ser extremadamente costosas e inaccesibles por fuera de los sistemas de salud o esquemas de aseguramiento.

De forma paralela a la evolución de las formas de diagnóstico se generaron y validaron un número importante de pruebas psicológicas y de diagnóstico. En la actualidad existe una gran diversidad de instrumentos y test psicológicos utilizados en la valoración psicosocial de niños, niñas y adolescentes con diversidad de género y los efectos psicosociales que experimentan sus familias o cuidadores (tabla 2).

Tabla 2. Instrumentos utilizados en la valoración y diagnóstico de niños, niñas y adolescentes con género diverso

Instrumento o test	Niños, niñas y adolescentes			Padres o cuidadores
	11 años o menos	12 a 18 años	Mayores de 19 años	
Inventario de Síntomas Infantiles (CSI-4) (12)	x			
Inventario Temprano de la Niñez (ECI-4) (13)	x			
Cuestionario de identidad de género para niños (GIQC) (14)	x			
Inventario de Síntomas en Jóvenes (YI-4) (15)		x	x	
Cuestionario De Conductas Infantiles (CBCL) (16)	x	x		
Grado de Disforia de Género-Test de Utrecht (17)		x	x	
Escala de Imagen Corporal (18)		x	x	
Escala de Congruencia Transgénero (19)		x	x	
Escala de Estrés y Resiliencia en Minorías de Género (GMSR) (20)		x	x	
Cuestionario de Estrés Parental, Versión Abreviada (PSI-SF) (21)				x

Fuente: basado en Chen D, Hidalgo MA, Leibowitz S, Leininger J, Simons L, Finlayson C, et al. Multidisciplinary care for gender-diverse youth: a narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Heal.* 2016;1(1):117-23.

Entre los instrumentos de diagnóstico disponibles se encuentran inventarios de síntomas de ansiedad, malestar o disforia y conductas, así como inventarios de factores protectores o de riesgo (véase tabla 2), que se han validado en diferentes contextos; sin embargo, muchos de los instrumentos se construyeron basándose en criterios diagnósticos de las ediciones previas del DSM-V, la CIE-11 o constructos teóricos que se han revalidado en la actualidad, con lo cual pueden presentar limitaciones psicométricas o prácticas (22).

El acceso a servicios en salud

De forma paralela a los avances en la investigación y comprensión de la diversidad de género, se evidenciaron las necesidades de acceso a servicios médicos y de salud mental que acompañen a los niños con diversidad de género y sus familias en el proceso de desarrollo de sus identidades, transición social y afirmación de género. Estas necesidades dieron lugar a la creación de instituciones multidisciplinarias especializadas en diagnósticos de género. Algunas de ellas siguen el “modelo de afirmación de género”, creado en el Hospital Infantil Ann & Robert H. Lurie en Chicago (Estados Unidos). El modelo está enfocado en el desarrollo psicosocial saludable de los niños con género diverso y el fomento del apoyo de sus familias o cuidadores (23).

El modelo de afirmación de género tiene como premisas que: a) las variaciones de género son parte de la diversidad humana y no tienen naturaleza inherentemente patológica, es decir, no son trastornos o enfermedades; b) las representaciones del género varían de acuerdo con el contexto cultural; c) en el género confluyen aspectos de la biología, el desarrollo y la socialización, y la cultura y el contexto; d) el género puede ser fluido o cambiante, y no es binario, y e) con frecuencia las expresiones de patología física y mental de un individuo de género diverso provienen de reacciones culturales negativas como la transfobia, la homofobia, el sexismo y no de la identidad o conducta del individuo (24). A partir de estas premisas, los niños y sus familias reciben una atención individualizada y flexible, con un enfoque multidisciplinario y comprensivo (23).

La atención integral de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de disforia de género es importante para que ellos y sus familias o cuidadores cuenten con información especializada sobre dicha condición; además, el acceso oportuno a servicios de salud física y mental ayuda a prevenir y reducir los riesgos asociados con experiencias negativas y constituye una oportunidad para que los niños con género diverso puedan vivir de acuerdo con su identidad, sentirse cómodos y expresarse sin restricciones, estigma o rechazo (25).

Existe consenso en que para obtener entornos y opciones de tratamiento adecuados se necesita el apoyo del Estado, representado en un sistema de salud incluyente que erradique los prejuicios y discriminación hacia la diversidad de género y sexualidad (23,26) y fortalezca las capacidades y habilidades de los profesionales de la salud para atender a individuos con diversidad de sus familias. Con ello se obtienen efectos positivos para el profesional de la salud, pues elimina sus barreras comportamentales y emocionales, lo cual lleva a mejorar la relación entre el profesional y el paciente (27).

Las opciones de tratamiento y sus efectos secundarios

Inicialmente, los tratamientos médicos para los individuos no conformes y con disforia de género estuvieron enfocados en identificar la necesidad de realizar procedimientos de reasignación sexual o dirigidos a obtener cambios en la apariencia física; sin embargo, a medida que se obtuvieron avances en la comprensión de la variabilidad y diversidad de la identidad sexual y de género, los tratamientos se enfocaron en el alivio del malestar o los síntomas disfóricos (28). En la actualidad, la atención en salud de niños, niñas y adolescentes con género diverso incluye la utilización de protocolos clínicos basados en las recomendaciones de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero y sociedades científicas de psicología y endocrinología (28-31).

Los tratamientos recomendados buscan ayudar a las personas con género diverso a explorar su identidad y expresión de género. Este proceso puede incluir o no modificaciones corporales, teniendo en consideración la naturaleza cambiante del género mismo y la individualidad de la experiencia de género. Los tratamientos disponibles ayudan al individuo a sentirse cómodo con su cuerpo e identidad y a reafirmar su género, por lo cual abarcan psicoterapia, cambios en la expresión y rol de género, terapia hormonal de feminización o masculinización del cuerpo, procedimientos quirúrgicos para modificar características sexuales primarias o secundarias, como genitales externos o internos, mamas, rasgos faciales o corporales, entre otros (23,28).

De acuerdo con las recomendaciones de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (28), las intervenciones recomendadas en niños, niñas y adolescentes con variabilidad y disforia de género incluyen acompañamiento psicoterapéutico en el proceso de exploración de identidad y expresión del género, la posible transición social hacia el rol de género identitario, así como la toma de decisiones frente a los cambios asociados con la pubertad y opciones de intervenciones físicas disponibles. El tratamiento con intervenciones físicas en adolescentes es un proceso gradual cuyo fin es ofrecer más tiempo al adolescente con disforia de género para explorar su variabilidad de género e impedir el desarrollo de

las características sexuales que ocurren en la pubertad. Las intervenciones físicas contemplan tres etapas:

La primera etapa, de carácter reversible, busca retrasar los cambios físicos de la pubertad mediante el uso de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina GnRH (goserelina, buserelina y triptorelina) y progestinas (medroxiprogesterona). En esta etapa se puede interrumpir la medicación y obtener como resultado la reactivación del eje hipotalámico-hipofisario-gonadal, lo que lleva a la continuación del desarrollo puberal en línea con el sexo gonadal. La segunda etapa, de carácter parcialmente reversible, procura la feminización o masculinización de la apariencia corporal. Entre tanto, la tercera etapa, considerada irreversible, contempla intervenciones quirúrgicas de reafirmación de género (28).

Actualmente existe un intenso debate sobre los dilemas éticos de la confirmación genital a temprana edad y el momento adecuado para las intervenciones quirúrgicas consideradas en la etapa tres. Al respecto, la Asociación Mundial para la Salud Transgénero recomienda que deben realizarse cuando el adolescente alcance la mayoría de edad legal y su máximo desarrollo psíquico (28), aunque algunos países cuentan con regulaciones propias sobre el criterio de edad. Por ejemplo, 18 años en Estados Unidos y 16 años en Alemania (32).

Se ha documentado que los tratamientos de reafirmación de género (mastectomía, cirugía de afirmación sexual en genitales y procedimientos faciales de feminización y masculinización) reportan beneficios positivos asociados con una sustancial reducción del estrés psicológico y disforia corporal, y con una mejoría notable de la calidad de vida de los individuos (28,33). Algunos estudios señalan que la cirugía genital reduce el estrés psicológico y vergüenza que ocasiona la ausencia de genitales congruentes (32). Así mismo, se acepta que el tratamiento hormonal en los primeros estadios de la pubertad (Tanner I y II) ayuda a los adolescentes con disforia de género a evitar procedimientos quirúrgicos invasivos, porque evita que se desarrollen de forma completa las características sexuales secundarias, con la consecuente reducción del grado de insatisfacción corporal y aumento del bienestar percibido y el funcionamiento social (34).

También se han estudiado los posibles efectos adversos de la terapia hormonal. La evidencia sugiere que este tipo de terapia puede afectar la estructura y los circuitos cerebrales, el volumen y el grosor ventricular, la neuroplasticidad hipotalámica y la conectividad funcional en adultos; mientras que en adolescentes hay alteración de los procesos cognitivos, principalmente memoria de trabajo visual-espacial. Así mismo, se documentan efectos fisiológicos, como el aumento de valores de hemoglobina y hematocrito y la

disminución de valores de lipoproteínas de alta densidad en adultos y adolescentes transgénero que reciben tratamiento con testosterona, la disminución de fosfatasa alcalina en adolescentes mujeres que reciben estradiol (segundo o tercer año de tratamiento), la reducción de la densidad ósea en el área espinal en la terapia de reemplazo hormonal durante la pubertad y cambios en la distribución de grasa corporal y musculatura en mujeres transgénero y hombre transgénero por efectos del estrógeno y testosterona, respectivamente (33,35).

De igual manera, la terapia hormonal puede favorecer la aparición de enfermedad tromboembólica venosa, hipertrigliceridemia, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 con la administración de hormonas feminizantes y de policitemia, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hipertensión diabetes mellitus tipo 2 con las hormonas masculinizantes (28). No obstante, la evidencia disponible no es concluyente, en especial sobre algunos tipos de cáncer (mama, cuello uterino, ovario y útero), por lo cual se requieren estudios longitudinales que aporten nueva y mejor evidencia (28,36-38).

Como se enunció, las intervenciones de reafirmación de género ofrecidas a niños, niñas y adolescentes no se limitan a la terapia hormonal o procedimientos quirúrgicos; también ofrecen alternativas a los individuos que refieren

insatisfacción con el tono o características de su voz con acompañamiento terapéutico de fonología y apoyo en aspectos relacionados con la comunicación, especialmente no verbal, como expresiones faciales, gestos y posturas; así como la cirugía de feminización de voz. Se ha demostrado que este tipo de intervenciones reducen la ansiedad que puede generar la interacción social (28).

Por otra parte, algunos tratamientos hormonales prolongados y procedimientos quirúrgicos tienen efectos en la fertilidad; de ahí la necesidad de que, antes de iniciar las intervenciones físicas, el proveedor de salud informe al paciente sobre las consecuencias del tratamiento en la salud reproductiva e incluya el asesoramiento acerca de las opciones disponibles para la preservación de fertilidad, entre ellas criopreservación de esperma para varones pospúberes, criopreservación de ovocitos y embriones para mujeres posmenarcales y criopreservación de tejido testicular y ovárico, en ambos casos (28,39).

La salud mental de niños, niñas y adolescentes con género diverso

Con frecuencia, niños, niñas y adolescentes con género diversos perciben la pubertad como una etapa dolorosa e insoportable, efecto de la persistente incongruencia entre su identidad y su apariencia (1); además, pueden experimentar microagresiones (19), conductas de discriminación (40)

y violencia física y sexual en el contexto familiar, social o escolar (41,42), con secuelas a corto, mediano y largo plazo, que afectan los mecanismos de afrontamiento individual, el desempeño académico e interacción social, y pueden ser factores de riesgo para alteraciones de la salud mental (43). Al respecto, diferentes estudios sostienen que los jóvenes con diversidad de género tienen mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad y depresión (1,32), autolesión e intento de suicidio (1,44-46), trastornos alimentarios (1), consumo de alcohol o abuso de sustancias (47) y aislamiento social (1,32,44,45), al ser comparados con jóvenes cisgénero.

Con regularidad, los comportamientos de niños, niñas y adolescentes con género diverso desafían las pautas de comportamiento social y culturalmente aceptadas; por esta razón, en el contexto escolar, pueden ser víctimas de acoso homofóbico y transfóbico, en especial en las instituciones que no contemplan programas de información o educación sobre la diversidad sexual y de identidades de género (48). Por lo anterior, las intervenciones dirigidas a mejorar la salud mental deben incluir el entorno escolar, porque reducen la posibilidad de discriminación o marginación por parte de sus pares o profesores (5,42).

Los comportamientos y la disconformidad con el rol de género son un factor de riesgo para aumentar las tasas de abuso físico, emocional y sexual

en los sistemas familiares (42). Asimismo, se ha identificado que padres, cuidadores o miembros de la familia extensa aumentan la vigilancia o control ejercido en un intento de modificar o suprimir el comportamiento atípico de género, a través de medidas de negociación, imposición o violencia física y verbal (49).

La diversidad de género en la infancia y adolescencia parece tener implícitas algunas experiencias estresantes y angustiantes; pero no significa que niños, niñas y adolescentes con género diverso presenten patologías mentales. De hecho, el malestar psicológico percibido muchas veces no está relacionado con la existencia de un trastorno orgánico y funcional, sino resultado del estigma, el rechazo social y la violencia de la que son víctimas (50,51). En todo caso, el acompañamiento psicosocial es indispensable, porque los profesionales de la salud mental los acompañan en el proceso de exploración y confirmación de su identidad de género, refuerzan su autonomía en la toma de decisiones, fomentan el manejo adecuado de sus emociones, favorecen el desarrollo de mecanismos de afrontamiento y resiliencia, y ayudan a la familia a comprender y aceptar la diversidad de género (1,44). Los tratamientos psicoterapéuticos se enfocan en el reconocimiento y la aceptación sin prejuicios de la identidad de género y mejorar las dificultades de comportamiento, emocionales y de relación asociadas (28).

En lo posible, las intervenciones familiares deben estar acompañadas por trabajo en grupos de ayuda, porque favorecen la interacción con pares y la generación de redes de apoyo social, al igual que reducen la sensación de aislamiento (27). Algunos autores reportan efectos positivos para niños, niñas y adolescentes con género diverso y sus familias al asistir a grupos de terapia o apoyo psicológico, pues les permite resolver las dudas sobre las opciones de tratamiento hormonal y quirúrgico; los procesos de exploración, expresión y “revelación” de género, y cómo fortalecer las relaciones familiares y capacidades de afrontamiento (1,23).

Para garantizar la salud mental de niños, niñas y adolescentes con diversidad de género, se debe facilitar el acceso a psicoterapia, pero también es indispensable que los profesionales en salud mental tengan las competencias clínicas, el comportamiento ético y la sensibilidad que se requiere para abordar las necesidades de atención de este grupo de población (28,44), alejándose de la idea de “tratar” o de lograr la congruencia entre el cuerpo y la identidad (52), pues con ello desconocerían la gran diversidad de experiencia humana del género y limitarían las oportunidades del individuo a explorar las posibilidades, beneficios, ventajas y riesgos que presentan los tratamientos relacionados con el género.

La autonomía para la toma de decisiones en salud

Niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir servicios de salud sexual y reproductiva confidenciales e integrales. Sin embargo, en la mayoría de los países existen disposiciones legales que limitan la autonomía de los menores para tomar decisiones sobre su salud y las opciones de tratamiento, teniendo como criterio la edad y la presunción de que menores no tienen la capacidad o madurez necesaria para tomar decisiones, con lo cual la legislación transfiere esta responsabilidad a sus padres (53,54). Esta situación puede constituirse como un obstáculo para el acceso y la prestación de servicios de salud en materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes con género no binario, cuando no se regula o se limita el ejercicio de la autoridad legal o patria potestad de los padres (55). Al respecto Rickett et al. (56) señalan que se debe dejar esta decisión en los adolescentes.

La presunción de incapacidad legal de los menores de edad para tomar decisiones sobre su salud restringe la autonomía del menor y puede vulnerar sus derechos a la salud y autodeterminación en entornos familiares con presencia de conductas transfóbicas, homofóbicas o de abuso psicológico, sexual o físico (51,57). Para proteger los derechos de los menores, algunos países han adoptado medidas para facilitar la emancipación

legal de los jóvenes y limitar la autoridad parental en aspectos relacionados con la identidad de género y procedimientos quirúrgicos para reasignación de sexo en menores intersexuales, con lo cual se pretende equilibrar los derechos de sus padres y sus hijos, y ofrecer la oportunidad de los menores de conocer las implicaciones de los tratamientos y evaluar su potencial de beneficio, riesgos o daños en reconocimiento de su capacidad y autonomía.

Este es el caso de Colombia, que mediante su jurisprudencia protege los derechos a la salud, la seguridad social, la igualdad, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y la autodeterminación de los menores de edad, y restringe la autoridad de los padres para dar su consentimiento sobre procedimientos invasivos o riesgosos en los que los beneficios no son completamente claros, como las cirugías genitales de niños intersexuales. La legislación colombiana exige que se obtenga un “consentimiento informado cualificado y persistente” del menor, obtenido mediante un proceso de información detallada, por parte de equipo médico tratante, que le permite al paciente menor de edad comprender los riesgos del tratamiento y las otras opciones disponibles (57).

Con el propósito de favorecer la autonomía en la toma de decisiones en salud de los individuos con diversidad de género, en los últimos años se

ha promovido en Estados Unidos el “Modelo de consentimiento informado”. En este se omite la valoración o diagnóstico por parte del especialista en psiquiatría o salud mental para acceder a los servicios de salud e intervenciones físicas de reafirmación de género. Este enfoque alternativo para la atención médica transgénero promueve un distanciamiento del uso de la etiqueta diagnóstica de disforia de género y otorga a los individuos la posibilidad de decidir si están listos para acceder a los servicios de salud y obtener su consentimiento informado a partir de su conocimiento sobre los riesgos, los efectos secundarios, los beneficios y las posibles consecuencias de someterse a los tratamientos de confirmación de género. Con este modelo, el individuo no debe demostrar la existencia del “malestar” o disforia, sino la capacidad cognitiva para tomar decisiones informadas sobre su salud (52). Es necesario señalar que con este enfoque el proveedor de salud que ofrece consejería sobre las opciones de tratamiento puede referir al paciente a los servicios de salud mental si identifica síntomas o factores de riesgo (28).

DISCUSIÓN

En esta revisión sobre el aporte del área de la salud en la construcción de género en niños, niñas y adolescentes con género diverso se evidenció la existencia de una agenda de investigación clínica y asistencial restringida al norte

global; en consecuencia, una producción de literatura académica muy escasa en el sur global, especialmente en Latinoamérica, lo cual impide conocer necesidades, características, realidades y construcciones corporales en estos contextos.

En este sentido, se identifica un vacío del conocimiento que se puede explorar a través de la investigación en el área clínica y asistencial y a partir de la exploración de los entornos familiares, sociales, económicos y políticos, como el movimiento social por la lucha sobre sus derechos. Por lo tanto, se hace necesario que los profesionales de la salud se liberen de posturas patologizantes y analicen este objeto de estudio con mente abierta y flexible a las transformaciones de género y salud sexual. Así mismo, se debe comprender que las variaciones de género son parte de la diversidad humana y no tienen naturaleza inherentemente patológica, es decir, no son trastornos o enfermedades.

Con relación a las clasificaciones diagnósticas (DSM y CIE), en las últimas versiones se ha conseguido un importante avance para evitar la estigmatización de las personas con género diverso. La clasificación hace hincapié en que la disconformidad de género no es una enfermedad mental, sino un síntoma asociado con la identidad. Sin embargo, el diagnóstico de disforia de género como patología mental refuerza el estigma y la discriminación, lo que conlleva el sufrimiento

emocional de quien lo padece. Ejemplo de esto es la expulsión de las familias biológicas o/y del sistema educativo y del sistema de salud de niños y niñas con género diverso.

Por otra parte, aunque las etiquetas diagnósticas relativas a la transexualidad utilizadas en la décima y undécima versiones de la CIE (trastorno de identidad de género e incongruencia de género, respectivamente) denotan la existencia de un trastorno de identidad de género, estas etiquetas no pueden asumirse como un trastorno mental. Sin embargo, niños, niñas y adolescentes con género diverso pueden sufrir problemas como ansiedad y depresión, por el estigma que estas etiquetas generan. Como consecuencia del estigma, estas personas podrían llegar a las calles y al mundo de la prostitución como una opción que no solo representa un modo de solucionar sus problemas económicos, sino un espacio de socialización y de construcción de su identidad. La inclusión en el medio de prostitución conduce a muchos problemas de salud mental y a iniciar procesos de transformación corporal riesgosas para su salud, como la utilización del silicón líquido y el consumo indiscriminado de hormonas y otros medicamentos para el tránsito.

Aunque la transexualidad ya no forma parte de la lista de trastornos mentales de la Organización Mundial de la Salud, permanece en un epígrafe nuevo, titulado "Condiciones relativas a la

salud sexual” y a denominarse *incongruencia de género*, junto a otros conceptos como *disfunciones sexuales* o *trastornos relacionados con dolencias sexuales*, con lo cual la diversidad de género permanece vinculada a un diagnóstico y, por consiguiente, puede sugerir la existencia de una enfermedad. Es decir, los cambios en las etiquetas diagnósticas pretenden la despatologización de la diversidad de género, pero en la práctica la denominación *incongruencia de género* continúa siendo patologizante.

Por otra parte, en Colombia y algunos países de Latinoamérica, para que niños, niñas y adolescentes con género diverso sean atendidos por los sistemas de salud con especialistas en el área de salud sexual, endocrino, salud mental, entre otros, deben tener el diagnóstico de disforia de género emitida por un psiquiatra. En ese sentido, la finalidad de la nomenclatura diagnóstica médica y de salud mental es ofrecer tratamientos seguros y efectivos a cada persona. Las intervenciones médicas que estas personas requieren no están incluidas en el Plan de Beneficios en Salud, para el caso de Colombia. Por lo tanto, es necesario que su identidad sea patologizada con el diagnóstico y por medio de la tutela (3) iniciar un largo camino para tener acceso a los servicios de salud. Esto, en muchos casos, es frustrante para las familias y ello los lleva a acudir a intervenciones por fuera del sistema de salud, con procedimientos no del todo seguros y a bajos precios. Este tipo de

procedimientos artesanales y sus consecuencias solo han sido rastreados en América Latina; no hay evidencia de su uso en países desarrollados y con atención individualizada, flexible e integral (58).

Como se viene discutiendo, los diferentes discursos sobre las personas con género diverso parten de la patologización. El diagnóstico de disforia de género asegura un marco interpretativo en el cual las subjetividades *trans* solo se piensan en los discursos médicos que pretenden normalizar los cuerpos diferentes e intervenirlos de acuerdo con la lógica de la heteronormatividad. Este discurso patologizante ha traído consecuencias negativas para las comunidades transgénero, ya que al tener la etiqueta de enfermedad mental de la condición *trans*, la discriminación ha ocasionado múltiples problemáticas, como la transfobia, la violencia extrema, entre otras. Además, estos discursos resultan ser totalizantes, razón por la cual estas personas quedan por fuera de los espacios que piensan, reflexionan y crean teoría sobre sus propias realidades. Como respuesta a lo anterior, se propone usar las epistemologías *trans* en Latinoamérica, ya que permiten reconocer la voz de la población *trans*, por medio de diálogos horizontales que promuevan una coconstrucción de conocimiento.

En el marco de las epistemologías *trans* se reconoce el valor político y de transformación de los saberes producto de la investigación (59). Este

marco teórico pretende contribuir a la reconstrucción de las realidades trans a través de la propia experiencia de haber transitado desde diversas posiciones sociales y, con esto, fortalecer el activismo desde el interior de la comunidad, es decir, por medio de las epistemologías trans se debe dar la voz a la población trans para dar reconocimiento a sus saberes y con esto dar apertura a un diálogo academizado, sin ubicarse en el lugar de la subordinación. Desde las epistemologías trans se concibe que la producción de conocimiento trasciende los espacios académicos universitarios y que se consolidan por medio del trabajo directo en el campo, a través de las narrativas y la lectura de expresiones corporales, políticas y sociales.

Un punto importante en estas consideraciones finales tiene que ver con las afectaciones en la salud mental de niños, niñas y adolescentes con género diverso y se relaciona con las disparidades que enfrentan en situaciones de acceso a servicios de salud. Los actos de discriminación a los cuales son sometidos y sometidas cuando buscan atención en los servicios de salud. Las personas transgénero evitan o retrasan la atención médica para evitar la discriminación (60,61). Todo esto da la oportunidad para que los proveedores de salud den apertura a competencias culturales y a la comprensión de las experiencias vividas y prioridades de la población transgénero (62).

Si bien es cierto que ha avanzado el aporte del área de la salud a personas con género diverso, ha sido sobre el discurso de la patologización y, en muchos casos, desde el desconocimiento o el conocimiento de lo heteronormativo. Un ejemplo de esto es que los profesionales de la salud no hacen diferenciación entre sexo y género en instrumentos de investigación, tomando estas dos variables como sinónimo. Se hace necesario que los profesionales de la salud se documenten sobre el sexo y el género y estén en capacidad de dar respuestas más eficaces a las problemáticas de este grupo humano.

Finalmente, es necesario señalar que este documento presenta una revisión rigurosa y exhaustiva de las publicaciones identificadas en las bases de datos consultadas. Sin embargo, se considera una limitación del estudio la posible existencia de publicaciones adicionales en bases de datos académicas, idiomas y rangos de años no considerados en la presente revisión.

CONCLUSIONES

Las publicaciones identificadas concuerdan en que la identidad de género es fluida, en lugar de binaria, y que en la niñez y adolescencia ocurre la exploración de experiencias y roles personales, sin que esto implique la existencia de trastornos mentales o malestar psicológico. Esta nueva narrativa ayuda a superar la innecesaria

patologización y, por ende, la medicalización de la diversidad sexual.

Las publicaciones sugieren que niños, niñas y jóvenes con género diverso tienen experiencias complejas y fluidas que pueden incrementar su vulnerabilidad frente a diferentes conductas de rechazo y discriminación, cuyas consecuencias están en la salud, su interacción social y su desempeño académico.

La complejidad de la diversidad de género requiere un abordaje integral y holístico que permita a niños, niñas y adolescentes la libertad para explorar y expresar su identidad de género; que facilite la adaptación psicosocial, y que reduzca la vulnerabilidad y el riesgo de presentar efectos negativos en su salud y el bienestar de sus familias. Para esto es necesario avanzar en la actualización de los profesionales de la salud y la eliminación de conocimientos, lenguaje y prácticas retrógradas que restringen el género a un elemento binario y patologizan la experiencia no normativa.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, Johnson CC, Joseph CLM. The mental health of transgender youth: advances in understanding. *J Adolesc Health*. 2016;59(5):489-95. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012>
2. Drescher J. Queer diagnoses revisited: the past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(5):386-95. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1053847>
3. Downing L. Heteronormativity and repronormativity in sexological "perversion theory" and the dsm-5's "paraphilic disorder" diagnoses. *Arch Sex Behav*. 2015 Jul 18;44(5):1139-45. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0536-y>
4. Foucault M. Historia de la sexualidad, I: la voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI; 2007.
5. Núñez A, Robertson-James C, Reels S, Jeter J, Rivera H, Yusuf Z, et al. Exploring the role of gender norms in nutrition and sexual health promotion in a piloted school-based intervention: the Philadelphia UjimaTM experience. *Eval Program Plann*. 2015;51:70-7. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.12.010>

6. Liu M, King D, Mayer KH, Grasso C KA. Sexual orientation and gender identity data completeness at US Federally Qualified Health Centers. *Am J Public Health*. 2023;133 (8):883-92. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307323>
7. Drescher J. Gender diagnoses in the DSM and ICD. *Psychiatr Ann*. 2016;46(6):350-4. <https://doi.org/10.3928/00485713-20160415-01>
8. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Méndez Díaz M. La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. *Cuad Med Psicopatol Psiquiatr Enlac* [internet]. 2014;(110):25-35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4802980>
9. Organización Panamericana de la Salud. F64 trastornos de la identidad de género. En: Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades, editor. *CIE 10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud* [internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud; 1992. p. 344-5. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad (CIE-11 EMM). 2018 [internet]. Clasificación Internacional de Enfermedades y condiciones relacionadas con la salud onceava versión-CIE-11. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
11. Robles García R, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2019 Apr;12(2):65-7. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.002>
12. Gadow K, Sprafkin J. *Child Symptom Inventory-4 Screening and Norms Manual*. Nueva York: Stony Broks; 2002.
13. Gadow K, Sprafkin J. *Early childhood symptom inventory-4 screening manual*. Nueva York: Stony Broks; 2000.
14. Cohen-Kettenis PT, Wallien M, Johnson LL, Owen-Anderson AFH, Bradley SJ, Zucker KJ. A parent-report Gender Identity Questionnaire for Children: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2006 Jul;11(3):397-405. <https://doi.org/10.1177/1359104506059135>
15. Gadow K, Sprafkin J. *Youth's inventory-4 manual*. Nueva York: Stony Broks; 1990.
16. Rider GN, Berg D, Pardo ST, Olson-Kennedy J, Sharp C, Tran KM, et al. Using the Child Behavior

- ior Checklist (CBCL) with transgender/gender nonconforming children and adolescents. *Clin Pract Pediatr Psychol*. 2019 Sep;7(3):291-301. <https://doi.org/10.1037/cpp0000296>
17. Cohen-kettinis P, Van Gooze S. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Feb;36(2):263-71. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>
18. Lindgren TW, Pauly IB. A body image scale for evaluating transsexuals. *Arch Sex Behav*. 1975 Nov;4(6):639-56. <https://doi.org/10.1007/BF01544272>
19. Kozee HB, Tylka TL, Bauerband LA. Measuring transgender individuals' comfort with gender identity and appearance. *Psychol Women Q*. 2012 Jun 19;36(2):179-96. <https://doi.org/10.1177/0361684312442161>
20. Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychol Sex Orientat Gen Divers*. 2015 Mar;2(1):65-77. <https://doi.org/10.1037/t39597-000>
21. Abidin R. Parenting Stress Index (Short Form). Odessa TX: Psychological Assessment Resource; 1995.
22. Shulman GP, Holt NR, Hope DA, Mocarski R, Eyer J, Woodruff N. A review of contemporary assessment tools for use with transgender and gender nonconforming adults. *Psychol Sex Orientat Gen Divers*. 2017 Sep;4(3):304-13. <https://doi.org/10.1037/sgd0000233>
23. Chen D, Hidalgo MA, Leibowitz S, Leininger J, Simons L, Finlayson C, et al. Multidisciplinary care for gender-diverse youth: a narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Heal*. 2016;1(1):117-23. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009>
24. Hidalgo MA, Ehrensaft D, Tishelman AC, Clark LF, Garofalo R, Rosenthal SM, et al. The gender affirmative model: what we know and what we aim to learn. *Hum Dev*. 2013;56(5):285-90. <https://doi.org/10.1159/000355235>
25. Duany Navarro A. Trastornos de identidad sexual y violencia. *Rev Hosp Psiquiátr La Habana* [internet]. 2008;5(1). Disponible en: http://www.psiquiaticohph.sld.cu/revista/portal_revhph.html
26. Winter S, DeCuypere G, Green J, Kane R, Knudson G. The proposed ICD-11 gender incongruence of childhood diagnosis: a world professional association for transgender health membership survey. *Arch Sex Behav*. 2016;45(7):1605-14. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0811-6>

27. Di Ceglie D. Working at the edge: engaging in therapeutic work with young people with atypical gender identity development. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2008;56(6):403-6. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.005>
28. World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people [internet]. 7.^a ed. WPATH; 2012. Disponible en: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC_v7/SOC_V7_English.pdf
29. Castañeda C. Developing gender: the medical treatment of transgender young people. *Soc Sci Med.* 2015;143:262-70. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.031>
30. 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 Nov 1;102(11):3869-903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
31. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol.* 2015 Dec;70(9):832-64. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
32. Milrod C. How young is too young: ethical concerns in genital surgery of the transgender MTF adolescent. *J Sex Med.* 2014;11(2):338-46. <https://doi.org/10.1111/jsm.12387>
33. Mahfouda S, Moore JK, Siafarikas A, Hewitt T, Ganti U, Lin A, et al. Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinol* [internet]. 2018; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221385871830305X>
34. Mahfouda S, Moore JK, Siafarikas A, Zepf FD, Lin A. Puberty suppression in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017;5(10):816-26. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30099-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30099-2)
35. Stevenson MO, Tangpricha V. Osteoporosis and bone health in transgender persons. *Endocrinol Metab Clin North Am* [internet]. 2019. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889852919300118>
36. McFarlane T, Zajac JD, Cheung AS. Gender-affirming hormone therapy and the risk of sex hormone-dependent tumors in transgender individuals-A systematic review. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2018;89(6):700-11. <https://doi.org/10.1111/cen.13835>

37. Hartley RL, Stone JP, Temple-Oberle C. Breast cancer in transgender patients: a systematic review. Part 1: male to female. *Eur J Surg Oncol.* 2018;44(10):1455-62. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.06.035>
38. Stone JP, Hartley RL, Temple-Oberle C. Breast cancer in transgender patients: a systematic review. Part 2: female to male. *Eur J Surg Oncol.* 2018;44(10):1463-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.06.021>
39. Nahata L, Tishelman AC, Caltabellotta NM, Quinn GP. Low fertility preservation utilization among transgender youth. *J Adolesc Heal.* 2017;61(1):40-4. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012>
40. Becker I, Ravens-Sieberer U, Ottová-Jordan V, Schulte-Markwort M. Prevalence of adolescent gender experiences and gender expression in Germany. *J Adolesc Heal.* 2017;61(1):83-90. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.001>
41. Gontijo DT, Medeiros M. Adolescência, gênero e processo de vulnerabilidade/desfiliação social: compreendendo as relações de gênero para adolescentes em situação de rua. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2010;33(4):605-17. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2009.v33.n4.a292>
42. Ferrari A. Homossexualidade e deficiência mental: jogos discursivos e de poder na construção dessas identidades no contexto escolar. *Rev Mal-estar e Subjetividade [internet].* 2010;10(2):653-72. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000200013
43. Kosciw J, Greytak E, Palmer NA, Boesen M. The 2013 National School Climate Survey: the experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools [Internet]. Gay Lesbian & Straight Education Network (GLSEN); 2013. Disponível em: <https://www.glsen.org/sites/default/files/2020-03/GLSEN-2013-National-School-Climate-Survey-Full-Report.pdf>
44. Bockting WO. Vulnerability and resilience among gender-nonconforming children and adolescents: mental health professionals have a key role to play. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Jun;55(6):441-3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.008>
45. Gartner RE, Sterzing PR. Social ecological correlates of family-level interpersonal and environmental microaggressions toward sexual and gender minority adolescents. *J Fam Violence.* 2018 Jan;33(1):1-16. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9937-0>

46. Renaud J, Berlim MT, Begolli M, McGirr A, Turecki G. Sexual orientation and gender identity in youth suicide victims: an exploratory study. *Can J Psychiatry*. 2010 Jan;55(1):29-34. <https://doi.org/10.1177/070674371005500105>
47. Kuyper L, de Roos S, Iedema J, Stevens G. Growing up with the right to marry: sexual attraction, substance use, and well-being of dutch adolescents. *J Adolesc Health*. 2016;59(3):276-82. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.010>
48. Gegenfurtner A, Gebhardt M. Sexuality education including lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues in schools. *Educ Res Rev*. 2017;22(September):215-22. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2017.10.002>
49. D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *J Interpers Violence*. 2006 Nov;21(11):1462-82. <https://doi.org/10.1177/0886260506293482>
50. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Domínguez-Martínez T, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*. 2016 Sep;3(9):850-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)
51. Priest M. Transgender children and the right to transition: medical ethics when parents mean well but cause harm. *Am J Bioeth*. 2019 Feb;19(2):45-59. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557276>
52. Schulz SL. The informed consent model of transgender care: an alternative to the diagnosis of gender dysphoria. *J Humanist Psychol*. 2018 Jan 13;58(1):72-92. <https://doi.org/10.1177/0022167817745217>
53. Parra-Villaruel J, Rodrigues L, Nogueira C. Access to healthcare for transgender adolescents: the current situation and challenges in Chile and Portugal. *Anal Soc*. 2023;58:248-69. Disponible en: http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/n247_a03.pdf
54. Priest M. Transgender children and the right to transition: medical ethics when parents mean well but cause harm. *Am J Bioeth*. 2019;19:45-59. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557276>
55. Romero K, Reingold R. Advancing adolescent capacity to consent to transgender-related health care in Colombia and the USA. *Reprod Health Matters*. 2013;21(41):186-95. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(13\)41695-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(13)41695-6)

56. Rickett B, Johnson K, Ingle H RM, Reynolds M. Support for parents/carers of primary school aged gender diverse children in England, UK: a mixed-method analysis of experiences with health services. *Heal Sociol Rev.* 2021;30:9-24. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1857656>
57. Romero K, Reingold R. Advancing adolescent capacity to consent to transgender-related health care in Colombia and the USA. *Reprod Health Matters.* 2013;21(41):186-95. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(13\)41695-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(13)41695-6)
58. Melo Barbosa OP. El cuerpo del deseo: narrativas sobre cuidados de mujeres transgénero de Cali en sus intervenciones corporales artesanales (1980-2015) [tesis de doctorado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2019.
59. Stone S. El imperio contraataca: un manifiesto postransexual. En: *Políticas trans una antología de textos desde los estudios trans norteamericanos*. Barcelona: Egales Editorial; 2015. p. 31-66.
60. Neira PM. Caring for the transgender patient. *J Radiol Nurs.* 2017;36:88-9. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2017.03.002>
61. Kcomt L, Gorey KM, Barrett BJ, McCabe SE. Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: a call to create trans-affirmative environments. *SSM-Popul Heal.* 2020 Aug;11:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>
62. Radix A. Addressing needs of transgender patients: the roles of family physicians. *J Am Board Fam Med.* 2020;314-21. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.02.180228>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional