

Trabajo de investigación:

Identidad diversa en Niños, Niñas y Adolescentes

Investigadores

Leidy Jhojana Londoño Restrepo

Natalia Jhoana Mira Taborda

Residentes de Pediatría, Universidad de Antioquía

Asesores:

Dra. Laura Niño Serna, Pediatra epidemióloga

Dra. Johana Correa Saldarriaga, Endocrinóloga Pediatra

Dr. Carlos Enrique Yepes Delgado, Médico, PhD en epidemiología

Realizado en:

Centro Psicopedagógico Integrado – CEPI

Directora del Centro: Dra. Carolina Londoño Gutiérrez, Sexóloga Clínica

Universidad de Antioquía

Departamento de Pediatría y Puericultura

Medellín-Colombia

Julio - 2021

Prólogo

Los niños, niñas y adolescentes con identidad diversa son una población con requerimiento de atención y acompañamiento integral en el proceso de afirmación del género. En las últimas décadas, se ha observado una mayor visibilización de la población con identidad diversa a nivel mundial, pero en nuestra sociedad colombiana es poco reconocida; evidenciado por la inexistencia de estudios que exploren las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de la población pediátrica, al igual que el desconocimiento del proceso de afrontamiento de una identidad diversa.

Por este motivo y con el fin de cumplir con los objetivos propuestos, se realizó dos estudios: uno observacional- descriptivo, que permitió una caracterización amplia de la población, y otro de tipo cualitativo, que exploró la experiencia de afrontamiento de una identidad diversa en niños, niñas y adolescentes. Por tanto, se convierten en estudios con matices y resultados distintos que en últimas es pionero en la generación de una base de conocimiento de nuestra población pediátrica que permita en el futuro la creación de estrategias de acompañamiento integral y nuevas publicaciones en el tema. A continuación, se exponen ambos estudios.

Estudio Cualitativo

Afrontar una identidad diversa en la infancia y la adolescencia: del cuestionamiento y la disforia hasta la plenitud

Resumen

Este estudio pretende describir la experiencia y comprender el proceso de afrontamiento de una identidad diversa en niños, niñas y adolescentes transgénero. Es un estudio cualitativo que usa técnicas de la teoría fundamentada como codificación, categorización y comparación constante. Un total de 15 entrevistas semiestructuradas fueron realizadas a los participantes que asistieron al Centro Psicopedagógico Integrado en Medellín, Colombia sumado al aporte de 3 familiares. Los resultados mostraron que la experiencia de una identidad diversa inicia en la infancia con el cuestionamiento sobre la identidad de género, intensificándose en la adolescencia donde la disforia es predominante, abundan los sentimientos de angustia y miedo al rechazo. La identificación y aceptación propia permiten iniciar la transición social, enfrentándose a obstáculos como discriminación y dificultades para el acceso a la salud. Finalmente, la resiliencia ante el descubrimiento de una identidad diversa sumado al apoyo y la transición logran la plenitud de la identidad.

Palabras claves: Disforia de género en niños, identidad de género, jóvenes transgéneros, resiliencia, experiencia, cualitativo, teoría fundada.

Introducción

Dentro del espectro de la diversidad humana, las personas con comportamiento, expresión e identidad de género, que se apartan de las normas culturales tradicionales de masculinidad o feminidad y de las expectativas propias del sexo natal, son denominados cómo: “género no conforme”, “género expansivo” o comúnmente “transgénero” (1). En el proceso de desarrollo de la identidad transgénero, la mayoría, no todos, experimentan disforia de género, condición que

denota una sensación de angustia continua que surge de la incongruencia entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género (2). Estudios han informado prevalencias de esta condición de forma poco precisa y variable con una proporción entre el 0.4 al 1.3%, con una estimación aproximada de 25 millones de personas transgénero en el mundo (3–5). En la población infantil, por encuestas, se ha informado una identificación con el sexo contrario en niñas/niños holandeses entre 1.4 a 2%, en adolescentes 0.2-0.4% y en EE. UU. entre el 1.3-5% (1). En Colombia, se encuentra poca información acerca de su prevalencia; en la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas en 2019, se encontró que 0.05% fueron personas transgénero, lo cual podría corresponder a 10.000 personas, no presentaron discriminación por edad (6). Esto la convierte en una condición de vida que desde el ámbito médico es poco explorada y reconocida en nuestro medio.

El diagnóstico de disforia de género hace parte del Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos mentales, versión 5 (DSM-5) que reemplazó a la entidad clínica denominada “Trastorno de la identidad de género”, con el fin de retirar la connotación de trastorno mental y al mismo tiempo garantizar el acceso a servicios de salud (supresión de la pubertad, hormonoterapia cruzada y cirugía de afirmación de género) (7). En nuestro estudio se utilizará el término identidades diversas como una propuesta para abarcar condiciones de vida como transgénero o disforia de género y otros continuos de la identidad (género no binario); y para favorecer el proceso de despatologización, creando un balance entre el derecho humano a la identidad y la necesidad de requerir un acompañamiento integral en salud (2).

Es consistente en la literatura mundial y en varios estudios que la identidad diversa comienza su presentación en la primera infancia, lo que ha estimulado la investigación transgénero en etapas tempranas (2). En las últimas dos décadas, se ha aumentado el interés por la comprensión de esta condición, debido a una mayor visibilización de la comunidad transgénero por los medios de comunicación y el activismo, el aumento de 10 a 100 veces en la prevalencia en relación con años previos, el aumento en la búsqueda de atención médica sumado a una creciente preocupación por

problemas de salud mental asociados y consecuencias como discriminación, prejuicio y estigma (1,8,9). Los jóvenes transgénero están en alto riesgo de desenlaces adversos médicos y psicosociales, varios estudios han demostrado que, en comparación con sus compañeros cisgénero, tienen mayores tasas de ansiedad, depresión, suicidio, abuso de sustancias, discriminación, abuso sexual e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (10–12). Además de la ausencia de programas de atención médica integral para niños, niñas y adolescentes (NNA) transgénero que representa un obstáculo para una transición social y médica segura (13).

La revisión de la literatura muestra la necesidad de mayor investigación para mejorar la comprensión de la disforia de género y la experiencia transgénero, particularmente entre los NNA, debido a que la mayoría se ha realizado en adultos transgénero y desde otros ámbitos como antropológico y social (1,14). Estudios cualitativos previos han evaluado de forma independiente algunos aspectos de las experiencias y expectativas de jóvenes transgénero como acceso a los servicios de salud, uso de internet para la exploración inicial del género y perspectivas familiares en otros contextos socioculturales como en Canadá, EE. UU. y Europa (13,15–17). En Colombia, y en general América Latina, el contexto sociocultural, político y legal ha establecido históricamente una heteronormatividad, en parte por la influencia de la religión, de tal suerte que las personas con identidades diversas se han considerado desviadas por lo que son excluidas (18). A esto se suma la violencia de grupos armados que llegan incluso a considerarlas objetivo de las “limpiezas sociales” (19). Esto también se ve reflejado en la violencia que se vive desde el colegio, que deja de ser un lugar seguro para NNA con identidad diversa (20). Comprender cómo se da el afrontamiento y construcción de la identidad diversa en este contexto específico tan adverso, típico de las culturas conservadoras occidentales, podría sentar las bases de un mejor acompañamiento desde los equipos de salud y, en última instancia, contribuir a una mayor conciencia social y de género inclusiva con respeto a la diversidad y protección de nuestros NNA transgénero. Esta investigación pretende describir la experiencia y comprender el proceso de afrontar una identidad diversa en NNA desde la esfera individual, familiar y social.

Método

Este es un estudio cualitativo que se desarrolló bajo un enfoque hermenéutico usando algunas técnicas de la teoría fundamentada, como codificación, categorización y comparación constante (21). La base de la Teoría Fundamentada es la corriente de pensamiento sociológico llamada interaccionismo simbólico, la cual sugiere que el comportamiento de las personas en la sociedad surge de los significados que para ellos tienen los fenómenos que enfrentan; dichos significados surgen de la interacción y se modifican por la interpretación que cada persona hace de ellos (22). La Teoría Fundamentada se refiere a una metodología para favorecer la generación de conceptualizaciones que perduran en el tiempo porque se derivan de datos recopilados y abstraídos de la experiencia de las personas en un contexto específico, que luego son analizados de manera sistemática por medio de un proceso iterativo e interactivo (21). Más que iniciar el proyecto con una teoría preconcebida, los investigadores iniciamos con el tema de identidades diversas como área de estudio y a partir de la aplicación de los procedimientos de análisis se favoreció la emergencia teórica a partir de los datos. De esta manera, los informantes, quienes vivieron la experiencia estudiada tenían su propia visión de lo vivido y de acuerdo cómo ellos concebían la realidad analizada, proporcionaron la información para que los investigadores tras el análisis identificáramos las categorías emergentes.

Para la recopilación de los datos se diseñó y aplicó un guion de entrevista semiestructurada. Los entrevistadores fueron los mismos investigadores: médicos, epidemiólogo y residentes de pediatría. Los NNA transgénero fueron seleccionados a conveniencia mediante un muestreo selectivo, invitados por la directora del Centro. Ninguno de los informantes seleccionados se negó a participar en la investigación. Se realizaron un total de 15 entrevistas semiestructuradas a 15 participantes entre los 12 y los 21 años en el periodo de tiempo transcurrido de septiembre del 2019 a enero del 2021 en Medellín, Colombia. Los criterios de inclusión fueron personas menores de 21 años con una identidad transgénero o con diagnóstico de disforia de género según los criterios del DSM-5 realizado por sexología o psiquiatría, que consultaron al Centro Integral Psicopedagógico (CEPI) entre el 2013 al 2019 y accedieran a participar del estudio. Los criterios

de exclusión fueron no tener historia clínica en CEPI, tener déficit cognitivo o un trastorno psiquiátrico mayor (fase descompensada de cualquiera de estos trastornos: esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión mayor o trastorno dismórfico). Adicionalmente, durante el proceso de entrevistas se decidió recibir el aporte de 3 familiares durante las entrevistas, por la necesidad de los participantes y para enriquecer las categorías.

Sobre el consentimiento, se explicó a los participantes los objetivos y el método del estudio, incluida la grabación de voz de la entrevista, en caso de acceder, con el fin de no perder información para el análisis. Se aseguró la confidencialidad de la información proporcionada y de los datos que pudieran identificar a los entrevistados. Se mantuvieron los valores de dignidad humana, igualdad, no discriminación, no estigmatización, respeto a la diversidad y pluralismo basados en los derechos humanos y de bioética en el ejercicio de la investigación. A pesar que la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (23) sugiere que esta es una investigación sin riesgo, al utilizar la entrevista como instrumento de recolección de datos; pero dado que se pudo haber afectado emocionalmente a las personas entrevistadas se consideró de mínimo riesgo. Se garantizó los primeros auxilios psicológicos realizados por los investigadores, seguido de la correspondiente atención por el Departamento de Psicología de CEPI. Finalmente, se aclaró el carácter voluntario de su participación y se requirió a quienes accedieron, la firma del consentimiento informado en mayores de 18 años y el asentimiento en menores de 18 años junto con autorización de los padres mediante consentimiento informado. Tanto el consentimiento y el asentimiento habían sido creados por los investigadores y previamente aprobados por Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquía.

Para proceder a las entrevistas semiestructuradas se aseguraron unas mínimas condiciones de tranquilidad, que permitieron libertad para expresarse y así mismo generaron confianza para que la información obtenida fuera confiable. Se realizó dos entrevistas de preensayo con los primeros entrevistados, para mejorar el instrumento de recolección y generar mayor destreza en los investigadores, estas fueron incluidas en el análisis final. Inicialmente se realizaron 9 entrevistas

presenciales, donde se logró el muestreo teórico inicial. Posteriormente, se realizó modificación del guion de entrevista con el fin de profundizar en los aspectos que iban emergiendo, con el propósito de acudir a personas o acontecimientos que maximizaron las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hicieron más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones. Se realizaron seis entrevistas adicionales de forma virtual por las condiciones actuales de la pandemia por SARS CoV-2, sin video, pero grabación de voz preservando la confidencialidad. Con lo anterior, se logró mayor densidad conceptual, es decir, cuando la recogida de nuevos datos ya no aportó información adicional o relevante para explicar las categorías existentes o descubrir nuevas categorías.

Una vez realizadas las entrevistas por los investigadores, se transcribieron las grabaciones con posterior verificación de la fidelidad de los datos transcritos y la confidencialidad. El análisis de datos tuvo tres momentos: descriptivo, analítico e interpretativo (21,24). En el primer momento descriptivo, se realizó codificación abierta sobre las entrevistas transcritas. Tras llegar a un acuerdo sobre el estándar de codificación, los investigadores compararon las abstracciones o códigos obtenidos por cada uno de ellos en ese primer momento de microanálisis. Luego los códigos se agruparon inductivamente en categorías descriptivas, al interior de las cuales se identificaron las propiedades y dimensiones. En el segundo momento analítico, las propiedades y dimensiones se relacionaron para construir las categorías mediante codificación axial y finalmente, la generación del fenómeno. (25). Todo el proceso se realizó mediante un análisis comparativo constante (21) con un proceso iterativo, interactivo y sistemático que involucró códigos, categorías, referencias teóricas, teoría emergida y puntos de vista de los investigadores. Se usó la triangulación de los datos y los investigadores, es decir, comparamos de manera continua y abierta nuestras perspectivas como investigadores y según la bibliografía encontrada (26,27) y deliberamos las decisiones tomadas a través del estudio basadas en una lectura bibliográfica extensa. Se usó la reflexividad para examinar y tomar conciencia de los constructos que usamos como puntos de partida, al tiempo que reconocemos nuestras propias limitaciones con transparencia (28).

Los investigadores del estudio no tuvieron relación directa con organizaciones de poblaciones con identidades diversas ni intereses secundarios. Como se aclaró en el consentimiento informado, a los participantes incluidos en este estudio; no se les ofreció beneficio directo más allá de lo que pudo representar para cada uno de ellos compartir su experiencia. El estudio final se expondrá en CEPI para su divulgación.

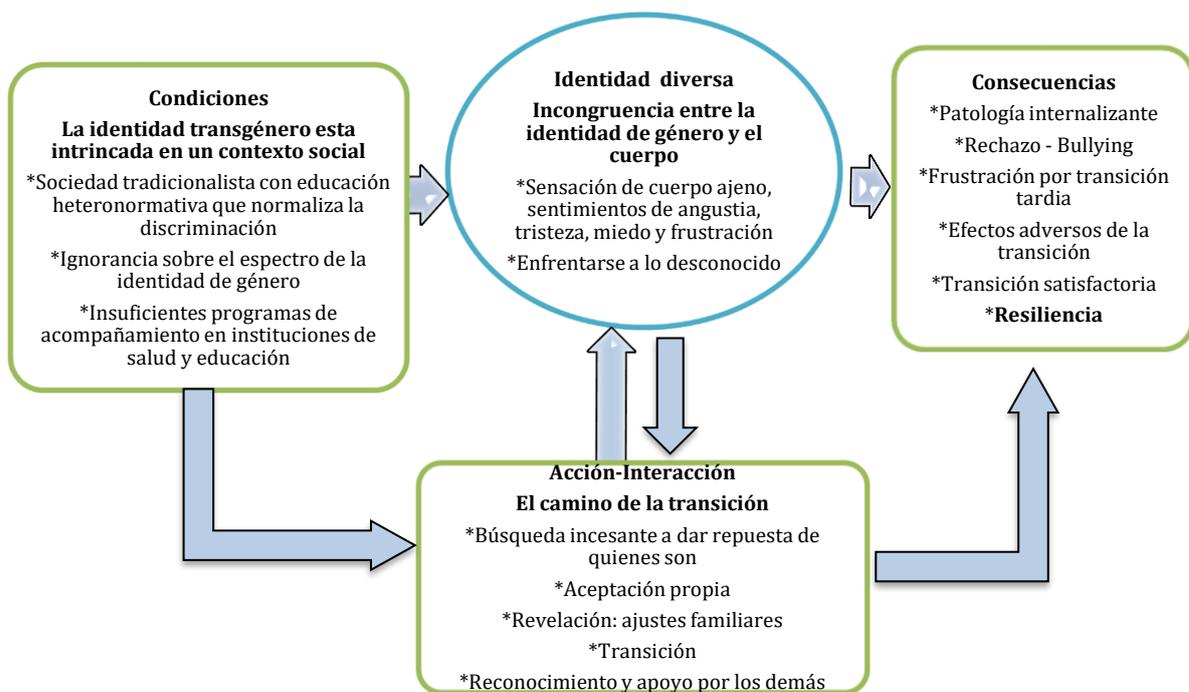
Resultados

Entre los entrevistados, 13 de los 15 participantes tenían de 18 a 21 años, dos de los participantes tenían 12 años y 16 años respectivamente. El promedio de edad para el inicio de la transición de la identificación transgénero fue 14 años (rango 8-18 años). De las 15 entrevistas, siete fueron a hombres transgénero y ocho a mujeres transgénero. Todos son de zonas urbanas y estaban afiliados a un régimen de salud colombiano. (**tabla 1**). Los resultados que se presentan a continuación inician con la exposición de la categoría analítica central – fenómeno que surgió durante la investigación, así como las condiciones (contexto y causas), relaciones de acción interacción y las consecuencias que responden a esa categoría principal, que llevo a la construcción de la matriz del paradigma (**figura 1**).

Entrevistado	Edad	Identidad diversa	Edad de inicio de la transición de la identidad diversa	Escolaridad	Estrato socio económico
1	21	Hombre trans	15	Bachillerato completo	3
2	19	Mujer trans	11	Bachillerato completo	3
3	16	Hombre trans	14	Bachillerato incompleto	4
4	20	Mujer trans	14	Universitario incompleto	3
5	21	Hombre trans	19	Bachillerato completo	3
6	19	Hombre trans	16	Universitario incompleto	5
7	20	Hombre trans	16	Técnico	1
8	19	Mujer trans	14	Bachillerato completo	6

9	19	Mujer trans	12	Bachillerato completo	6
10	19	Mujer trans	15	Bachillerato completo	4
11	18	Mujer trans	13	Universitario incompleto	6
12	18	Hombre trans	13	Bachillerato completo	4
13	12	Mujer trans	8	Primaria Incompleta	2
14	19	Mujer trans	17	Bachillerato completo	1
15	20	Mujer trans	18	Bachillerato completo	3

Figura 1. Matriz del paradigma



Incongruencia entre la identidad de género y el cuerpo

La contrariedad entre el cuerpo y la identidad de género es una lucha intensa que inicia con el conocimiento de sí mismo y la posibilidad de expresión dada por la autonomía, que lleva a la aceptación para emprender la transición. La identidad de género se arraiga y transforma el ser mediante un proceso gradual que implica permitir sentimientos, reafirmar la identidad y buscar los medios para iniciar la transición. Resarcir la identidad es una labor continua e inherente al individuo que lleva a la felicidad y la expresión del verdadero ser.

“Que no conecte tu masculinidad a tu género biológico es una lucha interna, usted se está moldeando. Yo no me creo, soy, mi alma, mi mente y mi cuerpo en estos momentos está siendo de un hombre” (Hombre transgénero, 21 años).

Existe desde la infancia temprana, usualmente entre los 3 y 8 años, un cuestionamiento constante y desasosiego sobre el género binario impuesto según el sexo al nacer, aun cuando la identidad de género se transpira a través del lenguaje verbal y no verbal. Esto es exacerbado en la adolescencia por la presencia de cambios físicos propios del sexo asignado y el reconocimiento de la orientación sexual, convirtiéndose como motor para la transición.

“A mí nunca me gustó verme en un espejo simplemente porque no quería verme a mí porque pensaba que era una cosa muy horrible. Me empezó a dar muy duro ver los cambios hacia el lado masculino en la adolescencia y ahí fue que dije, yo me siento una mujer” (Mujer transgénero, 19 años).

“Desde muy pequeña por ahí a los 6-7 años yo rezaba para amanecer siendo mujer y yo decía “Dios, si tú lo puedes todo, permíteme amanecer como una mujer porque es muy difícil ser hombre” (Mujer transgénero, 20 años).

La reafirmación de la identidad transgénero implica bravura en el carácter para transitar en medio de la adversidad y exigir reconocimiento por parte de los demás en la cotidianidad, según su identidad de género y no su sexo. Siendo una labor loable y un gran atributo el conseguir que los demás empiecen por reconocer su nombre. Estas reticencias iniciales en otros se vencen al contemplar la metamorfosis y se inspira la aquiescencia, a pesar de que en retrospectiva siempre se es la misma persona y la evolución es solo afirmar quien siempre ha sido. El concepto que experimentan de las identidades diversas es todo el espectro de la identidad de género, todos válidos y con experiencias únicas, donde cada uno logra manifestar quién es. El lograr la armonía entre el cuerpo y la identidad, genera el orgullo de una identidad diversa propia y contribuye a la formación de la personalidad.

“No es un cambio de identidad sino la reafirmación de mi identidad, solucionar el asunto de mi cuerpo para que mi identidad siguiera ese mismo camino, si yo hubiera sido una mujer cisgénero

desde el comienzo, yo no tendría ni la mitad del carácter que tengo en este momento porque no me hubiera tocado vivir tantas cosas y sentirme mal conmigo misma [...]” (Mujer transgénero, 20 años).

La identidad transgénero esta intrincada en un contexto social

La identidad de género es un proceso dinámico de construcción individual, permeado por el contexto social, cultural y religioso, que en ocasiones se agreda al imponer roles heteronormativos (ej. juegos, colores, deportes, compañeros). La educación heteronormativa tradicionalista y dogmática, liga el sexo y la identidad de género en dos únicos arquetipos (mujer-hombre), a pesar del espectro propuesto para incluir a las personas que no se sienten parte de ellos. Los estándares de normalidad, la ignorancia sobre el espectro de la identidad de género, su invisibilización y patologización genera prejuicios y estereotipos que promueven la discriminación con cierto grado de normalización social de la transfobia, incluso involucrando al entorno familiar. Por tanto, el desconocimiento y el rechazo hace difícil que NNA reconozcan y expresen su identidad de género.

“Uno no desea ser heterosexual, uno no desea ser bonito, uno no desea ser flaco, esos son mensajes que se internaliza de la sociedad y cuando uno se da cuenta que uno no es ninguna de esas cosas que son deseables, es desmoronante, pero es una vida que vale la pena vivir, es una vida que tiene mucho para ofrecerte” (Hombre transgénero, 18 años).

“Todo el tiempo te callaron y te decían “esto está mal”, te pegaban en la mano si cogías una Barbie, o sea, era una cosa que siempre te dijeron como “encapsúlala y elimínala” (Mujer transgénero, 20 años).

La revelación es el punto de partida para la reafirmación de la identidad a nivel social, desnuda a la persona y la deja vulnerable. Es un derecho exclusivo de ellos/ellas y un acto de violencia arrebatárselo. Las primeras personas en escuchar reciben un voto de confianza que espera ser retribuido con aceptación y apoyo.

“Mi salida del closet no fue salida sino sacada a la fuerza por una de mis primas y a partir de ahí fue que se empezó a crear todo el problema en mi casa. Esto de que me sacaran del clóset y mi mamá no me quiere, me quería ir de la casa y morir” (Hombre transgénero, 19 años).

Las instituciones de educación pueden favorecer u obstaculizar el reconocimiento, aceptación y transición de la persona transgénero. El apoyo para NNA es ser respetado para vivir libremente su identidad con apertura a un mundo diverso con libertad de pensamientos, ser llamado por su nombre / pronombre y poder usar el uniforme / ropa que mejor lo identifique. Las instituciones son responsables de crear sin dilaciones un entorno educativo seguro y de apoyo fomentando una cultura de respeto, basados en los marcos legales ya existentes.

“Para poder hacer las cosas del uniforme yo y mis padres tuvimos que ir con el rector del Colegio, con el padre y con el coordinador para poder cambiar únicamente el uniforme, me dijeron que nadie me iba a decir por el nombre, que no tenían la autorización” (Hombre transgénero, 16 años).

La transición requiere del acompañamiento de los entes de salud como medio para la transición médica (supresión puberal, hormonoterapia cruzada y quienes deseen cirugía de reasignación de sexo); al mismo tiempo favorece la aceptación. Estas instituciones no presentan programas estructurados de atención con enfoque de género ni personal de salud con conocimiento sobre el tema, lo que limita la calidad y oportunidad. Representa un reto para estas instituciones respetar, educar y orientar en la prestación del servicio a personas con identidades diversas y su familia.

“Tuve que pasar como por 3 o 4 médicos generales que es la primera etapa, en muchas ocasiones me dijeron “no, no, esto no lo aprueba el POS”, entonces tuve que pagar medicina prepagada para poder que en menos de un mes hice todo el proceso que duré casi un año con la EPS [...] El personal no tiene conocimiento en el tema de género, la EPS tampoco, aunque el personal quisiera atendernos obstaculizan el proceso” (Hombre transgénero, 21 años).

“Al principio empecé con la EPS, pero sólo tuve psiquiatría y ya, porque el medico endocrinología de la EPS me dijo que no tenía conocimiento de mi condición entonces que no me podía atender” (Mujer transgénero, 19 años).

El camino a la transición inicia con aceptación propia y el reconocimiento social

La reafirmación de la identidad de género discurre por indagar y explorar su propio ser, llevando a una búsqueda incesante por dar respuestas a “quién soy” y finalmente lograr la liberación de una gran carga que genera el silencio. La angustia de la revelación lleva inicialmente a una aceptación propia en la intimidad. La inconformidad de la identidad de género con el sexo natal lleva, en ocasiones por casualidad o intencionalmente, a encontrar respuesta y resarcimiento al identificarse en redes sociales con otros que han logrado transitar. En la búsqueda en internet se encuentra la comunidad “trans”, la diversidad de identidad de género, las posibilidades de hormonización, cambio de sexo, con el fin de buscar ayuda para el proceso individual a través de asesoría psicológica y psiquiátrica inicial.

“Yo con ganas de llorar de la felicidad, o sea, no soy el único que ha vivido este tormento, sino que habemos más” (Hombre transgénero, 21 años)

“A los 13 años me comentaban que había algo llamado disforia de género... leí un poco sobre qué era, cómo era, y más adelante averigüé que existía eso de la re-hormonización y todo ese tipo de procesos que ayudan a gente como yo, lo pensé mucho y la duda era recurrente entonces me decidí a iniciar” (Mujer transgénero, 19 años)

A medida que emerge la identidad de género en medio de sospechas, existe la necesidad de encubrirlo por temor a que los demás lo noten, ser rechazado y no recibir apoyo por parte de los seres representativos, quienes son considerados los referentes morales y de vida: los padres. Pero finalmente se logra valor, se da la aceptación propia, y se emprende la transición que exprese su verdadera identidad. Esto puede ser favorecido por el apoyo familiar y social como una inexorable muestra de aceptación manifestado por el reconocimiento y ayuda para la búsqueda de orientación profesional.

“¿será verdad mi identidad, no me iré a arrepentir después? Lo más probable es que si te estás preguntando eso por tiempo prolongado, si te causa tanta ansiedad lo más probable es que sí seas transgénero” (Mujer transgénero, 19 años).

“A mi mamá, le dije a los 18 "ma, necesito que me colabore con esto, soy así y así y así" y mi mamá quedó callada, "ah bueno" ...al ratico escuché que estaba llorando... mi miedo se cumplió”

(Hombre transgénero, 21 años)

El destape de la reafirmación de la identidad implica una investigación acerca de géneros diversos, orientación sexual, roles y posibilidades de transformación corporal. Inicialmente pueden transcurrir en orientaciones sexuales diversas y ser etiquetados erróneamente por los demás, pero finalmente logran hallar su identidad transgénero independiente de su orientación sexual. En la transición se inicia una expresión gradual de la identidad, a través del cambio de nombre, cambios físicos, la ropa, el cabello, el maquillaje, la voz y la actitud. En otros casos, la inconformidad de género no se resuelve con claridad desde la esencia individual, se manifiesta con síntomas emocionales o físicos que alertan a los padres y lleva a la ayuda de psicólogos o psicoanalistas, que en ocasiones emiten conceptos diferentes sobre la situación, como “alter ego femenino o masculino, representación mental, depresión y otros trastornos emocionales” los cuales confunden y pueden llevar a la represión.

“Mi mamá me llevó al psicólogo, a que me reviertan la homosexualidad, obviamente cuando llegué al psicólogo me dijeron “yo no puedo hacer eso”, la orientación sexual es diferente a la identidad, yo era transgénero” (Hombre transgénero, 19 años)

En otros casos, el proceso de revelación especialmente a la familia y amigos surge de forma genuina y desprevenida con los cambios físicos o de comportamiento que permite al otro realizar el reconocimiento sin mediar palabra, y es correspondido con la aceptación y respaldo incondicional de ambos. La revelación a las personas significativas (adulto o amigo de confianza) se convierte en un proceso de afirmación y liberación de la identidad al mundo.

“Ya fluía yo en el mundo normal, no era tan apagado como cuando estaba buscando la identidad [...] uno siempre brilla cuando ya se libera, cuando yo salí a la luz sentí un fresco como que ya sabe todo el mundo, ya, sabe mi mamá ya que sepa todo el mundo que a mí no me importa”
(Hombre transgénero, 21 años)

El apoyo inicia con la aceptación y reconocimiento de la persona transgénero que facilita la transición. Es un reto ineludible que inician las familias y es particular para cada miembro, mediado por la dinámica familiar de base y las relaciones humanas de fondo. Enfrentan un proceso de duelo por el cambio de identidad de su hijo/hija, lo cual transcurre por sentimientos de rechazo: ocultamiento de la persona transgénero, distanciamiento en las relaciones y ruptura con los padres, sensación de pérdida, decepción ante las expectativas, cambio de roles en la dinámica familiar, infantilización y suposición que no sabe lo que quiere por inmadurez. Los padres de una persona transgénero transcurren en un proceso de aprendizaje donde buscan entender a sus propios hijos/hijas a través de historias, documentales y asesorías de profesionales que facilitan la aceptación de la identidad de género y advierten sobre los riesgos en la salud mental de no hacerlo. El avance del proceso puede dilatarse y convertirse en un lastre emocional o puede llevar a la aceptación mediante la transformación del pensamiento y el reconocimiento de que la esencia del ser humano permanece, representando una trascendental muestra de amor y bienestar mutuo, donde el respeto es fundamental.

“Le dije a mi papá "mira, no es que yo sea lesbiana, sino que yo soy un hombre trans", mi papá dijo "no, eso no es posible". Después nos vimos y me empezó a ver pelitos en la cara; y ya él me presenta como su niño”. (Hombre transgénero, 20 años)

“Mi mamá me dijo: “es duro, pero deme tiempo, yo sé que su personalidad no va a cambiar porque va a seguir siendo la misma persona” [...] o sea, mi mamá en su amor no le importa que cambie el aspecto físico; ella siempre va a estar ahí, eso fue lo que la hizo aceptarme” (Hombre transgénero, 21 años)

En el proceso de transición y aceptación social las relaciones humanas sólidas generan confianza y disminuyen los temores. En ese sentido, una buena relación parental o la existencia de un familiar con identidades diversas se convierten en mediadores con la familia y la sociedad. La comunidad transgénero se convierte en un punto de apoyo al compartir experiencias, acompañar en el proceso, generar empatía e incluso la creación de una identificación grupal convirtiéndose

en una fuente de empoderamiento y fuerza para continuar, contribuyen al proceso de reafirmar la propia identidad de género.

“Yo le comenté a un amigo que me sentía como mujer, y él dijo: “bueno, si es así pues comience a tomar los pasos y busque acompañamiento psicológico” (Mujer transgénero, 19 años)

El colegio se convierte en el segundo entorno de revelación, el proceso inicia con la asesoría de los psicólogos o maestros para buscar la mejor forma de contar convirtiéndose en un puente hacia un cambio de actitud institucional y apoyo en la aceptación por parte de los padres. La revelación puede ocurrir sin obstáculos o presentarse barreras dadas por algunos directivos, profesores y familiares de otros estudiantes.

“Había una profesora que es súper mente abierta, súper bien y ella fue la que habló con todo el mundo y la psicóloga del colegio habló con mi mamá. En otros colegios yo no tenía lo mismo, o sea, a mí me hacían firmar cosas, me sacaban de los colegios porque yo no usaba mi uniforme de gala” (Hombre transgénero, 20 años).

En el proceso de transición social, el cambio de nombre, más allá de un trámite legal, es la manera que escoge la persona para ser designada por los demás, acarrea el reconocimiento de la identidad de género e inexorablemente un sentido de aceptación. Sin embargo, implica una tarea ineludible e incluso forzosa para la persona transgénero explicar, corregir y educar sin que el reconocimiento de la identidad se convierta en una súplica.

"Alguien me pregunta ¿has estado cansado?" y yo soy como "no señor, he estado cansada", bueno entonces soy así como marcándolo, a veces como agresiva, pero reclamar mi identidad no tiene que ser algo que yo tenga que rogar a la gente, es algo que yo tengo que exigir" (Mujer transgénero, 20 años)

Los obstáculos para la transición satisfactoria

En fases iniciales de la transición se pueden presentar depresión, ideas suicidas, soledad y bullying, dado por el rechazo o por la incomprensión de la familia y amigos. La depresión se convierte en una sombra al inicio y durante el proceso de transición, generando sentimientos de

angustia, miedo, resentimiento, impotencia, ansiedad, tristeza, sensaciones de deshonra frente a los padres y culpa. Esto es detonado por el rechazo que incluso lleva al deseo de ser cisgénero. Esto se perpetúa a través del miedo y lleva en sus formas más graves al deseo de muerte, intentos suicidas y autoagresión genital motivado por no hallar un lugar en el mundo o por la necesidad del cambio y de ser escuchados.

“Hubo un día en que iba para el balcón y mi mamá se dio cuenta y me dijo como “ay claro, ahora te vas a tirar porque no te aceptamos, entonces sí vaya tírese, pues, igual no te voy a aceptar”. Fueron muchas las veces de intentos suicidas, porque era como no encuentro mi lugar en el mundo” (Hombre transgénero, 19 años).

“Mi mamá me dice que eso de mi identidad está mal y pues vos te sentís como lo peor del mundo y como que estás deshonrando ciertos sueños que ellos tenían” (Mujer transgénero, 20 años)

La revelación puede llevar al rechazo desde el aislamiento hasta la expulsión del hogar por la familia. Existen fuertes transformaciones en las relaciones sociales donde es complejo incluirse en nuevos grupos de amigos afines con su identidad, se cortan relaciones, se da el distanciamiento no solo físico sino emocional hasta con las personas significativas que llevan a la independencia con el fin de sentir libertad para la reafirmación de la identidad.

“Me fui de la casa, volví con ella (mamá) cuando hicimos la terapia [...] y ella de pronto no mostraba como interés [...] me interesé pues por lo que ella sintiera y como viera mi proceso, porque tampoco la quería obligar a quererme así a la mala, a la fuerza” (Hombre transgénero de 21 años)

La mayor frustración es con la vida es haber nacido en el cuerpo equivocado. Al mismo tiempo, se presenta sentimientos de remordimiento por el inicio tardío de la transición, por no lograr una orientación profesional, freno de la pubertad y tratamiento hormonal con atención en salud oportuna y de calidad, para evitar los cambios físicos incongruentes con la identidad de género. Por otro lado, la decisión de transitar representa la esperanza de cumplir sueños como la educación superior y la formación de una familia.

“Siento que yo debería haber nacido mujer y me frustra [...] no me gusta el tema del proceso, pero digamos que lo quiero acabar rápido porque ya quiero estar al otro lado” (Mujer transgénero, 19 años)

“Estoy estudiando medicina, es una de las cosas más importantes para mí, al igual que mi transición, pero yo creo que con mi proceso puedo ayudar a las personas” (Hombre transgénero, 19 años).

Lograr el control y estabilidad emocional es un punto crítico en el proceso mientras el cuerpo se gesta como manifestación de la identidad. El proceso de transición logra formar la coraza de un gladiador, sin rendirse por el largo camino y la adversidad, generando sentimientos de orgullo, alegría y felicidad al encarar el proceso, que demuestra la gran fuerza interior de querer ser y reconocerse como un ser pleno.

“Todas las tristezas y los dolores y los sufrimientos que he pasado me han hecho lo que soy ahora igual que la felicidad [...] también es un proceso de crecimiento conmigo, mi control de emociones” (Hombre transgénero, 19 años)

“Yo creo que lo más difícil del proceso ha sido el tema emocional, estaba en una ansiedad muy grande y en una depresión muy profunda” (Madre de mujer transgénero de 19 años)

El proceso de transición integral implica de forma inicial la evaluación de la salud mental siendo fundamental para llegar a un correcto “diagnóstico”, asumirlo e iniciar con seguridad la transición debido a los efectos irreversibles y emocionales que tiene el proceso. Es de vital trascendencia permanecer con los seguimientos de especialistas (endocrinología, psiquiatría) para mantener una salud mental y física adecuada, siendo esto un galardón en el proceso de transición.

“Esa niña me dijo que tenía un frasquito y yo “por qué, ¿qué es eso?” y me dijo que era una hormona, se echa aquí y se vacuna, y no me gusto para nada y le dije que no. Yo quiero que me manden los expertos en eso, los doctores, los que saben eso” (Niña transgénero, 12 años)

“Ma, lléveme a una cita de psicología porque quiero hacer esto al derecho” (Hombre transgénero, 16 años)

La transición corporal puede iniciar con cambios estéticos como modificaciones en el cabello, cambio de vestuario, uso de binder para ocultar los senos y genitales. El inicio de terapia hormonal segura tiene un papel esencial en asistir al cuerpo para conciliarse con la identidad (cambia el vello, la voz, la distribución corporal) e implica el seguimiento adecuado por un endocrinólogo con conocimiento del tema para definir cuándo y cómo, requerimientos de exámenes y el seguimiento posterior. Estas medidas tienen consecuencias no deseadas como dolor por uso del binder, efectos secundarios hormonales (acné, cefalea) e incluso cambios emocionales que se logran manejar con el transcurrir del tiempo. Este proceso requiere de la persona transgénero paciencia para observar el efecto de las hormonas, esperar las citas, buscar pares, comparar procesos y discernir información para evitar resultados no deseables.

“Necesito quitarme estos senos ya, eso de vendarse y tener binder es otra cosa de nosotros los chicos trans y es todo un proceso ponerse 4 tops deportivos para aplanarse, que te lo tienes que quitar en 8 horas o si no te mata las costillas” (Hombre transgénero, 19 años)

“La primera vacuna (supresión puberal), me empezó a dar dolor de cabeza, pero ya no me crecía el vello corporal y estoy esperando iniciar las otras hormonas para que me crezcan los senos” (Niña transgénero, 12 años)

En este proceso se presenta la dualidad en la realización de la cirugía de reasignación de sexo, la duda no es inusual y aparece como consecuencia de la posibilidad de efectos adversos como pérdida de la sensibilidad. Llegando a la conclusión que continuar sin la cirugía de sexo no representa una dificultad y se logra resignificar el cuerpo, más allá de la genitalidad hombre-mujer.

“El genital masculino me estorba, no lo quiero, fuera, entonces para mí sí me parece necesario la cirugía, puede que para otros no lo sea” (Mujer transgénero, 19 años)

“Yo me siento transgénero, no siento la necesidad de cambiar mi sexo, pero sí he pensado en la mastectomía, pero pienso esperar un año a que con las hormonas reduzca el tamaño y no me quede la cicatriz muy marcada” (Hombre transgénero, 21 años)

Según la entidad de salud se puede presentar demoras en el proceso de acceso a los servicios, incluso sentimientos de discriminación del personal de salud, múltiples consultas, largos tiempos de espera, rechazo de los servicios y asumir costos monetarios propios. Esto lleva a la persona transgénero a sensibilizar al personal de salud acerca de la aceptación de la diversidad, uso de pronombres acordes a la identidad de género, ampliando la información y la invitación a evitar etiquetas erróneas basadas en la orientación sexual. Adicionalmente, se inicia un proceso jurídico de transición de nombre, género y sexo. En ocasiones el proceso es más difícil para menores de 14 años. Las leyes con diferenciaciones según el sexo sin consideración de las identidades diversas complican el panorama para la transición, incluso suelen requerir asesoría legal.

“Me ha tocado mucho educar al cuerpo médico también porque no tienen ni idea de qué son las diferencias entre estas cosas [...] en su tiempo que estudiaron la carrera esto no era un tema importante, ahora lo es, siempre lo ha sido” (Mujer transgénero, 20 años)

“Se requirió asesoría legal para el cambio de los papeles de identidad, lo logramos finalmente a los 10 años”. (Madre de niña transgénero, 12 años).

El contexto de la transición es un camino largo, dispendioso de tiempo, dinero, recursos, emociones e impactos físicos, en ocasiones irreversibles, que con mucho esfuerzo las personas transgénero, con el apoyo y confianza de familiares, personas significativas y el acompañamiento de algunas organizaciones de apoyo a modo oasis, generan una profunda tranquilidad en el proceso de afirmación del género.

“Cuando la psiquiatra, dijo que tenía un “trastorno de la identidad de género” me remitió a CEPI donde la sexóloga y a mis padres a Fauds para que ellos también tengan su proceso de aceptación y que esto no sea una cosa tan dura para la familia y así, por fin pudimos empezar el proceso” (Mujer transgénero, 19 años).

“Temor a tomar una decisión, porque es mucho compromiso (transición), muchas cosas que se pueden hacer y para hacerlas tienen su costo, no sólo monetario sino familiar y social” (Mujer transgénero, 19 años).

Finalmente, la persona transgénero identifica un papel político y social al surgir la necesidad de ser educadores sobre las identidades diversas, al relatar sus propias historias y experiencias con el fin de cambiar paradigmas. Es apremiante que esta temática sea difundida e introducida en los nichos de la infancia como el hogar y los colegios, para que a los próximos niños/niñas trans el camino les sea más amigable, evitando prejuicios erróneos para justificar los rechazos. Aunque la persona transgénero en últimas logra la liberación de la identidad de género a pesar de la adversidad, esto sería facilitado por el apoyo de su entorno.

“Ser mujer trans ya lleva implícito lo de tener un cuerpo político, tú llegas y estás representando una comunidad, es como un peso más grande de los que están detrás de mí, yo tengo que tener la responsabilidad de educar” (Mujer transgénero, 20 años)

“A los que no son trans, y a los que discriminan, es un mensaje que les digo, somos personas normales, comemos, dormimos, gritamos, bailamos, lloramos; que tengamos nuestro género y nuestro sexo en un combate no significa que nos haga diferente y que nos tengan que discriminar, no somos una abominación” (Hombre transgénero, 21 años)

Discusión

Enfrentar la experiencia de una identidad diversa suele iniciar a edades tempranas de la infancia con el cuestionamiento que genera la inconformidad entre el sexo y la identidad de género, que se intensifica por los cambios físicos de la adolescencia donde la disforia es predominante. Transcurren por sentimientos de angustia, miedo al rechazo, duda, culpa y tristeza. La identificación y la aceptación propia en la intimidad marcan el punto de partida y da valor para revelarlo a las personas significativas, con el fin de iniciar la transición social que exprese su verdadera identidad. Durante el proceso se puede presentar depresión, ideas suicidas, aislamiento y bullying dado por la discriminación, el rechazo o por la incomprensión de la familia, amigos y entorno. El apoyo y la confianza es una inexorable muestra de aceptación que llevan a la satisfacción de haberlo logrado y un pilar para una transición integral y saludable.

Analizar el significado de afrontar una identidad transgénero requiere poner en contexto las circunstancias subyacentes a su existencia. La identidad de género es una construcción multidimensional que parte del conocimiento propio de la pertenencia a un género (29). La teoría clásica de Kohlberg (1966) sobre el desarrollo del género, propuso que los niños presentan la capacidad de identificar correctamente su género a los 2 años de edad, se mantiene estable hasta los 4 años y logra ser constante e independiente de las características externas a los 7 años (30).

En la literatura se ha informado que la incongruencia de género a menudo comienza en la niñez, aunque algunos la experimenten/expresen durante los primeros signos puberales o después de la pubertad (Tanner 2-3) donde es marcada la disforia e inconformidad con el cuerpo, sumado a que se considera una etapa de afirmación de la identidad (31,32). En un estudio cuantitativo de 73 niños y niñas con disforia de género, estos se presentaron a edades entre los 3-12 años (33). En un estudio en prepúberes transgénero (5-12 años) se indicó que la respuesta cognitiva y emocional se da en concordancia con la del género con el que se identifican, similar a sus pares cisgénero (34). Por tanto, podría indicar que la disforia de género como angustia significativa, no se presenta en la infancia temprana, lo cual fue encontrado en un estudio cualitativo de 12 adultos transgénero mexicanos que se identificaron a los 4-5 años, quienes experimentaban una idea de transformación espontánea a una edad posterior y la manifestación de la incongruencia estaba relacionada con la adopción de actividades y vestimentas del género opuesto, pero se ocultaban con frecuencia debido al miedo al castigo o ser etiquetados como enfermos mentales (14). Esto es consistente con nuestro estudio, donde NNA manifestaron su identificación en edades entre 3-8 años, y a esta edad no se percibía disforia inicial sino un cuestionamiento constante por el deseo de adoptar comportamientos consistentes con el género deseado.

En cuanto al desarrollo de la identidad transgénero, la investigación cualitativa en pequeñas series de adultos ha planteado que se presenta por etapas evidentes desde la niñez: un sentido temprano de disonancia cuerpo-mente, gestión y negociación de identidad y, finalmente, la transición (35). Otros autores indican que las etapas trascurren inicialmente por la ansiedad permanente,

confusión de identidad y terminando con la integración y orgullo (36). Hasta la fecha no se encontró modelos de desarrollo de la identidad de género y los sentimientos experimentados en el proceso basada en las perspectivas de los NNA transgénero. Nuestro estudio encontró algunos momentos representativos durante la experiencia de afrontamiento de la condición estudiada. En primera instancia, cuestionamiento en la infancia temprana con ideas de transformación mágica en el futuro. Posteriormente, la disforia experimentada en la adolescencia por cambios puberales no deseados y el descubrimiento de la orientación sexual, con sentimientos de confusión por enfrentarse a lo desconocido, angustia constante, miedo al rechazo y frustración. Luego, la revelación a personas significativas con la esperanza del apoyo. Más adelante, el inicio de la transición social para emprender la transición médica y, por último, el sentimiento de plenitud al lograr la transición y la conciencia de un papel educador en la diversidad del ser humano (**Figura 2**). Según nuestro análisis, estos momentos o circunstancias no representan unas etapas con inicio o final rígidos, sino que pueden superponerse o incluso presentarse en un orden distinto.

La respuesta inicial observada ante la disforia en los NNA entrevistados conlleva a una búsqueda incesante por internet para explicar los sentimientos de algo desconocido, encontrándose como una práctica común. Un estudio cualitativo acerca del uso de recursos en línea por jóvenes transgénero (14-22 años) mostró que una de las principales razones de búsqueda era la exploración de la identidad de género, obtener una terminología que describiera adecuadamente la sensación de ser diferente, proporcionando un entorno para la exploración de emociones con comunidades en línea que comparten experiencias similares convirtiéndose en una fuente de apoyo (afirma, tranquiliza y empodera) que les permita normalizar su vivencia (16). En esta búsqueda ellos transitan por un proceso de adoptar y descartar diferentes etiquetas (homosexual, lesbiana) antes de encontrar un identificador de género que coincidiera exactamente con su verdadera identidad (16).

Con respecto al contexto social y especialmente la cultura occidental, el desarrollo del género ocurre dentro de un marco cultural de normatividad cisgénero, es decir, donde se asume que un

desarrollo saludable equivale a tener una identidad de género que es alineado con el sexo designado al nacer. Por tanto, los jóvenes transgénero al estar “por fuera” de un constructo social se enfrentan a desafíos externos como estigmatización, prejuicios, discriminación y otras formas de violencia a la diferencia (abuso físico y verbal, intimidación, pérdida de familiares o comunidad) que llevan a experimentar malestar, estrés y angustia. De allí surge “La teoría del estrés minoritario” donde el experimentar prejuicios y discriminación puede contribuir a la transfobia internalizada y expectativas negativas sobre el futuro, que a su vez contribuyen a trastornos psicológicos con un impacto negativo en la salud (37). En un estudio multicéntrico en EE. UU. de 411 adolescentes, se informaron síntomas de depresión entre un 28.6 a 57.3% y de ansiedad de 22.1 a 66.6% (38) y otros estudios muestran intentos suicidas hasta en un 50% (11). Se ha planteado que ser NNA transgénero es un factor de riesgo para experimentar abuso físico, psicológico y sexual en la infancia (39). De esta manera, las identidades transgénero no se consideran la causa de un trastorno psiquiátrico sino como el resultado/consecuencia de la discriminación y prejuicios. Muchos NNA enfrentan una variedad de problemas que afectan el bienestar psicológico, tal como se describe en nuestro estudio.

En 2015, el *National Center for Transgender Equality* publicó la Encuesta Transgénero de EE. UU. con la participación de alrededor de 28.000 adultos transgénero y encontró que el 60% tenía apoyo familiar, 22% era neutro y 18% fueron rechazados, de los cuales casi el doble tenía probabilidades de haber experimentado la falta de vivienda (40% vs 22%), haberse involucrado en el trabajo sexual (16% vs 9%) y de haber intentado suicidarse (49% vs 33%)(40). En ese proceso de transición resulta clave el apoyo que los NNA reciben especialmente por su familia, como se relata en nuestro estudio y evidenciado por D Vries y colaboradores (38), donde los jóvenes transgénero que crecen en un entorno de apoyo pueden convertirse en individuos psicológicamente funcionales que no se distinguen de sus compañeros cisgénero (41). El apoyo familiar, incluso se asocia a una mayor probabilidad de conectar a su hijo/hija transgénero a médicos y recursos de apoyo, además de ser identificado por los jóvenes transgéneros como la principal fuente de resiliencia (17). Hay varios reportes de las consecuencias negativas para

jóvenes transgénero cuando no son apoyados como drogadicción, prostitución y altas tasas de ideación e intensos de suicidio (42,43). Existe temor al rechazo entre los NNA transgénero, lo cual ha sido evidenciado en edades tardías para la revelación a las familias con edad promedio de 17 años a pesar de identificaciones a edades tempranas como los 8 años y mayor incidencia de disforia (11). En nuestro estudio, muchos padres mostraban una vista intolerante hacia la expresión de género de sus hijos/hijas, que posteriormente fue mejorando a medida que había más conocimiento al respecto, mostrándose una edad de revelación entre la adolescencia temprana y tardía.

Las familias de los NNA transgénero, especialmente los padres y cuidadores, también entran en un proceso de transición, y la literatura existente sobre adaptación familiar basada en estudios cualitativos describen varias etapas: aprender sobre la inconformidad del género, confusión en los miembros de la familia, negociando ajustes familiares y encontrar el equilibrio (17). Se presentan retos como la estigmatización social y la discriminación, pero a menudo los cuidadores se adaptan, buscan formas de apoyo y luchan por lograr una aceptación de sus hijos/hijas transgénero (44). En un estudio cualitativo sobre los cuidadores se demostró una amplia gama de respuestas emocionales iniciales como duelo por la pérdida del “antiguo hijo/hija” y el miedo de cómo va a ser tratado por otros (17). En nuestro estudio, al inicio la duda y el escepticismo fueron sentimientos frecuentemente descritos por los padres, y algunos tuvieron aceptación inmediata, pero en todos los NNA transgénero se consideró la familia como una fuente primordial de apoyo y aceptación para emprender la transición.

En cuanto al ámbito escolar de los NNA transgénero de nuestro estudio, muchos recibieron apoyo por parte de sus maestros y algunos compañeros, pero unos cuantos no contaron con tal suerte y recibían en ocasiones rechazo social por parte de sus pares. Este problema se ve reflejado con frecuencia, como lo indica una encuesta canadiense donde el 90% de los jóvenes transgénero escuchó comentarios transfóbicos diarios o semanales de otros estudiantes, con tasas de acoso

verbal y físico que fueron del 74% y 37%, respectivamente, lo cual puede llevar a ausentismo escolar (45).

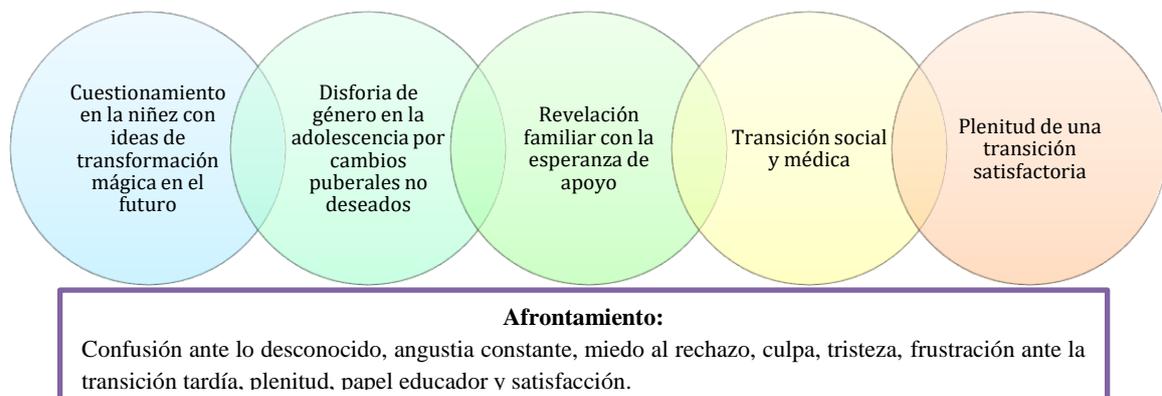
En relación con el acceso a los servicios de salud los NNA transgénero de nuestro estudio informaron que a menudo sufren discriminación por parte de los proveedores médicos y/o instituciones dado por la falta de respeto por el nombre y/o los pronombres preferidos, falta de programas estructurados de atención y la negación de la atención médica porque los proveedores "no están familiarizados con el cuidado a una persona transgénero". Varios estudios cualitativos, dan cuenta de que el acceso a la atención médica primaria, de emergencia y relacionada con la transición suele ser problemática (46). Otros estudios han encontrado la existencia barreras percibidas como: inadecuada capacitación sobre atención médica que afirma el género, falta de sensibilización para proveedores/personal, no preguntar y registrar el nombre/pronombre elegido, poco desarrollo de protocolos para la atención de jóvenes transgénero (ruta para las familias), falta de clínicas de género y negación de los servicios por las aseguradoras en salud (13).

En la actualidad la Sociedad Endocrina, Academia Americana de Pediatría, Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente y la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero abogan por la creación de Clínicas transgénero multidisciplinarias con profesionales de la salud mental, pediatras, endocrinólogos pediatras y cirujanos, que apoyen una transición social y médica segura iniciando con acesoría en salud mental, supresión puberal en NNA elegibles para evitar los cambios puberales de su sexo natal y continuando con la terapia hormonal cruzada, que lleve a la transición hacia el género deseado (4,47,48). Se ha demostrado que la administración oportuna de estos tratamientos mejoran la imagen corporal, la disforia y disminuye la incidencia de psicopatología incluso el suicidio, por tanto, se podría considerar un tratamiento que salva vidas (49). No obstante, existe una constante preocupación por los resultados a largo plazo sobre el uso de las hormonas por efectos adversos reportados como disminución de la masa ósea, efectos cardiovasculares y cambios de ánimo, pero con resultados no concluyentes (48). En nuestro estudio se documentaron los cambios de ánimo y cefalea como

los principales efectos adversos del tratamiento hormonal, además de efectos como dolor por el uso de dispositivos de transformación corporal como binders. Es importante resaltar que, en el presente estudio, estos efectos adversos fueron superados con la satisfacción y orgullo de una transición segura.

Finalmente, los NNA transgénero descubren un sentido de resiliencia transformando su realidad, además de asumir un papel educador sobre el espectro de las identidades de género como una expresión natural de la diversidad humana con el fin de cambiar paradigmas que eliminen la discriminación, el tabú, los prejuicios y mejore el acceso a los servicios de salud integral que brinden la posibilidad de un proceso multidisciplinario para generaciones futuras de NNA transgénero.

Figura 2: Desarrollo de la identidad transgénero en NNA



Limitaciones

Reconocemos que no todas las categorías emergidas lograron el mismo desarrollo y profundidad, lo que es explicado posiblemente por una incompleta formación de los investigadores en ciencias sociales, lo que pudo generar una densidad conceptual heterogénea.

Conclusión

Enfrentar la experiencia de una identidad diversa inicia en la infancia temprana con el cuestionamiento que genera la incongruencia entre el sexo y la identidad de género; que se intensifica por los cambios físicos puberales en la adolescencia donde la disforia es predominante, acompañada de angustia, miedo al rechazo, duda, tristeza y frustración. La identificación y aceptación propia en la intimidad son el punto de partida y dan valor para revelar su verdadera identidad de género e iniciar la transición social. Durante el proceso se enfrentan a la discriminación, rechazo, bullying y falta de apoyo que pueden detonar en depresión, ansiedad, asilamiento e incluso intentos suicidas. La psicopatología está asociada con causas externas más que la condición en sí misma. Finalmente, los NNA transgénero desarrollan resiliencia ante el descubrimiento de una identidad diversa en un contexto social adverso; facilitada por el apoyo familiar y la transición médica logran la plenitud de la identidad, orgullo y fortalecimiento del carácter. Incluso ellos asumen un papel educador y social sobre el espectro de las identidades de género como una expresión natural de la diversidad humana con el fin de cambiar paradigmas que eliminen la discriminación, el tabú, los prejuicios y mejore el acceso a servicios de salud integral que brinden la posibilidad de un mejor proceso para NNA transgénero.

Recomendaciones

Es apremiante la educación inclusiva y el conocimiento sobre las identidades diversas a todos los niveles sociales, además de la visibilización y el respeto a la diferencia. Es una necesidad sentida de los NNA transgénero la formación del personal de salud por el gran desconocimiento existente y el requerimiento de programas integrales de atención médica coordinado como clínicas de género que permita acompañar de forma segura a los NNA transgénero en su transición y a sus familias.

Se requiere mayor investigación sobre la comprensión del desarrollo de la identidad transgénero en la niñez, la percepción de la transición y las necesidades de los jóvenes transgénero y sus familias con el fin de crear programas de apoyo familiares, educativos y de salud diseñado según sus necesidades.

Agradecimientos

Los autores reconocen a los participantes de nuestro estudio, que amablemente compartieron sus experiencias con la esperanza de ser escuchados y visibilizar sus necesidades con la intención de un reconocimiento respetuoso de sus familias, entorno y atención médica. Los autores también agradecen a la Dra. Carolina Londoño, sexóloga clínica, por su apoyo para el reclutamiento de los/las participantes.

Estudio Cuantitativo

Identidad diversa en Niños, Niñas y Adolescentes que consultaron en el Centro Psicopedagógico Integrado CEPI en Medellín, Colombia. Estudio descriptivo

Resumen

Antecedentes: en la actualidad se ha observado un número creciente de niños, niñas y adolescentes con identidad diversa y sus familias solicitando servicios de salud para la afirmación de género. Pese a esto, son escasos los estudios en población pediátrica especialmente en nuestro medio. Por tanto, el objetivo de este estudio es realizar una caracterización de una población pediátrica de Medellín, Colombia con identidades diversas sobre datos sociodemográficos, identidad de género, antecedentes clínicos, servicios de salud e intervenciones médicas. Además, de contribuir a visibilizar a una población con necesidades de asesoría experta.

Métodos: estudio descriptivo con recolección de la información de forma retrospectiva de una población pediátrica con edad menor o igual a 21 años, de una base de datos del Centro Psicopedagógico Integrado entre el 2013 y 2019. Se recolectó información sociodemográfica, expresión de la identidad de género diversa, antecedentes clínicos y de tratamiento.

Resultados: de 75 personas con identidades diversas, el 89% eran adolescentes, pero el 91% identificó su género diverso antes de los 12 años con edades tempranas desde los 3 años. El 52% se identificó como mujer transgénero. El 92% tenía apoyo familiar y un 68% trastornos psiquiátricos, con intento suicida del 4%. El 85% realizó la transición social, 5% recibió supresión puberal, 41% transición médica y el 12% algún tratamiento quirúrgico feminizante o masculinizante.

Conclusiones: es el primer estudio en Colombia sobre las identidades diversas en una población pediátrica. El inicio de la identificación diversa se presentó a edades tempranas. La consulta a los servicios de salud fue principalmente en la adolescencia temprana y media, asociado a psicopatología hasta en un 68%. Se observó bajas tasas de transición médica posiblemente relacionada con limitaciones al acceso a los servicios de salud y la consulta tardía. Esta población

presentó alto porcentaje de apoyo familiar, relacionado con altas tasas de transición social y bajas tasas de intento suicida, lo que podría sugerir una relación con menos trastornos psiquiátricos graves, aunque se requiere otro tipo de estudio para explorar esta asociación.

Palabras claves: Transgénero, Disforia de género, Incongruencia de género, Género diverso, Adolescentes, Niñez, Supresión puberal, Hormonas del sexo cruzado, Identidad diversa.

Introducción

En la actualidad es necesario reconocer de forma científica, ética y respetuosa, la diversidad de la identidad de género desde etapas tempranas del desarrollo. Según Robert Stoller (1964), quien introdujo el término “identidad de género”, entendida ésta como la percepción íntima de sentirse hombre o mujer, se alcanza alrededor de los 2 años y medio, donde los niños y las niñas suelen reconocer su imagen corporal en relación con el sexo al nacer (50). Alrededor de los 4 a 5 años, se logra la comprensión fundamental del rol de género, es decir, cómo se espera que actúen por ser niños o niñas, siendo fundamental los grupos de pares para mantener los roles. Esto se ve influenciado por factores biológicos/hormonales, culturales y sociales, aunque los factores determinantes no se conocen con precisión (50). Por tanto, la infancia se convierte en un cimiento para la afirmación continua de la identidad de género.

Usualmente la asignación del género se presenta a partir del sexo al nacimiento, de acuerdo con las características de órganos sexuales externos. Pero, en ocasiones, esta asignación inicial no coincide con la identidad de género, lo que se conoce como identidad transgénero (1). Algunas de estas personas experimentan “Disforia de Género” (DG), que es la angustia psicológica clínicamente significativa y persistente que resulta de una marcada incongruencia entre el sexo asignado al nacer y su identidad de género (2). Este término aparece por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- quinta edición (DSM-5) del 2013, con criterios para la niñez y la adolescencia, reemplazando la denominación previa de “Trastornos de la identidad de género infantil”, aclarando que no se considera un trastorno mental (7). La

Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición (CIE-11), como parte del proceso de despatologizar la condición propone el uso del término “incongruencia de género” de la infancia y la adolescencia en una sección de condiciones de la salud sexual, con el fin de reemplazar en un futuro el término DG (51). Los estudios son consistentes en afirmar que esta condición a menudo comienza en la niñez, pero algunas personas la experimentan durante los primeros signos puberales donde es más evidente su inconformidad con el cuerpo (52). En el presente estudio usaremos el término identidad diversa para referirnos al amplio espectro de identidades de género que incluye a las personas transgénero, transexuales, género no binario y no conformes con el género; además se incluyen travestis como parte del espectro de una identidad transitoria. Adicionalmente, las autoras consideramos el uso de terminología inclusiva, por lo que se utilizará los/las para referirnos a las personas del estudio. En **la tabla 1** se aclara la terminología aplicada a la salud transgénero.

La prevalencia en la población general de esta condición de vida no se conoce con precisión por múltiples dificultades metodológicas como la no inclusión del espectro de identidades (transgénero, no binario) en encuestas demográficas o la dificultad de aplicar encuestas en la población infantil donde es posible sesgos que exageren su pertenencia a minorías de género, distorsionando así las estimaciones de prevalencia (4). En estudios se han informado prevalencias de identidad transgénero entre 0,17-2,7% y género no binario del 3.3% de los/las adolescentes (53,54). En Colombia no se cuenta con datos precisos; según la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del 2019, realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, se informó que el 0.05% correspondían a personas transgénero, que equivale a aproximadamente 10.000 personas, sin discriminar por edad (6). La conciencia acerca de esta condición ha aumentado en los últimos años, posiblemente por múltiples causas: mayor reconocimiento/aceptación de la diversidad del género, cambio de normas sociales, construcción de una comunidad accesible a internet, mayor visibilidad en los medios de comunicación y disponibilidad de intervenciones médicas (55). Este cambio de actitud está motivado, en parte, por los resultados a menudo trágicos para las personas con identidades diversas: aumento de tasas

de depresión, ansiedad, suicidio, abuso de sustancias psicoactivas, lesiones no accidentales, comportamientos de riesgo, maltrato, estigmatización y discriminación social (56).

Las principales asociaciones que definen los estándares de atención para el diagnóstico y el acompañamiento de personas con disforia de género y/o transgénero como la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH por sus siglas en inglés) y la Sociedad Endocrina, han identificado la necesidad de programas de atención multidisciplinaria y establecieron la importancia de la creación de clínicas transgénero con profesionales en psiquiatría infantil, psicología, endocrinología pediátrica, cirugía y demás profesionales especializados en la atención integral de personas con identidades diversas (4,48,57). En los últimos años, se han aumentado las referencias a estas clínicas transgénero, como lo muestra un estudio estadounidense, donde la mayoría de las remisiones fueron para el inicio de hormonoterapia cruzada y/o supresión puberal 34%, cirugía de afirmación de género 32% y salud mental 27% (58). En Colombia, contamos sólo con una clínica transgénero pediátrica ubicada en la ciudad de Cali (59).

Las personas con identidad diversa pueden perseguir múltiples procesos para lograr la afirmación del género: la transición social (cambiar el nombre, pronombres, apariencia, vestuario y asumir el rol cruzado en diferentes lugares – escuela, trabajo, iglesia), transición legal (cambio de sexo y el nombre en los documentos legales), transición médica (supresión puberal u hormonas de afirmación de género con controles médicos continuos) y/o afirmación estética (cosmética, depilación láser) y quirúrgica (vaginoplastia, cirugía de feminización facial, mamoplastía, lipoescultura, masculinización de tórax, orquidectomía, cricotiroidectomía). Este proceso se inicia con el acompañamiento de psicología y psiquiatría especializada, con el fin de evaluar la persistencia y constancia de la identidad diversa (31). Es de destacar que no todas las personas con identidades diversas desearán todos los procesos de afirmación de género, ya que se trata de decisiones individuales y de espectros diversos como ocurre en personas con género no binario, que usualmente no desean tratamiento hormonal/quirúrgico (31).

Varios autores coinciden en la presencia de vacíos en el conocimiento acerca de esta condición, especialmente en Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) transgénero tanto en datos epidemiológicos, demográficos, problemas de salud, acceso a servicios de salud e intervenciones efectivas (3,56). Se resalta que, luego de una búsqueda de la literatura, en Colombia abundan las lagunas en estos aspectos, sin encontrarse estudios a la fecha, mostrando la necesidad de construir datos epidemiológicos propios. El objetivo de este estudio fue realizar una caracterización demográfica y clínica de una población pediátrica con identidad diversa para establecer una base epidemiológica que, en el futuro, contribuya a orientar la atención médica y crear estrategias de acompañamiento integral para NNA y sus familias en la afirmación de su identidad de género.

Métodos

Diseño del estudio y participantes

Estudio descriptivo longitudinal con recolección de datos retrospectiva de una base de datos del programa TRANSERES® del Centro Psicopedagógico Integrado CEPI, Medellín (Colombia). TRANSERES® es un grupo de apoyo profesional en el que participan NNA con identidad diversa y sus familias. Estos datos fueron recolectados por una médica sexóloga en la primera consulta al centro del 2013 al 2019; y del seguimiento durante estos años para las variables de tratamiento y seguimiento por especialistas médicos. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: tener una identidad diversa con o sin disforia de género según los criterios del DSM-5 realizado por la médica sexóloga y/o una psiquiatra entrenada, edad menor o igual a 21 años, haber consultado en CEPI en el período 2013-2019. No se aplicaron criterios de exclusión. El diagnóstico de trastornos psiquiátricos se realizó por médico psiquiatría, aunque no todas las personas habían tenido la consulta con psiquiatría en el momento de la recolección de la información.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas. Los resultados se presentan como frecuencias y proporciones, mediana y desviación estándar o

mediana y rango intercuartílico (IQR) según la distribución de estas con la prueba de Shapiro-Wilk. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 20. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquía (acta de aprobación de proyectos No. 014 del 18 de julio de 2019).

Resultados:

En el periodo del estudio fueron identificadas 75 personas con identidades diversas. Las características sociodemográficas y clínicas al ingreso a CEPI se describen en la **tabla 2**. La edad de autoreconocimiento de la identidad diversa se presentó en 68 personas (91%) en edad prepuberal (<12 años), con edad mínima de 3 años y sólo uno se identificó a los 18 años. Referente al inicio del proceso, entendiendo este como el primer contacto con un especialista médico para orientación inicial, se presentó entre una edad mínima de 5 y máxima de 21 años donde 53 (71%) iniciaron la atención médica entre los 13 y 17 años (adolescencia temprana/media) y 10 (13%) fueron prepuberales. La edad de consulta a CEPI, se presentaron con edad mínima de 5 años y máxima de 21 años, donde 8 (11%) eran prepuberales, y 67 (89%) eran adolescentes.

De las 75 personas 41 (55%) fueron de sexo hombre, de los cuales 2/41 personas eran travestis, 39/41 personas se identificaron como mujer transgénero y 9/39 no habían realizado la transición social. De las 34 (45%) personas de sexo mujer, 2 tenían un género no binario y 32 se identificaron como hombre transgénero; de los cuales 2 no habían realizado la transición social. Del total de personas, 8 (11%) eran menores de 12 años (identidad de género diversa infantil), todas fueron niñas transgénero y de estas 4 (50%) habían realizado la transición social y sólo 2 presentaron trastornos psiquiátricos. Del total de la población, 64 (85%) realizaron la transición social y 31 (41%) realizaron la transición médica (tratamiento hormonal o quirúrgico). Los trastornos psiquiátricos se presentaron en 51 personas (68%) y el principal fue ansiedad. Otras condiciones coexistentes se describen en la **tabla 3**.

Durante los 6 años de seguimiento dentro del centro, 44 personas (59%) no recibieron tratamiento hormonal. Cuatro mujeres transgénero (5%) recibieron supresión puberal principalmente con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRHa), la edad del freno puberal fue en 3 personas a los 14 años y en una persona a los 15 años. Con respecto al tratamiento hormonal cruzado, la mayoría de mujeres transgénero usaron terapia combinada siendo el más frecuente estrógeno y antiandrogénicos. La mayoría de los hombres transgénero usaron monoterapia con testosterona. El 12% de la población realizó algún tratamiento quirúrgico. Sólo una mujer transexual de 20 años tuvo cirugía de afirmación de sexo. Sesenta y nueve (92%) personas consultaron con algún profesional o especialista adicional durante el proceso en CEPI (**Tabla 4**).

Discusión

Este estudio realizó una caracterización sociodemográfica, clínica y de tratamiento en una población pediátrica colombiana con identidades diversas, planteando una base epidemiológica útil para acompañar a NNA, a sus familias y a los/las profesionales de salud en la toma de decisiones en el proceso de afirmación del género; teniendo en cuenta las bajas tasas de transición médica, incidencia de trastornos psiquiátricos y las necesidades propias de la transición. Existe literatura médica sobre la salud de las personas con identidades diversas, como lo demuestra un artículo de revisión sobre el mapa global acerca de la investigación transgénero, donde se publicaron 690 artículos entre el 2010 y el 2014 (63). A pesar de esto, son poco los estudios epidemiológicos en población pediátrica y especialmente latinoamericana, se ha planteado que la razón es el desconocimiento (63). En los últimos años se ha notado una mayor búsqueda de atención médica en población pediátrica transgénero, como lo demuestra un estudio donde el 74% de esta población fue referida a un clínica transgénero en los últimos 3 años de un seguimiento por 13 años (64).

En nuestro estudio se encontró una mayor prevalencia de personas que se identificaron en el espectro de mujeres transgénero, posiblemente explicado por una mayor proporción del sexo hombre y/o una mayor búsqueda de ayuda temprana en nuestra población. Revisiones actuales

han informado que la epidemiología ha cambiado; inicialmente en un estudio de Toronto para el 2006 se presentó una mayor proporción de mujeres transgénero, pero en los últimos años se ha observado una mayor frecuencia de hombres transgénero adolescentes (50-62%); incluso en EE.UU. se ha informado relaciones 1:1 en los últimos años (1,11,58). El estudio de Riittakerttu Kaltiala (54), puede dar una explicación a esta tendencia, donde los hombres transgénero adolescentes buscaron más ayuda para emprender la transición.

En nuestro estudio fue evidente que el inicio del desarrollo de una identidad diversa se presentó a edades tan tempranas como los 3 años y el 90.6% lo hizo antes de los 12 años. Compatible con estudios en Europa y Norte América, donde se ha informa una presentación a edades tempranas como los 3 años (3,33,65). En una gran encuesta de EE. UU. con 27,715 personas transgénero mayores de 18 años, el 60% comenzaron a sentirse “diferentes” del sexo al nacimiento a los 10 años o menos y sólo el 6% lo hizo luego de los 21 años de edad (40). Con estos resultados podemos inferir cómo el desarrollo de la identidad de género puede manifestarse en la infancia temprana en una gran proporción de nuestra población. (49).

De la población de NNA con identidades diversas en nuestro estudio, la mayoría iniciaron la atención médica entre los 12 y 17 años (70.6%). Otros estudios han mostrado, una proporción similar, donde el 72.6% que consultaron eran jóvenes transgénero en la adolescencia temprana y media (12-18 años) (66) y otros estudios con una mediana de 15 años (rango 3-17 años) (58). Esto posiblemente explicado por el impacto que se presenta en la adolescencia, secundario al inicio de los caracteres sexuales secundarios, del sexo no deseado, generando sentimientos negativos y el inicio o mayor acentuación de la disforia y por tanto, búsqueda de ayuda (52). En cuanto a la población prepuberal en nuestro estudio fue del 10%. Similar a otras cohortes, donde se ha reportado que casi el 10% de las referencias a clínicas transgénero pediátricas fueron con edades menores o iguales a 8 años (58).

Con respecto a los antecedentes médicos, no hay evidencia que sugiera una patología endocrinológica o genética subyacente a la condición de la identidad diversa. Hasta la fecha, los estudios sobre su etiología no es concluyente, han relacionado la existencia de genes de predisposición y variaciones cromosómicas, aunque estas se han encontrado son poco frecuentes, pero pueden ocurrir a tasas más altas que en la población general (67). En nuestro estudio, sólo se encontró una persona con trastorno de insensibilidad a los andrógenos. Aunque algunos estudios han observado que la exposición continua a los andrógenos posnatales en varios síndromes que se presentan con TDS como hiperplasia suprarrenal congénita. En esta condición, especialmente en mujeres, se han asociado cambios de género (comportamiento masculino) y orientación sexual; pero el papel de factores mediadores y moderadores, como la asignación de género inicial, la gravedad del síndrome y el tratamiento clínico, sigue siendo poco claro (67). Estudios no concluyentes en adultos con TDS han informado prevalencia hasta del 3.3% de DG (68,69).

Los estudios en salud mental de la población con identidades diversas, especialmente en adolescentes y adultos, son consistentes en informar la alta incidencia de psicopatología, especialmente de tipo internalizante (depresión y ansiedad) (10). Según la teoría del “estrés minoritario” ha propuesto la contribución de la estigmatización - discriminación social a estos trastornos y no la condición en sí misma (8). En nuestro estudio se encontró la presencia de psicopatología en un 68% donde la ansiedad fue predominante (61.3%) seguida de depresión (52%). Esto es consistente con la literatura mundial, donde se ha informado la presencia de depresión entre un 28.6 a 57.3% y ansiedad de 22.1 a 66.6% entre adolescentes transgénero (38). Otros estudios en adolescentes transgénero han informado pensamientos suicidas en un 51% e intentos en un 30%; y mayor riesgo de suicidio que sus compañeros cisgénero (50.8% vs 17.6%) (11,71). En el presente estudio, se encontró una proporción mucho menor de intento suicida en un 4%, lo cual podría ser explicado al considerar un mayor entorno de apoyo familiar, de organizaciones de apoyo y la presencia de transición social en NNA con identidades diversas de nuestro estudio.

En cuanto a la salud mental en población prepúberal, estudios han mostrado la presencia de psicopatología internalizante en un 36% en comparación con un 4% de sus pares cisgénero (72). En un estudio más reciente (2016), se evaluó la salud mental de 73 niños prepúberes transgénero (Proyecto TransYouth) que han realizado la transición social y son apoyados por sus familias, donde se encontró niveles de depresión normativos y sólo mínimas elevaciones de ansiedad en comparación a sus compañeros y hermanos cisgénero (33). Por tanto, estos datos podrían sugerir que la transición social y el apoyo familiar puede asociarse con un buen resultado de salud en niños/niñas transgénero. Esto se evidencia en nuestro estudio, donde el 50% de la población prepuberal realizó la transición social y sólo dos niñas transgénero presentaron psicopatología internalizante, coincidiendo con un apoyo familiar en todos los casos de este grupo de edad.

Teniendo en cuenta lo anterior, muchos profesionales de la salud y las familias en la actualidad apoyan el enfoque observacional de permitir la transición social (vivir acorde a su identidad de género para su crianza) en edades tempranas prepuberales basados en un acompañamiento profesional adecuado sin intervenciones médicas en la fase prepuberal (33). Aunque el interrogante mayor, es el posible carácter transitorio de estas identidades a edades posteriores (2). Estudios iniciales mostraron persistencias de la identidad transgénero del 37%, sin embargo, estudios más recientes o posteriores evidencian que esta persistencia es mayor, casi del 95% en adolescentes (<18 años) en un estudio español y otro estudio holandés en menores de 14 años mostró una persistencia del 54.7% (73,74). Se ha argumentado que la intensidad en la disforia de género, realizar la transición social en la infancia y la manifestación en la adolescencia son predictores importantes de persistencia de la identidad transgénero a edades posteriores (73).

En nuestra población el 85.3% habían realizado la transición social, son tasas importantes posiblemente explicadas por la asistencia al grupo de apoyo de TRANSERES®. Por el contrario, menos de la mitad de la población realizó algún tipo de transición médica (hormonal o quirúrgica), lo cual podría ser explicado por el poco acompañamiento por sistemas de salud y la consulta

tardía. Esto es similar, a un estudio realizado en un hospital de Nueva York con 139 personas entre los 8-21 años de edad, donde se informó que el 87.7% realizaron la transición social y pero acá la transición médica fue más alta cercana al 89% (66). Consistente con las guías de atención actuales de la Guía WPATH, la Sociedad Endocrina, entre otras sociedades, que recomiendan el inicio de supresión puberal con análogos GnRH para suprimir la pubertad endógena a partir de los 12 años o en etapas iniciales de la pubertad (estadio Tanner 2-3) (4,48,57). Siendo este, la piedra angular en el tratamiento inicial de adolescentes con identidades diversas, al proporcionar tiempo para asegurar que la decisión sobre el cambio de género es persistente y consistente luego de una cuidadosa consideración de las implicaciones, sin la angustia física del desarrollo puberal y antes de iniciar el tratamiento parcialmente irreversible con las hormonas sexuales cruzadas. Los beneficios de este tratamiento se han evaluado en estudios en red cómo “Trans Youth Care” (TYC), donde se observó la efectividad de terapias de apoyo psicológico y supresión puberal en mejorar el funcionamiento psicosocial global en adolescentes con DG (75). Además de otros beneficios, como reducción efectiva en el desarrollo físico de características sexuales secundarias, especialmente si se inician en Tanner 2/3 (menor desarrollo mamario y menor longitud del pene), menores requerimientos de intervenciones quirúrgicas y ausencia de afectaciones significativas en altura, peso e IMC (76). Los resultados a largo plazo en el tratamiento de pubertad precoz (similar a la supresión puberal) por evidencia indirecta y estudios a corto plazo de supresión puberal, ha demostrado la seguridad sobre la salud ósea y cardiovascular de estos tratamientos (55). En nuestro estudio es evidente que pocos NNA tuvieron supresión puberal, sólo 4 personas en edades tardías entre los 14-15 años. Esto podría explicarse por la falta de guías locales de atención ajustadas a sus necesidades y enfoque por edad: transición social temprana en prepúberes con una observación cuidadosa, respetuosa y un acompañamiento inteligente del proceso de afirmación de la identidad, sin intervenciones médicas/hormonales; y la transición médica en adolescente.

El siguiente paso es el inicio de la terapia hormonal cruzada, con la adición de estrógenos o testosterona que se sugiere iniciar a los 16 años, con el fin de inducir rasgos masculinizantes o

feminizantes acordes a la identidad de género deseada (4,48,57). En este aspecto, nuestro estudio mostró tasas bajas de uso de hormonas cruzadas (41%), a pesar que el principal grupo de edad en el momento de la consulta a CEPI en nuestro estudio fueron mayores de 13 años en un 87%, esto podría ser explicado por las limitaciones al acceso de servicios de salud seguros y gratuitos. Otros estudios han informado proporciones mayores de tratamiento hormonal cruzado en un 73.6% (66). Esto tiene implicaciones en la salud mental, como se evidenció en un meta-análisis de 20 estudios, sobre los efectos de la terapia hormonal, indicando que esta se asoció con aumento de la calidad de vida, disminución de la depresión y la ansiedad (77).

En el tratamiento quirúrgico de reasignación de sexo, en nuestra población sólo una mujer transgénero mayor de 18 años la realizó, lo cual es consistente con los protocolos de atención, donde se indica que la cirugía genital se debe realizar luego de la mayoría de edad según el contexto legal del país, teniendo en cuenta las consecuencias irreversibles del procedimiento (48). Otros estudios han informado una proporción de cirugías de afirmación de género del 14.4% (20/139 jóvenes transgénero) (66). Esto sugiere las posibles limitaciones que existen en nuestro medio en relación con recursos humanos, técnicos adecuados y con la experiencia para realizar estos procedimientos. Además de las limitaciones propias de la población transgénero como el temor al rechazo de los servicios de salud y discriminación que pueden limitar la búsqueda de ayuda temprana o un menor deseo de realizar la reasignación genital.

Finalmente, es evidente la necesidad de protocolos de atención para NNA con identidades diversas con el fin de promover la consejería afirmativa. Existen estudios que han observado resultados psicológicos favorables solo con la consejería afirmativa y estos aumentan con el tratamiento hormonal y quirúrgico. Por tanto, el papel del profesional en salud es el conocimiento y acompañamiento sobre el proceso de afirmación del género. Este estudio, tiene el potencial de aumentar la conciencia y estimular la priorización de la investigación sobre el tema, al establecer una caracterización base de la población y visibilizar sus necesidades ajustadas a nuestro medio. Se recomienda la realización de estudios multicéntricos en el futuro, que evalúen el impacto de

estos enfoques de acompañamiento y permitan la creación de guías locales de atención integral segura para emprender el camino de la transición y expresión libre de la identidad de género de nuestros NNA.

Limitaciones del estudio

El sesgo de selección está presente en este estudio, teniendo en cuenta que la selección de la muestra fue obtenida de un centro de intervención y no fue al azar, lo que podría implicar la existencia de factores protectores o favorables como el apoyo familiar y la asesoría profesional en el proceso, además de la alta conciencia y aceptación propia de los participantes. Esto indica que la población sujeta de estudio puede no ser representativa de todo el colectivo de NNA con identidades diversas, teniendo en cuenta que no todas las personas que consultan requieren de centros de apoyo externos o no tienen acceso a ellos. Adicionalmente, no toda la población tenía una evaluación estandarizada por psiquiatría al momento de la recolección de los datos, lo que podría subestimar o sobrediagnosticar la presencia de trastornos psiquiátricos. En cuanto a la validez externa, puede ser aplicable a poblaciones con iguales características sociodemográficas y de centros de apoyo, se limita para la población en general con identidades diversas.

Para futuras investigaciones, se sugiere la realización de un estudio prospectivo multicéntrico que no se limite a grupos de apoyo, con el fin de incluir población en proceso de identificación o de transición abarcando diferentes aspectos del proceso, mejorado la recopilación de datos incluyendo los de psicopatología asociada y tomando información directamente por NNA que permitan un seguimiento adicional.

Conclusión

Es el primer estudio en Colombia sobre las identidades diversas en una población pediátrica. El inicio de la identificación diversa se presentó a edades tempranas. La consulta a los servicios de salud fue principalmente en la adolescencia temprana y media, asociado a psicopatología hasta en un 68%. Se observó bajas tasas de transición médica posiblemente relacionada con

limitaciones al acceso a los servicios de salud y la consulta tardía. Esta población presentó alto porcentaje de apoyo familiar, relacionado con altas tasas de transición social y bajas tasas de intento suicida, lo que podría sugerir una relación con menos trastornos psiquiátricos graves, aunque se requiere otro tipo de estudio para afirmar esta asociación.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

Las autoras agradecemos al Centro Psicopedagógico Integrado CEPI y sus colaboradores, que amablemente compartieron su base de datos del programa TRANSERES® para la creación de esta caracterización y así lograr una visibilización de la población de NNA con identidades diversas, con la intención de un reconocimiento social respetuoso y aumentar el interés por la realización de protocolos de atención médica para NNA con identidades diversas.

Tabla 1. Términos y definiciones aplicadas a la salud transgénero (48,60,61)

Termino	Definición
Sexo	Se refiere a los atributos o la condición orgánica y física que caracteriza el ser hombre o ser mujer. Tiene varias dimensiones: genética, cromosómica, hormonal, cerebral y la determinada por los órganos sexuales internos y externos.
Género	Constructo social acerca de cómo una persona se debe comportar de acuerdo con el sexo al que pertenece. Esta dado en términos de ser masculino, femenino o género fluido. Cambia y se moldea en las interacciones sociales, apuntando a la naturaleza situacional e histórica del género.
Identidad de género	Percepción íntima y subjetiva de sentirse hombre, mujer, ambos o ninguno. No es visible para las otras personas.
Orientación sexual	Capacidad de la persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y erótica, por personas de un sexo diferente al suyo (heterosexual), de su mismo sexo (homosexual), de ambos sexos (bisexual) o de más de un sexo (pansexual). Independientemente de su identidad de género, las personas transgénero pueden sentirse atraídas por mujeres (ginecófilas), por hombres (andrófilas), hombres y mujeres (bifílicas), o incluso pueden no sentirse atraídas por otras personas (asexuales).
Cisgénero	Identidad de género conforme con su sexo asignado al nacimiento. Persona no transgénero.
Identidad diversa	<ul style="list-style-type: none"> • Transgénero (trans): individuos quienes persistentemente se identifican con un sexo diferente del natal o el género asignado al nacer. Hombre transgénero: persona asignada como mujer al nacer pero que se identifica como hombre. Mujer transgénero: persona asignada como hombre al nacer pero que se identifica como mujer. Prepúberes transgénero: niños/niñas (<12 años) que persistente e insistentemente se identifican con la identidad de género que es el "opuesto" de su sexo natal. • Transexual: término para referirse a personas transgénero que desean realizarse o realizaron una transición a través de intervención médica, especialmente quirúrgica para adecuar su apariencia física-biológica a su realidad psíquica, espiritual y social. • Género no binario: personas cuya identidad de género es no conforme a la comprensión binaria de género (masculino o femenino). Se incluye personas sin género (agéneros), dos géneros (bigénero), géneros múltiples (pangénero) o con un género fluido. • Travestidad: incursión temporal en la indumentaria o accesorios del sexo opuesto, no siempre es para lograr placer sexual, por tanto, no se considera una parafilia. Se recomienda más el termino travestidad que travestismo, por su connotación transitoria y no patológica.
Transición de género	Se refiere al proceso durante el cual las personas transgénero comienzan a vivir de acuerdo con su identidad de género afirmada, es decir, cambian sus características físicas, sociales y/o legales. Este proceso tiene varios dominios: social, legal, médica y quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> • Transición social: cambiar el nombre, pronombres, apariencia, vestuario y asumir el rol cruzado en diferentes lugares (escuela, trabajo, iglesia) • Transición legal: cambio de sexo y nombre en documentos legales. • Transición médica: supresión puberal u hormonas de afirmación de género con controles médicos continuos y/o afirmación estética (cosmética, depilación láser). • Transición quirúrgica: vaginoplastia, cirugía de feminización facial, mamoplastía, lipoescultura, masculinización de tórax, orquidectomía, cricotiroidectomía.
Trastorno de la diferenciación sexual (TDS)	Son anomalías congénitas que pueden afectar el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico dando la impresión de órganos sexuales atípicos al nacimiento. Anteriormente conocido como genitales ambiguos.

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de niños, niñas y adolescentes con identidad diversa

Variables	(n = 75)
	n (%)
Edad del auto-reconocimiento de la identidad diversa*	6 años (4 - 7)
Edad de inicio del proceso*	15 años (13 - 17)
Sexo asignado al nacer	
Hombre	41 (55)
Mujer	34 (45)
Identidad de Género	
Hombre transgénero	32 (43)
Hombre travesti	2(3)
Mujer transgénero	39 (52)
No binario (sexo mujer)	2 (3)
Orientación sexual	
Andrófila	26 (35)
Ginecófila	24 (32)
No definida	13 (17)
Pansexual	7 (9)
Bisexual	5 (7)
Nivel socioeconómico	
Bajo	15 (20)
Medio	49 (67)
Alto	7 (10)
Sin dato	2 (3)
Nivel educativo	
Primaria	7 (10)
Bachiller incompleto	34 (46)
Bachiller completo	12 (16)
Técnica/ Tecnología	4 (6)
Universitario	16 (22)
Acompañamiento del entorno	
Acompañamiento familiar	67 (92)
Acompañamiento amistades	55 (75)

*Mediana y rango intercuartil.

Tabla 3. Antecedentes personales y condiciones coexistentes

Condición	(n = 75)
	n (%)
Trastornos psiquiátricos	
Ansiedad	46 (61)
Depresión	39 (52)
Ambos (depresión, ansiedad)	34 (45)
Intento suicida	3 (4)
Autolesión	2 (3)
Ninguno	24 (32)

Adicciones	6 (8)
Tipo adicción	
Marihuana	3 (50)
Marihuana + otros*	3 (50)
Antecedentes relevantes	
Abuso sexual infantil	1 (1)
Síndrome de insensibilidad a los andrógenos	1 (1)
Autohormonización	12 (16)
Edad autohormonización, media (DE)	16 años (2,7)

DE: Desviación estándar.

* Cocaína/Popper.

Tabla 4. Transición durante el seguimiento a 6 años

Variables	Todos	Mujeres	Hombres
	n=75	Transgénero n=39	Transgénero n=32
	n (%)	n (%)	n (%)
Freno puberal	4 (5)	4 (11)	0
Análogos GnRH			
Tratamiento hormonal por especialistas	31 (41)	15 (38)	16 (50)
Estrógenos y antiandrógenos [†]		6 (15)	0
Estrógenos y agonista GnRH		1 (3)	0
Estrógenos, progesterona y agonistas de GnRH		1 (3)	0
Estrógenos, progesterona y antiandrógenos [†]		1 (3)	0
Estrógenos, análogo GnRH y antiandrógenos [†]		1 (3)	0
Antiandrogénos [†]		2 (5)	0
Estrógenos y progesterona		1 (3)	0
Análogo GnRH		2 (5)	1 (3)
Testosterona		0	14 (44)
Análogo GnRH y testosterona		0	1 (3)
Tratamiento quirúrgico	9 (12)		
Feminización*	4 (44)	4 (10)	
Masculinización (Mastectomía radical)	5 (56)		5 (15)
Otros tratamientos			
Psiquiátricos	11 (15)	8 (21)	3 (9)
Asesoría con especialistas			
Psicología	54 (75)		
Psiquiatría	40 (55)		
Sexología	30 (40)		
Endocrinología	37 (49)		
Otros [§]	20 (25)		
Asesoría legal	26 (35)		

GnRH: Hormona liberadora de gonadotropina (Pamoato de triptorelina).

[†] Espironolactona/Ciproterona/inhibidores de 5 alfa reductasa.

*Alguno de estos o varios: Lipoescultura, mamoplastia, orquidectomía, cirugía de afirmación de sexo.

[§] Genética, urología, ginecología, neuropsicología, medicina interna y fonología.

Referencias

1. Olson-Kennedy J, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BPC, Meyer-Bahlburg HFL, Garofalo R, Meyer W, et al. Research priorities for gender nonconforming/transgender youth: Gender identity development and biopsychosocial outcomes. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2016;23(2):172–9.
2. Grassi, Lampert MP. Evolución del concepto de género : Identidad de género y la orientación sexual. *Bibl del Congr Nac Chile/BCN.* 2017;(56).
3. Zucker KJ. On the “Natural History” of Gender Identity Disorder in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Dec;47(12):1361–3.
4. Short NM, Bair L. Standards of care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People. *Int J Transgenderism World Prof Assoc Transgender Heal (WPATH).* 2012;7(6):1–112.
5. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet [Internet].* 2016;388(10042):390–400. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
6. Gobierno Nacional Colombia. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA): Boletín técnico. *Dep Adm Nac Estadística –DANE.* 2019;1–34.
7. Psiquiatría AA de. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth edition.* Vol. Chapter 17, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
8. Deutsch MB. Making it count: Improving estimates of the size of transgender and gender nonconforming populations. *LGBT Heal.* 2016;3(3):181–5.
9. Lombardi E, Wilchins R, Priesing D, Malouf D. Gender Violence. *J Homosex.* 2001;42(1):89–101.
10. Reisner SL, Vettes R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D, et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent Urban community health center: A matched retrospective cohort study. *J Adolesc Heal.* 2015;56(3):274–9.
11. Olson J, Schragr SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *J*

- Adolesc Heal. 2015;57(4):374–80.
12. Khatchadourian K, Amed S, Metzger DL. Clinical management of youth with gender dysphoria in vancouver. *J Pediatr*. 2014;164(4):906–11.
 13. Gridley SJ, Crouch JM, Evans Y, Eng W, Antoon E, Lyapustina M, et al. Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth. *J Adolesc Heal*. 2016;59(3):254–61.
 14. Vargas-Huicochea I, Robles R, Real T, Fresán A, Cruz-Islas J, Vega-Ramírez H, et al. A Qualitative Study of the Acceptability of the Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis Among Transgender Adults Who Were Labeled Due to Their Gender Identity Since Childhood. *Arch Sex Behav [Internet]*. 2018;47(8):2363–74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1241-4>
 15. Katz-Wise SL, Budge SL, Orovecz JJ, Nguyen B, Nava-Coulter B, Thomson K. Imagining the future: Perspectives among youth and caregivers in the trans youth family study. *J Couns Psychol*. 2017;64(1):26–40.
 16. Evans YN, Gridley SJ, Crouch J, Wang A, Moreno MA, Ahrens K, et al. Understanding online resource use by transgender youth and caregivers: A qualitative study. *Transgender Heal*. 2017;2(1):129–39.
 17. Katz-Wise SL, Budge SL, Fugate E, Flanagan K, Touloumtzis C, Rood B, et al. Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *Int J Transgenderism*. 2017;18(3):243–63.
 18. Diversa C. Voces excluidas. Legislación y derechos de Lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Colombia. 2005;
 19. Pabón Suárez IC. Espacio urbano, narrativas del desprecio y “limpieza social” en Bogotá. *Territ 36 [Internet]*. 2017;36(1):87–109. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/terri/n36/n36a05.pdf>
 20. Sepúlveda Chavarría A. Trabajo de grado. Exterminación de maricas: ausencias y presencias en el curriculum preactivo del centro educativo autónomo. Univ Antioquia.

- 2020;
21. Morse JM, Noerager P, Corbin J, Bowers B. *Developing Grounded Theory*. Routledge [Internet]. 2016;2:1–54. Available from:
https://www.crcpress.com/rsc/downloads/9781598741933_Corbin.pdf
 22. Kanter RM, Blumer H. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Vol. 36, *American Sociological Review*. 1971. 333 p.
 23. MINSALUD. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993.
 24. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* [Internet]. 2002. Available from:
http://www.academia.edu/download/38537364/Teoria_Fundamentada.pdf
 25. Glaser BG. Conceptualization: On Theory and Theorizing Using Grounded Theory. *Int J Qual Methods*. 2002;1(2):23–38.
 26. Yeasmin S, Rahman.K.F. ' Triangulation ' Research Method as the Tool of Social Science Research. *Bup J* [Internet]. 2012;1(1):154–63. Available from:
<http://www.bup.edu.bd/journal/154-163.pdf>
 27. Bunch EH. Commentary on the application of grounded theory and symbolic interactionism. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(4):441.
 28. Engward H, Davis G. Being reflexive in qualitative grounded theory: Discussion and application of a model of reflexivity. *J Adv Nurs*. 2015;71(7):1530–8.
 29. Egan SK, Perry DG. Gender identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Dev Psychol*. 2001;37:451–463.
 30. Kohlberg L. A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In: *The development of sex difference*. In E. E. M. Stanford: Stanford University Press; 1966. p. 82–173.
 31. Tuban J. What Is Gender Dysphoria? *Am Psychol Assoc*. 2020;<https://www>.
 32. Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:449–61.

33. Olson KR, Durwood L, Demeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*. 2016;137(3).
34. Olson KR, Key AC, Eaton NR. Gender Cognition in Transgender Children. *Psychol Sci*. 2015;26(4):467–74.
35. Morgan SW, Stevens PE. Transgender identity development as represented by a group of transgendered adults. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33:301–308.
36. Devor AH. Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *J Gay Lesbian Psychother*. 2004;8:41–67.
37. 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 Pract*. 2012;43(5):460–7.
38. Chen D, Abrams M, Clark L, Ehrensaft D, Tishelman AC, Chan YM, et al. Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Gender-Affirming Medical Treatment: Baseline Findings From the Trans Youth Care Study. *J Adolesc Heal*. 2020;
39. Roberts AL, Rosario M, Corliss HL, Koenen KC, Austin SB. Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*. 2012;129(3):410–7.
40. James, Sandy E.; Herman, Jody L; Rankin, Susan; Keisling M et al. The report of the U.S. Transgender Survey 2015. *Natl Cent Healthc Equal*. 2016;302.
41. De Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014;134(4):696–704.
42. Scanlon K, Travers R, Coleman T, Bauer G, Boyce M. Ontario’s trans communities and suicide: Transphobia is bad for our health. *Trans Pulse E-Bulletin*. 2010;1(2):1–2.
43. Grossman AH, D’Augelli AR. Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2007;37(5):527–37.
44. Riley EA, Sitharthan G, Clemson L, Diamond M. The needs of gender-variant children and their parents: A parent survey. *Int J Sex Heal*. 2011;23(3):181–95.

45. Taylor C, Peter T. Youth Speak Up about Homophobia and Transphobia in Canadian Schools. The First National Climate Survey on Homophobia in Canadian Schools Phase One Report. Egale Canada Human Rights Trust. Toronto; 2009.
46. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(5):348–61.
47. de Vries ALC, Klink D, Cohen-Kettenis PT. What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(6):1121–35.
48. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society*clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869–903.
49. Bonifacio HJ, Rosenthal SM. Gender Variance and Dysphoria in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2015;62(4):1001–16.
50. Green R. Robert Stoller’s Sex and Gender: 40 years on. *Arch Sex Behav*. 2010;39(6):1457–65.
51. Robles García R, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 and the depathologisation of the transgender condition. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2019;12(2):65–7.
52. Safer JD, Tangpricha V. Care of Transgender Persons. *N Engl J Med*. 2019;381(25):2451–60.
53. Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson DA DA. Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of College students. *J Adolesc Heal*. 2015;2(57):144–9.
54. Kaltiala-Heino R, Lindberg N. Gender identities in adolescent population: Methodological issues and prevalence across age groups. *Eur Psychiatry*. 2019;55:61–6.
55. Olson-Kennedy J, Chan YM, Rosenthal S, Hidalgo MA, Chen Di, Clark L, et al. Creating the Trans Youth Research Network: A Collaborative Research Endeavor. *Transgender Heal*. 2019;4(1):304–12.

56. Bockting W, Keatley J, OPS. Por la salud de las Personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. 2012.
57. Delemarre-Van De Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol Suppl.* 2006;155(1):131–7.
58. Handler T, Hojilla JC, Varghese R, Wellenstein W, Satre DD, Zaritsky E. Trends in referrals to a pediatric transgender clinic. *Pediatrics.* 2019;144(5):1–7.
59. Angulo M. Clínica de Género para Niños y Adolescentes. Fundación Valle de Lili.
60. T’Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of transgender medicine. *Endocr Rev.* 2019;40(1):97–117.
61. Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: A guide for non-specialists. *J R Soc Med.* 2017;110(4):144–52.
62. Alderman EM, Breuner CC. Unique needs of the adolescent. *Pediatrics.* 2019;144(6).
63. Marshall Z, Welch V, Minichiello A, Swab M, Brunger F, Kaposy C. Documenting Research with Transgender, Nonbinary, and Other Gender Diverse (Trans) Individuals and Communities: Introducing the Global Trans Research Evidence Map. *Transgender Heal.* 2019;4(1):68–80.
64. Chen M, Fuqua J, Eugster EA. Characteristics of Referrals for Gender Dysphoria over a 13-Year Period. *J Adolesc Heal.* 2016;58(3):369–71.
65. Vries ALC De, Cohen-kettenis PT. Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents : The Dutch Approach Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents : *J of Homosexuality.* 2012;59:301–20.
66. O’Bryan J, Leon K, Wolf-Gould C, Scribani M, Tallman N, Gadowski A. Building a Pediatric Patient Registry to Study Health Outcomes among Transgender and Gender Expansive Youth at a Rural Gender Clinic. *Transgender Heal.* 2018;3(1):179–89.
67. Erickson-Schroth L. Update on the Biology of Transgender Identity. *J Gay Lesbian Ment Heal.* 2013;17(2):150–74.

68. Jürgensen M, Kleinemeier E, Lux A, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, Hiort O, et al. Psychosexual development in adolescents and adults with disorders of sex development—results from the german clinical evaluation study. *J Sex Med.* 2013;10(11):2703–14.
69. Callens N, Van Kuyk M, van Kuppenveld JH, Drop SLS, Cohen-Kettenis PT, Dessens AB. Recalled and current gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with Disorders/Differences of Sex Development. *Horm Behav.* 2016;86:8–20.
70. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet.* 2016;388(10042):390–400.
71. Toomey RB, Syvertsen AK, Shramko M. Transgender adolescent suicide behavior. *Pediatrics.* 2018;142(4).
72. Wallien MSC, Van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT. Physiological correlates of anxiety in children with gender identity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2007;16(5):309–15.
73. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(6):582–90.
74. Asenjo Araque N, García Gisbert C, Rodríguez Molina J, Becerra Fernández A, Lucio Pérez M, Grupo G. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Rev Psicol Clínica Con Niños y Adolesc.* 2015;2(1):33–6.
75. 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(11):2206–14.
76. van de Grift TC, van Gelder ZJ, Mullender MG, Steensma TD, de Vries ALC, Bouman MB. Timing of Puberty Suppression and Surgical Options for Transgender Youth. *Pediatrics.* 2020;146(5):1–8.
77. Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic

Review. J Endocr Soc. 2021;5(4):1–16.