

TRANSGÉNERO Y JÓVENES NO CONFORMES CON SU GÉNERO

Edición 2018

Jack L Turban, Annelou LC de Vries, Kenneth J Zucker &
Shervin Shadianloo

Edición: Matías Irrazaval & Andres Martin

Traducción: Beatriz Ortega & Macarena Espinoza



Foto: Gillian Laub, Le Monde, 10.12.2014

Jack L. Turban
División de Psiquiatría de
Niños y Adolescentes, Hospital
General de Massachusetts,
Boston, MA, 2114, USA

Conflicto de intereses: ninguno
declarado

Annelou LC de Vries
Departamento de Psiquiatría
de Niños y Adolescentes,
Centro de Especialización en
Disforia de Género, Centro
Médico Universidad de VU,
Amsterdam, Países Bajos.

Conflicto de intereses: ninguno
declarado

Kenneth J Zucker
Profesor, Departamento de
Psiquiatría, Universidad de
Toronto, Toronto, Ontario,
Canadá

Conflicto de intereses: ninguno
declarado

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au

Cita sugerida: Turban JL, Shadianloo S. Transgénero y Jóvenes No Conformes con su Género (Irrazaval M, Martin A eds. Ortega B, Espinoza M, trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2018.

Transgénero y jóvenes no conformes con su género, son conceptos que incluyen a niños y adolescentes que experimentan una marcada incongruencia entre el sexo que se les asigna al nacer y su identidad de género (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En la última década, ha habido un importante aumento del interés en temas relacionados con la población transgénero a lo largo del ciclo vital. La televisión ha empezado a dar a conocer a personas transgénero desde la infancia hasta la adultez (Zucker, 2007; Morrison, 2010). Los medios de comunicación, desde *The New York Times Magazine* a *Le Monde*, han explorado la experiencia de jóvenes transgénero (Padawer, 2010; Rosin, 2008; Chayet, 2014). Los cuerpos legislativos han evaluado los derechos de las personas transgénero al acceso a baños, la legislación sobre crímenes de odio, regulación de seguros y políticas anti discriminación, desempeñando los médicos un papel clave en estas discusiones (Schuster et al, 2016). Estas iniciativas abarcan desde la protección de los derechos de pacientes transgénero hasta políticas discriminatorias que ponen en riesgo el bienestar de los niños transgénero. En India, La ley de derechos de las personas transgénero 2014 se introdujo recientemente. El Senado Canadiense aprobó el Proyecto de ley C-16 para expandir la ley antidiscriminación para proteger a individuos transgénero. La legislación en Estados Unidos ha fluctuado entre la protección de pacientes transgénero en la era de Obama y las restricciones de la era de Trump, lo más reciente fue una propuesta de prohibición de ingreso de personas transgénero al servicio militar. Paralelo a esta creciente atención, ha habido un marcado incremento en el establecimiento de clínicas especializadas en identidad de género para niños y adolescentes en Norte América y Europa (Hsieh & Leininger, 2016), lo que probablemente refleja un aumento en las derivaciones que se ha evidenciado a nivel internacional (Aitken et al, 2015; Chen et al, 2016). La literatura científica sobre incongruencia de género se ha expandido también, con una afluencia de nuevos estudios sobre funcionamiento psicológico, estudios de seguimiento a largo plazo, correlato biológico, y sobre resultados de intervenciones médicas. En la práctica clínica, los psiquiatras de niños y adolescentes deberían estar familiarizados con los temas básicos de este campo para tener un acercamiento adecuado y ayudar a estos pacientes.

TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

La terminología en esta área está en constante evolución. Esta sección describe términos y definiciones que son de uso común en 2018, pero diferentes regiones, culturas y familias pueden tener su propia terminología preferida (ver Tabla H.3.1).

El concepto *género asignado al nacer* hace referencia al género del recién nacido (niño, niña, indeterminado), generalmente declarado por un profesional de la medicina. Otros conceptos relevantes son *sexo natal* y *sexo de nacimiento*. El término sexo biológico es algo vago, ya que no queda claro si se define por cariotipo de cromosomas sexuales, por los órganos reproductivos internos, la configuración de los genitales externos, etc. La mayoría de los recién nacidos son asignados al género masculino o femenino mediante una ecografía prenatal o al nacimiento, basándose en la anatomía de sus genitales. Un pequeño número de recién nacidos puede clasificarse como con un “trastornos del desarrollo sexual”, o como otros lo han denominado con “diferencias del desarrollo sexual”

Shervin Shadianloo

Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Centro de Atención Transgénero, Escuela de Medicina Hofstra Northwell, 75-59 263rd St Glen Oaks, NY 11004, USA

Conflicto de intereses: ninguno declarado

Este capítulo fue adaptado del capítulo titulado *Gender Dysphoria & Gender Incongruence* de la 5ª Edición de *Lewis's Child & Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, escrito por Jack L. Turban, Annelou L.C. deVries y Kenneth Zucker.

(Hughes, 2006), condiciones congénitas en donde los parámetros biológicos del sexo (por ejemplo, cromosomas sexuales, las gónadas, la configuración de los genitales externos, etc) son incongruentes entre sí. Estas condiciones incluyen el síndrome de insensibilidad parcial o total a andrógenos, disgenesia gonadal mixta, deficiencia de 5-alfa-reductasa, agenesia del pene, hiperplasia adrenal congénita, entre otros. Estos pacientes pueden experimentar problemas relacionados con su identidad de género que difieren a los experimentados por individuos sin trastornos del desarrollo sexual (Meyer-Bahlburg et al, 2016).

Identidad de género o género experimentado se refiere al sentido de uno mismo de ser niño, niña o pertenecer a un género alternativo que es diferente a la tradicional dicotomía de género niño-niña (por ejemplo, “género fluido”, “agénero”, o “no binario”). Otro concepto es género afirmado (típicamente utilizado para personas que hicieron la transición social para vivir como el género deseado). Para la mayoría de los individuos el género experimentado coincide con el sexo asignado al nacer. Estas personas son llamadas cisgénero. Para algunos pacientes el sexo experimentado es incongruente con el sexo asignado al nacer, estas personas son llamadas transgénero.

Expresión de género hace referencia a la forma en que uno se presenta al mundo exterior de una forma diferenciada según el género, lo que incluye el uso de pronombres, vestimenta y otros marcadores externos del género. Personas no conformes con su género se refiere a personas en las que la expresión de género difiere de las expectativas sociales de expresión de género, que es binaria en muchas culturas. Estas expectativas de expresión de género varían de cultura a cultura, y pueden variar cada cierto tiempo en una misma cultura. La expresión de género es diferente a la Identidad de género, ya que un individuo puede expresarse y comportarse de una manera que no coincide con las expectativas culturales e identificarse con el sexo que se le asigna al nacer.

Esto también puede ser parte del desarrollo psicosexual de un niño antes, durante y después de la pubertad. El concepto rol de género es utilizado de forma similar a expresión de género, pero puede ser limitado al comportamiento y es menos inclusivo que la expresión de género.

Transgénero y las identidades de género variantes son a veces utilizados para personas en que el sexo experimentado no coincide estrictamente con el género que se les asignó al nacer. Las personas que experimentan malestar psicológico relacionado con su identidad de género pueden denominarse con disforia de género. “Disforia de género” es el término diagnóstico adoptado por el DSM-5 (ver a continuación) (American Psychiatric Association, 2013).

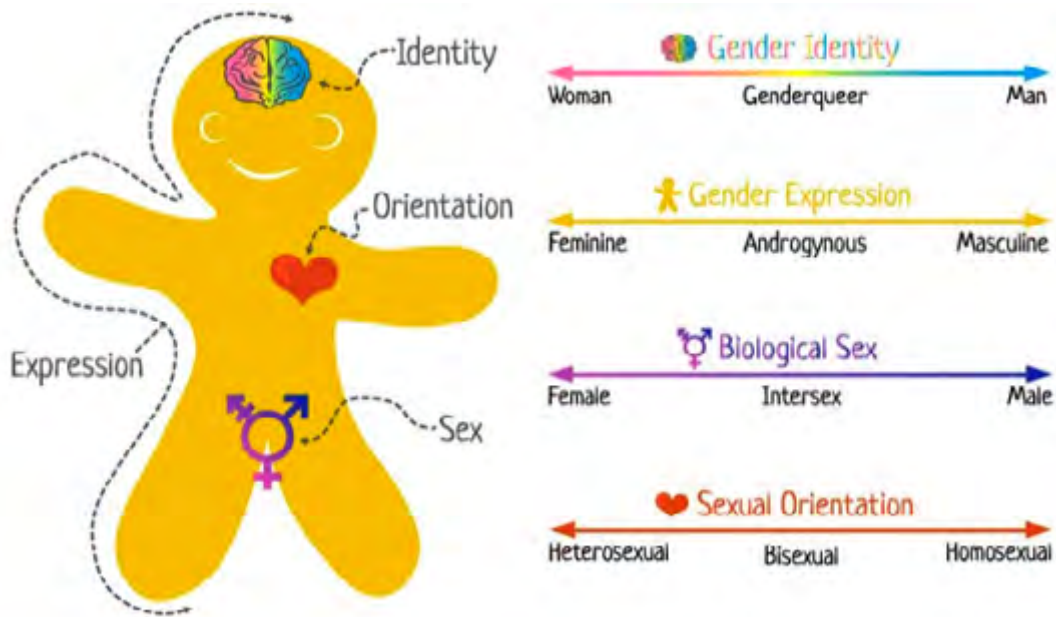
Orientación sexual o atracción sexual es un concepto separado de la identidad de género. La orientación sexual se refiere al tipo de individuos hacia los cuales uno es atraído sentimental o sexualmente. Términos como androfilia (atracción hacia hombres), ginefilia (atracción hacia mujeres), bifilia (atracción hacia hombres y mujeres), y afilia (no hay atracción por hombres ni mujeres) se han vuelto más comunes y reemplazando lentamente términos más antiguos como heterosexual, bisexual, homosexual y asexual, aunque esta nueva terminología también puede ser confusa ya que no explica si los individuos son atraídos por un sexo asignado al nacer específico, una identidad de género específica, una expresión de género específica, etc. En la literatura científica, la orientación sexual de las personas transgénero es

“Hasta que tuve alrededor de cuatro o cinco años, no sabía que no era una niña, para ser sincero contigo. Uno de mis primeros recuerdos, de unos cinco años, es estarle gritando a un profesor para ir al baño con las chicas. A la misma edad me di cuenta de que era diferente a otros niños. A los nueve años me negué a cortarme el pelo. No me lo corté hasta que tuve 16 años, porque cortarlo era un tormento para mí. La escuela fue extremadamente difícil. Me molestaron mucho.

Fui molestado por ser demasiado delgado, por ser femenino, porque no me gustaba el fútbol, por estar con las chicas, por tener el pelo largo. Se burlaban de todo lo que podían pensar en términos de género y sexualidad”

The Guardian

Figura H.3.1 The “Genderbread Person”



La “genderbread person” es una herramienta diseñada por Sam Killermann para explicar las diferencias entre género experimentado (denominado identidad de género aquí), expresión de género, género asignado al nacer (denominado sexo biológico aquí), y orientación sexual. Esta herramienta educativa puede ser útil para estudiantes nuevos en el campo y al explicar estos conceptos a familias con niños con disconformidad de género y con disforia de género. Estos términos se describen con más detalle en la tabla H.3.1.

descrita en relación a su género experimentado o según el género asignado al nacer. Por ejemplo, una adolescente mujer que se identifica como hombre y que siente atracción sexual por mujeres puede ser descrito como “heterosexual” en relación a su género experimentado, pero puede ser denominado como “homosexual” en relación a su sexo de nacimiento (Lawrence, 2010). Desde una perspectiva clínica o de investigación, es fundamental identificar el marco de referencia al describir la orientación sexual de un paciente. La mayoría de las personas que se identifican como transgénero describirán su orientación sexual en relación con su identidad de género, no en relación con su género asignado al nacer (por ejemplo, una mujer transgénero que siente atracción por hombres se podría considerar a sí misma heterosexual).

La “genderbread person” ha sido desarrollada como una herramienta para clarificar los conceptos de género asignado al nacer, género experimentado y orientación sexual (Figura H.3.1). Tenga en cuenta que, como instrumento educativo publicado, este gráfico difiere algo de la terminología contemporánea que describimos. No obstante, esta herramienta ha demostrado ser útil para introducir esta terminología a las familias y estudiantes nuevos en los temas de género y sexualidad. El unicornio del género es otro esquema popular que resalta los aspectos dimensionales de la identidad de género, el género asignado al nacer y la atracción sexual o romántica.

Table H.3.1 Terminología

CONCEPTO	DEFINICIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Género asignado al nacer Sexo Natal Sexo de Nacimiento 	Género asignado a un niño al nacer, generalmente basado en la observación de sus características físicas (genitales, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> Género experimentado Identidad de género 	La comprensión psicológica de los individuos sobre su propio género
<ul style="list-style-type: none"> Género afirmado 	La comprensión psicológica de los individuos sobre su propio género, típicamente se refiere a vivir socialmente según el género experimentado por el propio individuo
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad Orientación sexual 	Hace referencia al tipo de individuos hacia quienes se siente atracción romántica y/o sexual
<ul style="list-style-type: none"> Incongruencia de género 	Hace referencia a las personas cuyo sexo asignado al nacer e identidad de género no coinciden
<ul style="list-style-type: none"> Rol de género 	Características consideradas como "masculinas" o "femeninas" por una cultura en particular
<ul style="list-style-type: none"> Expresión de género 	Presentación individual de su propia identidad de género. Los ejemplos típicos incluyen, pero no se limitan a, ropa, peinados y actividades
<ul style="list-style-type: none"> Transgénero 	Personas cuya identidad de género es incongruente con el género que se les asigna al nacer. Este término es utilizado para personas transgénero de una forma binaria, pero también puede usarse como un término genérico para personas con cualquier identidad de género que no sea cisgénero (ver a continuación).
<ul style="list-style-type: none"> Transexual 	Típicamente es un concepto usado para personas que desean intervenciones médicas para linear su anatomía con su identidad de género. Este término es usado como sinónimo de transgénero por algunos y ha caído en desuso
<ul style="list-style-type: none"> Hombre Trans 	Una persona transgénero que se identifica como masculino (típicamente con un género asignado al nacer femenino)
<ul style="list-style-type: none"> Mujer Trans 	Una persona transgénero que se identifica como femenina (típicamente con un género asignado al nacer masculino)
<ul style="list-style-type: none"> Disforia de género 	Hace referencia al malestar psicológico relacionado con el género experimentado; también es la clasificación utilizada por el DSM-5 (Al cumplir ciertos criterios clínicos). Tenga en cuenta que no todos los pacientes con incongruencia de género experimentarán disforia.
<ul style="list-style-type: none"> Cisgénero 	Hace referencia a las personas cuyo género experimentado coincide con el género asignado al nacer
<ul style="list-style-type: none"> Personas no conformes con su género Género Variante 	Se refiere a la variación de las normas de desarrollo de roles de género que pueden ser consideradas como no estereotipadas según el género. Esto puede incluir identificarse como ambos géneros o identificarse con ninguno, entre otros. Algunas personas transgénero que se identifican con un paradigma de género binario (es decir, masculino o femenino) también identifican con este término.
<ul style="list-style-type: none"> Hormonas sexuales 	Este término se refiere al tratamiento con estrógeno o testosterona que induce el desarrollo de caracteres sexuales secundarios femeninos o masculinos respectivamente.
<ul style="list-style-type: none"> Atención que afirma el género 	Se refiere a los tratamientos destinados a apoyar a un paciente en su identidad de género. Puede incluir atención de salud mental, médica, legal y aspectos quirúrgicos.
<ul style="list-style-type: none"> Exploración de la identidad de género 	Proceso en el cual a un paciente se le permite explorar su identidad de género. El tratamiento no tiene como meta de la terapia una determinada identidad de género (cisgénero, transgénero, u otra). Más bien, se les debe permitir a los pacientes explorar diferentes posibilidades para que comprendan de mejor manera cuál se adapta mejor a ellos mismos.

ENTENDIENDO LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y LA NO CONFORMIDAD DE GÉNERO EN EL MUNDO

La mayoría de la literatura sobre la no conformidad de género, género variante y jóvenes transgénero proviene de países occidentales. Dada la naturaleza intangible del género, la identidad de género y su expresión, las diferencias culturales sobre cómo se entiende y expresa el género pueden afectar el acercamiento a estas personas. National Geographic recientemente abordó el complejo tema del género en un [número especial](#).

Para trabajar con personas no conformes con su género, de género variante y transgénero de diferentes culturas o para aplicar las pautas de prácticas actuales en diferentes culturas, se deben tener en consideración diferentes factores. El género puede ser definido de diferentes maneras según el idioma. El lenguaje es el principal modo de crear y describir conceptos, así como las emociones asociadas con ellos. El género, al ser una característica central de la identidad, está influenciado por el idioma hablado. En algunos idiomas la palabra para sexo y género es la misma. Esto podría dificultar la diferenciación entre identidad de género y sexo anatómico. También es importante tener en cuenta que algunos idiomas están gramaticalmente relacionados con el género y otros no. En los idiomas que están gramaticalmente relacionados con el género (por ejemplo, español), el uso de pronombres puede ser un tema importante y convertirse en un hito en la transición, sin embargo, esto puede variar si el idioma hablado no tiene género. Alrededor de un cuarto de los idiomas están gramaticalmente relacionados con el género. En estos idiomas cada sustantivo se asigna a un género, típicamente, masculino, femenino o neutro. La mayoría de las culturas parecen haber considerado el sexo anatómico como binario y crearon su idioma y cultura basándose en esta presunta dicotomía. En contraste, otras culturas tienen palabras específicas para describir aspectos del género que escapan del concepto de género binario, como hijra en India, doble espíritu en algunas tribus Nativas Americanas, y hombre- mujer en comunidades Balcanas.

Históricamente, las culturas de Medio Oriente, el Norte de África y Europa reconocieron y tenían términos para las personas transgénero. Esto incluye *hijra* en India, *Mukhannath* en Islam y culturas Árabes, *Phrygia* en la antigua Grecia, y *Cybele* en la antigua Roma. Estas personas a menudo eran personas intersexuales o varones de nacimiento castrados por motivos religiosos o de otra índole. Es importante notar que el reconocimiento no necesariamente protegía a estos individuos del estigma y marginación, y en algunos lugares como India, Hijras, aunque se cree que tienen poder para eliminar un “hechizo” de los recién nacidos, fueron altamente estigmatizados. Mientras tanto, ha habido nuevos movimientos para apoyar y proteger a las personas transgénero en esta región. El proyecto de ley sobre los derechos de las personas transgénero, que contiene disposiciones contra la discriminación y el empleo para personas transgénero, se introdujo en 2014 en la India; lo que podría resultar en cambios positivos a futuro. Otro ejemplo es el de Fatwa del Líder Supremo Iraní, Ayatollah Khomeini, que después de la Revolución Islámica de 1979, permite a las personas transgénero hacer la transición a su género experimentado.

Está más allá del alcance de este capítulo revisar el concepto de identidad de género en las diferentes culturas; traemos estos ejemplos para resaltar la variación cultural sobre cómo se entiende la identidad de género. Hay muchos países que



Haga clic en la imagen para acceder al sitio de Mermaids, Reino Unido, que proporciona información y ayuda para niños y adolescentes con cuestiones de identidad de género

no tienen literatura sobre la atención a personas no conformes con su género, variantes de género y transgénero. La identidad transgénero y la no conformidad con el género continúan siendo altamente estigmatizadas en el mundo. Solo en Asia Oriental, las perspectivas varían significativamente. Tailandia tiene el mayor número de cirugías de afirmación de género en el mundo. En China, hay servicios limitados o ninguno para las personas transgénero.

Trabajar con niños y jóvenes que presentan cuestiones de género requiere conocimiento del desarrollo psicosexual del niño, aspectos culturales del género y su expresión en esa sociedad y familia específica, así como la exposición y comprensión de la creciente información, y la conciencia de los medios sobre no conformidad de género e identidad transgénero. En el caso de trabajar con familias inmigrantes, es relevante entender la interacción entre la cultura de acogida y de origen.

HISTORIA DE IDENTIDAD DE GÉNERO Y MEDICINA

John Money (1921-2006) fue un psicólogo y sexólogo cuyas contribuciones empíricas y teóricas con respecto a la identidad de género, el rol de género y el desarrollo de género fueron innovadoras y de gran influencia, comenzando en la década de 1950. Money originalmente propuso una teoría sobre la “neutralidad de género”, sugiriendo que la identidad de género era predominantemente determinada por factores sociales, incluyendo el género asignado al nacer y el posterior proceso de socialización (Money et al, 1957). Money propuso que para las personas con un trastorno del desarrollo sexual, la cirugía precoz para corregir genitales ambiguos era necesaria para que los niños puedan ser criados según el sexo que se les asigna al nacer.

En las últimas décadas, la teoría original de Money sobre la neutralidad de género al nacer ha sido desafiada por varias líneas de investigación que evidencian la importancia de factores biológicos, particularmente patrones de exposición a hormonas prenatales, que también contribuyen a la formación y diferenciación de la identidad de género. Por ejemplo, mujeres cromosomales con hiperplasia adrenal congénita que fueron asignadas con género femenino al nacer, que son expuestas a elevados niveles de testosterona antes de nacer, muchas de estas niñas son “conductualmente masculinas” y presentan un porcentaje mayor de disforia de género y transición de mujer a hombre que la población general (Dessens et al, 2005; Pasterski et al, 2015).

Quizás el caso más ampliamente citado es el de un hombre biológicamente “normal” (uno de un par de gemelos idénticos) que, después de un accidente de circuncisión a la edad de 7 meses que condujo a la ablación del pene, se sometió a una vaginoplastia y fue socialmente reasignado a mujer a los 17 meses de edad. Aunque esta paciente fue descrita por Money como una “marimacho” durante la infancia, el seguimiento posterior reveló que la paciente rechazó la terapia con estrógenos en el momento de la pubertad y posteriormente volvió a vivir como un hombre (Colapinto, 2000; Diamond & Sigmundson, 2004). Trágicamente se suicidó a los 38 años (The Associated Press, 2004). El caso de “John-Joan”, como fue llamado, ha sido usado como evidencia de la importancia de la contribución de los factores biológicos en la identidad de género de una persona. Un informe

“He vivido dos tercios de mi vida como mujer y un tercio como hombre. Me gradué de la escuela secundaria como una chica y de la universidad como un chico; esos cinco años fueron los más difíciles pero gozosos y gratificantes de mi vida.

Tenía miedo de dar este paso hacia la transición médica; temía perder a todos los que amaba, tenía miedo de cómo me vería, tenía miedo de lo que la gente diría y que pensarán que soy extraño. Pensé que tendría que alejarme y nunca volver a hablar con mis padres, familiares o amigos. Estoy feliz de decir que estaba muy equivocado.

Me ha llevado mucho tiempo, paciencia y comunicación, pero en general no perdí a nadie que amo, y la gente que perdí, en primer lugar, no eran amigos verdaderos. No ha resultado nada como pensé cuando comencé con la transición; en lugar de ser rechazado y difamado por personas de mi pasado, he sido recibido cálida y amorosamente. He hecho muchos amigos maravillosos y he tenido muchas experiencias increíbles en el camino.”

The New York Times

Cabe señalar que una gran cantidad de personas transgénero son rechazadas por sus familias. Esto lleva a altas tasas de personas sin hogar entre ellos.

posterior de siete pacientes similares criados como mujeres después de la pérdida traumática del pene ha mostrado identidades de género tanto masculinas como femeninas en la adolescencia y la edad adulta, complicando aún más el panorama (Meyer-Bahlburg, 2005).

En la década de 1960, el estudio de historias del desarrollo de adultos transexuales sugirieron que la identificación de género cruzada en la infancia es común en estos individuos (Green, 1974). Este trabajo fue seguido por la investigación de niños que mostraron patrones de conductas de género similares a los patrones recordados por adultos transexuales (Green, 1974). Durante este periodo, se dio menos atención a los adolescentes con una marcada identificación de género cruzada en su historia.

Sin embargo, a fines de la década de 1990, se prestó más atención a los adolescentes con un diagnóstico DSM de trastorno de identidad de género, incluida la posibilidad de tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, según lo informado por un equipo de investigación en los Países Bajos (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998). Este enfoque, descrito a continuación, fue delineado en última instancia el 2009 en las Pautas para el tratamiento de personas transexuales de la Sociedad de Endocrinología (Wylie et al, 2009), y en los Estándares de atención actualizados periódicamente (Coleman et al, 2011) de la Asociación mundial de profesionales por la salud de personas transgénero (WPATH). Desde entonces, la investigación sobre las intervenciones hormonales ha despertado una gran atención, incluido un mayor financiamiento de la NIH para estudiar los beneficios a largo plazo y los riesgos de estos tratamientos (Reardon, 2016).

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación de los jóvenes que presentan inquietudes relacionadas con el género requiere una historia de desarrollo que evalúe el desarrollo psicológico general, el desarrollo de género y un análisis cuidadoso del entorno y la seguridad del niño en relación con la expresión de conductas no conformes con su género. Diversas teorías del desarrollo pueden ayudar a comprender y categorizar a los niños según su edad en lo que respecta al desarrollo de género. El DSM-5 tiene criterios diferenciados para disforia de género en niños y adolescentes. La disforia de género es un diagnóstico clínico que requiere una evaluación longitudinal y en profundidad de estos jóvenes. Se han desarrollado varias escalas para ayudar en la evaluación de jóvenes no conformes con su género (Escala de disforia de género de Utrecht, Cuestionario de Identidad de género/ Disforia de género para adolescentes y adultos, entre otros), aunque ninguna por si sola establece el diagnóstico. La evaluación del género, además de la evaluación habitual del desarrollo y salud mental de un niño, debe incluir una historia cronológica de la expresión de género e identidad del niño con los padres y cuidadores, así como una evaluación del género con el niño individualmente. El evaluador puede usar herramientas tales como juguetes, libros, dibujos o juegos para la evaluación y recopilar información sobre el comportamiento en la escuela, con sus compañeros y en el hogar.

Las familias tienen un rol clave en la evaluación. La variación de género de un niño tiene un impacto significativo en la dinámica familiar, puede producir

Tabla H.3.2 Comparación y resumen de los criterios diagnósticos para Disforia de género en niños y en adolescentes y adultos según el DSM-

DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS	DISFORIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS
<p>Una marcada incongruencia entre el género experimentado / expresado y el género asignado (uno de los cuales debe ser un fuerte deseo de ser del otro género o la insistencia en que uno es del otro género o un género alternativo diferente del género asignado), de al menos 6 meses de duración, y que se manifiesta por al menos 6 de los siguientes</p>	<p>Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y el género asignado, de al menos 6 meses de duración, y que se manifiesta por al menos dos de los siguientes:</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● En niños (género asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o vestimenta femenina; o en niñas (género asignado), una fuerte preferencia por vestir solo ropa masculina y resistencia a vestir ropas típicamente femeninas. ● Una fuerte preferencia por roles del otro género en juegos de simulación o de fantasía. ● Una fuerte preferencia por juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados por el otro género. ● Una fuerte preferencia por compañeros de juegos del otro género. ● En niños (género asignado), un fuerte rechazo hacia juegos, juguetes y actividades masculinas, y fuerte evitación de juegos bruscos; o en niñas (género asignado), un fuerte rechazo hacia juegos, juguetes y actividades femeninas. ● Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual. ● Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, del género experimentado. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Una marcada incongruencia entre el género experimentado / expresado y las características sexuales primarias y/o secundarias (o en adolescentes jóvenes, las características sexuales secundarias esperadas). ● Un fuerte deseo de deshacerse de las propias características sexuales primarias y/o secundarias debido a una marcada incongruencia con el género experimentado/expresado (o en adolescentes jóvenes, el deseo de evitar el desarrollo de las características sexuales secundarias esperadas). ● Un fuerte deseo por las características sexuales primarias y / o secundarias del otro género. ● Un fuerte deseo de ser del otro género (o un género alternativo diferente al género asignado). ● Un fuerte deseo de ser tratado como el otro género (o un género alternativo diferente del género asignado). ● Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro género (o algún género alternativo diferente del género asignado).

La condición produce un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar, u en otras áreas importantes del funcionamiento.

conflictos y quiebres en los vínculos afectivos. Es importante que se identifiquen estos problemas y se hagan esfuerzos para incluir a todas las personas involucradas en la vida del niño, independientemente de la edad de este.

La seguridad es un asunto complejo en la vida de los jóvenes no conformes con su género y transexuales. Los profesionales de salud mental deben ser conscientes de esto y buscar agresiones abiertas y encubiertas y evaluar, además de los asuntos de seguridad habituales, el riesgo que tiene el niño al ser parte de una minoría sexual y de género. Es necesario considerar y documentar el matonaje escolar, riesgo de ser expulsado del hogar, violencia social, y la legislación local que puede enjuiciar o poner en peligro a los jóvenes.

CLASIFICACIÓN

Los diagnósticos de identidad de género ingresaron por primera vez al DSM en su tercera edición con tres diagnósticos: transexualismo, trastorno de la identidad de género en la infancia y trastorno de la identidad de género atípico (American Psychiatric Association, 1980). La característica esencial de estos tres diagnósticos era “la incongruencia entre sexo anatómico y la identidad de género” (American Psychiatric Association, 1980). Las modificaciones en el DSM-III-R fueron modestas, sin embargo, la exclusión de los individuos con esquizofrenia o con trastornos del desarrollo sexual fue eliminada, señalando que las personas con esto diagnósticos también podrían tener un trastorno de la identidad de género (American Psychiatric Association, 1987).

En el DSM-IV, los tres diagnósticos del DSM-III se unificaron en el diagnóstico general “trastorno de identidad de género”, con conjuntos de criterios diferenciados para niños y para adolescentes y adultos (American Psychiatric Association, 1987). Esta edición, además añadió el criterio que indica “La condición produce un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar, u en otras áreas importantes del funcionamiento” (Vance et al, 2010).

DSM-5 renombró el trastorno de identidad de género como “disforia de género”, con el objetivo de disminuir el estigma asociado al diagnóstico y mantener un diagnóstico que podría utilizarse para asegurar el acceso a la atención para quienes la necesiten (Vance et al, 2010). El DSM-5 eliminó la subtipificación por orientación sexual, pero señaló en el texto su relevancia para comprender las variaciones en las trayectorias de desarrollo y para la investigación de factores biológicos y resultados a largo plazo. (American Psychiatric Association, 2013). DSM-5 también hizo que el diagnóstico en niños fuera más estricto, que requiere más que un comportamiento no conforme con el género. Los nuevos criterios exigen que el niño exprese el deseo de ser de otro género o insista en que pertenece a otro género. Los criterios de adolescentes y adultos simultáneamente se hicieron más inclusivos, permitiendo identidades de género no binarias que permitirían la variante de género, pero no estrictamente binario, para adolescentes y adultos que son diagnosticados y acceden a la atención de salud posteriormente.

Los criterios actuales del DSM-5 para disforia de género en los niños requieren una marcada incongruencia entre el género experimentado/ expresado y el género asignado, de al menos seis meses de duración, como lo demuestran al menos seis de ocho criterios, uno de los cuales debe ser un fuerte deseo de ser



Haga clic en la imagen para acceder al sitio de la Sociedad de Investigación y Educación de Identidad de Género (GIRE)

del otro género o insistencia en que uno pertenece al otro género (o un género alternativo que es diferente del género asignado). Adicionalmente, el paciente debe experimentar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar o en otra área importante del funcionamiento, criterio introducido en el DSM-IV (ver Tabla H.3.2). Los criterios del DSM-5 para la disforia de género en adolescentes y adultos son similares, aunque con diferentes requisitos para la manifestación de la disforia de género. Este diagnóstico requiere al menos dos de seis manifestaciones (ver Tabla H.3.2).

Algunos han argumentado a favor del uso del término “incongruencia de género”, incluido el Grupo de Trabajo sobre Trastornos Sexuales y Salud Sexual de la próxima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Este grupo sugiere que el concepto de “incongruencia de género” enfatiza que no todas las personas transgénero experimentan disforia. El grupo señala que el término disforia de género podría aumentar la estigmatización y patologización. El grupo reconoce la necesidad del diagnóstico solo con el fin de preservar el acceso a la atención médica. El grupo también argumenta que este diagnóstico debe pasar del capítulo sobre salud mental y trastornos del comportamiento a otra sección, provisionalmente denominada “afecciones relacionadas con la salud sexual”(Drescher et al, 2016), aunque esto trae a un problema adicional al combinar la identidad de género con la sexualidad, como se describe en la sección de terminología.

EPIDEMIOLOGÍA

Una serie de desafíos metodológicos que incluyen, entre otros, el cambio de la terminología y el estigma asociado con la autoidentificación, han dificultado el establecimiento de la verdadera prevalencia de la disforia de género o la incongruencia de género.

Prevalencia en adultos

En adultos, la mayoría de los estudios han utilizado el número de individuos que buscan atención clínica para el tratamiento de afirmación de género como un aproximado para determinar la prevalencia en un determinado país o área. Un reciente metaanálisis basado en 21 estudios que aplicaron este método concluyó que la prevalencia de la transexualidad (la definición usada en la mayoría de los estudios) es 6.8 mujeres trans en 100.000 nacidos de género asignado masculino (1:14.705) y 2.6 hombres trans en 100.000 nacidos de género asignado femenino (1:38.461) (Arcelus et al, 2015). También se encontró una tendencia al aumento de la prevalencia en el tiempo. Estos estudios están, por supuesto, limitados por el hecho de que no incluyen a personas transgénero que no buscan atención médica para la afirmación de género. En efecto, tasas de prevalencia mucho más altas — que van desde el 4,2% con una identidad de género ambivalente hasta 0.5% de individuos que se consideran transgénero y buscan intervenciones médicas — son sugeridos por estudios recientes que han utilizado definiciones más amplias y muestras probabilísticas (Conron et al, 2012; Kuyper & Wijsen, 2014; van Caenegem et al, 2015). Una encuesta reciente basada en población de los EE. UU. encontró que el 0.6% de los adultos se identificaron como transegéneros, con tasas que van del 0.3% al 0.8% en los estados para los cuales hay datos disponibles. En comparación con los grupos de mayor edad, los adultos jóvenes de entre 18 y 24 años eran más propensos a identificarse como personas transgénero. (Andres et al,

2016).

Prevalencia en niños y adolescentes

Aunque los estudios epidemiológicos formales de disforia de género (anteriormente conocido como trastorno de identidad de género) en niños y adolescentes no han sido llevados a cabo, las definiciones más liberales de “casos” han sido examinadas en varios estudios. En una muestra aleatoria de 2.730 estudiantes de 6° a 8° grado de San Francisco, Shields et al (2013) encontró que un 1.3% se identificó como “transgénero” al responder la pregunta “¿Cuál es tu género?”, las otras alternativas de respuesta eran femenino o masculino. En una muestra aleatoria de 8.166 estudiantes de secundaria de Nueva Zelanda, Clark et al (2014) encontró que un 1.2% se consideraba a sí mismo como transgénero y un 2.5% reportó no estar seguro sobre su género, en respuesta a la pregunta “¿Crees que eres transgénero?” que era seguida por una definición del término. Curiosamente, otro 1,7% informó que no entendieron la pregunta. En un estudio de 80.929 estudiantes de secundaria de la encuesta de estudiantes de Minnesota del 2016, 2.7% se identificó como transgénero o no conforme con su género (Rider et al, 2018).

Proporción en relación al género asignado al nacer

La mayoría de los niños prepúberes derivados a clínicas de identidad de género tiene un género asignado al nacer masculino. Entre 577 niños canadienses derivados a una clínica de identidad de género entre 1976 y 2011, la relación hombre-mujer fue 4.49: 1 (Wood et al, 2013). Esto fue significativamente mayor que la relación 2.02: 1 en los Países Bajos (Aitken et al, 2015). Estas diferencias se teorizan, en parte, como un reflejo del aumento de la mayor ansiedad de los padres con respecto a la conducta de variación de género en los hombres en comparación con las mujeres, particularmente en Norte América. Para los adolescentes con disforia de género, la proporción de género es mucho más cercana a 1: 1 y parece ser más constante en las diferentes naciones (Aitken et al, 2015). Sin embargo, ha habido un cambio reciente desde más hombres asignados al nacer antes del 2006 a más mujeres asignadas al nacer entre 2006 y 2013, aunque la relación permanece más cerca de 2: 1 (Aitken et al, 2015).

DETERMINANTES BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES

La etiología de la identificación y comportamiento de género cruzado es aún difícil de alcanzar. Mientras que los factores psicológicos y sociales alguna fueron el principal foco de estudio anteriormente, la atención se ha desplazado más recientemente a los mecanismos biológicos. Actualmente, la evidencia sugiere que están involucrados tanto elementos psicosociales como biológicos. Un mecanismo único es poco probable, siendo la disforia de género probablemente el resultado de una interacción compleja entre estos factores. (Steensma et al, 2013a).

Factores biológicos

Los estudios de gemelos sugieren que existe un fuerte componente hereditario con contribuciones ambientales adicionales. En un estudio a gran escala en población holandesa, que utilizó el cuestionario CBCL, (N=23.393) donde se compararon gemelos monocigotos (MZ) y dicigotos (DZ) entre 7



En Estados Unidos, la administración Trump retiró en 2017 una guía federal emitida por la administración Obama en mayo de 2016 que permite a los estudiantes transgénero que tengan acceso sin restricciones a los baños y vestuarios que coincidan con su identidad de género.

y 10 años (Coolidge et al, 2002); factores genéticos contribuyeron al 70% del comportamiento de género cruzado (según lo evaluado a través de los dos ítems de género CBCL). Otro estudio de 314 gemelos MZ y DZ (edades promedio de 9.4 y 10.1 años, respectivamente) replicó este hallazgo, evidenciando una contribución de factores genéticos sobre 62% de la varianza al usar una escala de disforia de género basada en el DSM-IV (Coolidge et al, 2002).

Muchos estudios, en animales y humanos, han mostrado que las diferencias en el funcionamiento y anatomía cerebral en hombres y mujeres subyacen a las diferencias de comportamiento entre ambos sexos (Hines, 2011). Las hormonas sexuales juegan un papel importante en estas diferencias. El efecto organizacional de las hormonas sexuales, predominantemente prenatal, pero también durante la pubertad, conduce a las diferencias de sexo en las estructuras cerebrales (Ruigrok et al, 2014; Giedd et al, 2012). En promedio, los hombres tienen un mayor volumen cerebral, más sustancia blanca, sustancia gris y líquido cerebro espinal que las mujeres, aunque cuando se corrige por volumen total, las mujeres tienen más sustancia gris y mayor volumen de corteza (Ruigrok et al, 2014; Guillamon et al, 2016).

La hipótesis de la diferenciación sexual sugiere que las personas transgénero tienen un funcionamiento y estructuras cerebrales más parecidas a las del género concordante con su identidad de género que al género que se les asigna al nacer (Swaab & Garcia- Falgueras, 2009). Los estudios post-mortem han sugerido una reversión sexual en varios núcleos hipotalámicos en transexuales (Kruijver et al, 2000; Zhou et al, 1995). Las técnicas de neuroimagen más recientes han permitido el estudio en vivo de la morfología cerebral y el funcionamiento de un mayor número de adolescentes y adultos conformes con su género (Kreukels & Guillamon, 2016). Antes de recibir tratamiento médico de reafirmación de género, la anatomía cerebral con respecto al volumen, sustancia gris y blanca, y líquido cerebroespinal no difería al compararla con la anatomía del sexo asignado al nacer. Se han encontrado diferencias en la microestructura de la sustancia blanca, que muestran que las personas transgénero estarían entre hombres y mujeres (Guillamon et al, 2016). En cuanto a las neuroimágenes funcionales, estudios relacionados con tareas muestran que la personas transgénero pueden tener reacciones similares a las personas de su género experimentado (por ejemplo, oliendo esteroides; Berglund

et al, 2008) o actividad diferente a la de su género asignado así como de su género experimentado (por ejemplo, rotación mental; Schoninget al, 2010), o no diferente de su género asignado (por ejemplo, fluencia verbal; Soleman et al, 2013). En general, los resultados en neuroimágenes son mixtos.

En estudios animales, donde las hormonas prenatales pueden ser manipuladas, el fuerte efecto de la testosterona prenatal sobre la conducta de género es evidente (Hines, 2011). Sin embargo, los efectos sobre la identidad de género solo se pueden estudiar en humanos. Las personas con un trastorno del desarrollo sexual pueden estar expuestas a altos niveles de testosterona prenatal, y los individuos con dos cromosomas X y hiperplasia suprarrenal congénita (Merke & Bornstein, 2005) tienen tasas más altas de disforia de género e identificación de género cruzada (Pasterski et al, 2015). Sin embargo, la mayoría de las personas criadas como mujeres con hiperplasia suprarrenal congénita (~95%), pareciera que desarrollan una identidad de género femenina (Dessens et al, 2005). Otra evidencia de la importancia de la testosterona prenatal viene de los estudios en personas XY con síndrome de insensibilidad completa a andrógenos, a quienes les faltan los receptores necesarios para responder a la testosterona endógena. La gran mayoría de estos pacientes desarrolla una identidad de género femenina, lo que sugiere que la señalización de testosterona aguas abajo puede ser importante para el desarrollo de una identidad de género masculina (Mazur, 2005). Algunos han notado que estos pacientes fueron criados inequívocamente como mujeres y que los factores sociales pueden haber jugado un papel importante en la formación de su identidad femenina. (Hines, 2009). Algunos estudios han evidenciado que los individuos con síndrome de insensibilidad a andrógenos completa tienen puntajes menores en las escalas de identidad femenina (Richter-Appelt et al, 2005) y hay reportes de casos de disforia de género en estos pacientes que los conducen a cirugías de afirmación de género (T'Sjoen et al, 2011). Esto podría ser secundario al estrés psicológico al aprender sobre el diagnóstico, así como a la posibilidad de tener receptores de andrógenos funcionales no detectados (Steensma et al, 2013a). En general, los estudios de identidad de género en individuos con trastornos del desarrollo sexual, mientras que implican a los andrógenos en el desarrollo de la identidad de género, todavía no han mostrado una relación directa.

Factores psicosociales

La literatura ha investigado el rol potencial de las características de los padres en el desarrollo de la disforia de género (deseo de la madre de tener un hijo del género opuesto, ausencia del padre, y funcionamiento psicológico de los padres, entre otros). Ninguna de estas hipótesis ha sido validada (Steensma et al, 2013a). Se ha observado que las madres de chicos con disforia de género tienen puntajes más altos en la escala de depresión de Beck y en la entrevista diagnóstica para trastorno de personalidad borderline (Marantz & Coates, 1991), pero estos puntajes más altos pueden deberse a las presiones externas que se ejercen sobre estos padres por medio de entornos sociales rechazantes, y estos estudios no pueden determinar la dirección de causalidad. Un estudio ciego de estudiantes universitarios señaló que los chicos con disforia de género son percibidos como más femeninos y “bonitos” (Zucker et al, 1993), mientras que otro estudio en chicas con disforia de género mostró que las chicas son percibidas como menos “lindas” (Fridell et al, 1996), lo que plantea la pregunta sobre si la percepción de la apariencia física y el trato social resultante pudiese contribuir a la incongruencia

de género. Una interpretación alternativa de estos datos es que aquellas personas con una identidad de género más masculina podrían alterar su apariencia para parecer más “masculinos” (por ejemplo, cortes de cabello culturalmente aceptados como masculinos), mientras que aquellas personas con una identidad de género más femenina alteran su apariencia para parecer más “femeninos” (McDermid et al, 1998). Algunos han sugerido que la falta de límites de los padres, especialmente en torno al comportamiento de género cruzado, se relaciona con disforia de género (Zucker & Bradley, 1995), aunque esto no prueba la causalidad, ya que a mayor insistencia de comportamiento de género cruzado (identidad transgénero o conducta y preferencias de género cruzado más fuertes) podría hacer que este límite sea más difícil de establecer. En general, no ha habido factores psicosociales causales probados en el desarrollo de la incongruencia de género.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Persistencia de la Disforia de Género desde la infancia a la adolescencia

La historia natural de la identidad de género para los niños que expresan inconformidad de género o con identidades transgénero es un área de investigación activa (Olson, 2016). Hasta la fecha, los estudios de seguimiento a largo plazo de niños referidos para atención clínica se han basado en muestras que incluyeron niños con umbral o subumbral para el diagnóstico de trastorno de identidad de género en DSM-III, III-R o IV y algunos de los primeros estudios comenzaron antes de la disponibilidad de criterios formales de diagnóstico.

Estos estudios de seguimiento han clasificado a los participantes como “persistentes” o “desertores” con respecto a la disforia de género usando varias métricas (entrevistas semi estructuradas basadas en los criterios DSM para trastorno de identidad de género, puntajes dimensionales en cuestionarios estandarizados, etc.). Ristori y Steensma (2016) resumieron 10 estudios de seguimiento e informó que el porcentaje de participantes clasificados como persistentes varió de 2% a 39% (collapsed across natal boys and girls). En un estudio (Wallien & Cohen- Kettenis, 2008) el porcentaje de niñas de nacimiento “persistentes” fue significativamente superior que el porcentaje de niños de nacimiento (50% vs. 12%), pero en otros dos estudios de la misma clínica el porcentaje fue similar en ambos sexos de nacimiento (Drummond et al, 2008; Singh, 2012).

Una crítica a estos estudios es que no se utilizaron criterios formales (porque no estaban disponibles en el momento del estudio) y que fueron incluidos casos subumbrales. Estos casos subumbrales pueden haber incluido a personas con conductas o intereses de género cruzado que no se identifican como transgénero. Y quizás no sea sorprendente que estos pacientes no se identifiquen como transgénero en el seguimiento. Algunos estudios han encontrado que los casos umbrales tienen más probabilidades de ser clasificados como persistentes (Steensma et al, 2013b), pero otros no (Singh, 2012). También se ha sugerido que en cohortes más recientes (posteriores al año 2000) se han encontrado tasas mayores de persistencia (12% a 39%) (Zucker & Bradley, 1995; Wallien & Cohen- Kettenis, 2008; Drummond et al, 2008; Singh, 2012) al compararlas con las cohortes antiguas (2% a 9% antes del 2000) (Green, 1987; Zuger, 1984), lo que sugiere que a medida que la sociedad acepta más a estas personas, menos informan “desistir”, lo que puede representar volver al closet por las presiones sociales en lugar de una verdadera deserción de la identificación de género cruzada. Comparaciones de persistentes con desertores

han evidenciado que la intensidad de la disforia de género (usando parámetros dimensionales), mayor edad al momento de la evaluación en la infancia, contexto de clase social más baja, y tener un género femenino asignado al nacer son factores asociados con mayores tasas de persistencia (Steensma et al, 2013b). A pesar de este trabajo, sigue siendo difícil predecir la persistencia de una identificación de género cruzada desde la infancia a la adolescencia en un individuo en particular (Steensma et al, 2013b).

Persistencia de la Disforia de Género desde la adolescencia a la adultez

En contraste con las bajas tasas de persistencia desde la niñez hasta la adolescencia, parece que la mayoría de los adolescentes transgénero persisten en su identidad transgénero. (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003). En un estudio de 55 adolescentes transgénero que recibieron atención afirmativa de género, el 100% continuó identificándose como transgénero en la edad adulta joven (deVries et al. 2014). Sin embargo, estudios longitudinales más grandes son necesarios.

Comportamiento de género variante y orientación sexual en la infancia

Se ha encontrado que el comportamiento de género variante en la infancia es un fuerte predictor de una orientación sexual hacia personas del mismo sexo en la edad adulta (usando el género asignado al nacer como punto de referencia). En un estudio de 879 niños y niñas holandeses, se evaluó el comportamiento variante de género utilizando el CBCL y se evaluó la orientación sexual 24 años después (Steensma et al, 2013c). Se encontró que la prevalencia de una orientación sexual hacia personas del mismo sexo era, dependiendo del dominio (atracción, fantasía, comportamiento e identidad), entre 8.4 y 15.8 veces mayor en el subgrupo de individuos de género variante en comparación con el subgrupo sin género variante. En resumen, la literatura actual, aunque limitada, sugiere que la mayoría de los niños prepúberes no conformes con su género crecerán y tendrán una identificación como individuos cisgénero con una orientación sexual bisexual u homosexual (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Singh, 2012; Green, 1987).

CONDICIONES PSIQUIÁTRICAS COEXISTENTES

Los niños y adolescentes con incongruencia de género muestran mayor psicopatología internalizante y externalizante en comparación con los controles no derivados, siendo más común la psicopatología internalizante, particularmente en los niños de sexo masculino asignados al nacer (Steensma et al, 2014; de Vries et al, 2016; Wallien et al, 2007; Skagerberg y Carmichael, 2013). Una hipótesis es que este comportamiento problemático es el resultado del estrés debido a ser una minoría y la disforia hacia su género asignado al nacer. Estas personas están sujetas a tasas muy altas de acoso por pares, llegando al 80% (Holt et al, 2016; Kaltiala-Heino y otros, 2015; McGuire et al, 2010), junto a la escasa relación con pares, son uno de los predictores más potentes investigados para problemas conductuales y emocionales en jóvenes no conformes con su género (de Vries et al, 2016). En un estudio de 105 adolescentes holandeses con disforia de género cuyos padres completaron el Programa de Entrevista Diagnóstica para niños, el 32.4% tenía uno o más trastornos psiquiátricos, con un 21% de ansiedad, un 12.4% de trastornos del estado de ánimo y un 11.4% de trastornos disruptivos (de Vries, 2011).

Los estudios de revisión de gráficos de jóvenes no conformes con su género



Haga clic en la imagen para acceder a las pautas de la sociedad endocrina 2017

que consultan en clínicas especializadas de identidad de género han mostrado tasas similares o incluso más altas de trastornos psiquiátricos: trastornos del ánimo (12.4-64%), ansiedad (16.3% -55%) y trastornos disruptivos (9-11.4%) (Holt et al, 2016; Kaltiala-Heino et al, 2015; de Vries et al, 2015; Olson et al, 2015; Spack et al, 20102; Khatchadourian et al, 2014). El rango de prevalencia entre los estudios puede ser el resultado de las diferencias culturales, los diferentes criterios diagnósticos y las diferentes edades en la evaluación. Estas condiciones psiquiátricas parecen volverse más comunes en las personas no conformes con su género al aumentar la edad. Algunos estudios han demostrado que los adolescentes mayores transgénero sufren una mayor carga de trastornos psiquiátricos concurrentes (McGuire et al, 2010), y que los adultos no conformes con su género sufren una mayor carga de trastornos psiquiátricos concurrentes, en comparación con los adolescentes (de Vries et al, 2011b).

Conductas Autolesivas y Suicidalidad

Los intentos de suicidio y las autoagresiones son muy prevalentes entre los jóvenes no conformes con su género. Las clínicas de género reportan altas tasas de intentos de suicidio previo en pacientes que reciben atención: Boston (9,3%, edad media 14,8; Spack et al, 2012), Londres (10%, edad media 13,5; Holt et al, 2016), Los Ángeles (30%, edad media 19.2; Olson et al, 2015). Las tasas de autoagresión y suicidio también parecen aumentar con la edad dentro de esta población (Aitken et al, 2016).

Trastorno del Espectro Autista

Varios estudios muestran que los síntomas del trastorno del espectro autista (TEA) están sobrerrepresentados entre las personas transgénero. La tasa de TEA entre la población general se estima en alrededor del 1% (Lai et al, 2014). Se han informado tasas de 5-20% de sintomatología de TEA en adultos transgénero a nivel clínico (Jones et al., 2012; Pasterski et al., 2014; Pohl et al., 2014). Sin embargo, es importante señalar que estos estudios miden la sintomatología del autismo y no necesariamente hacen el diagnóstico de un TEA verdadero. Estas escalas pueden elevarse en condiciones que no sean TEA, como la ansiedad y la depresión. Los déficits sociales entre los jóvenes transgénero pueden ser secundarios al ostracismo social y no a un TEA subyacente. Dos estudios encontraron una mayor varianza de género (5,4%, 11,3%), definida por una respuesta positiva a “deseos de ser del sexo opuesto” en el CBCL o YSR en niños, adolescentes y adultos derivados con TEA en comparación con controles no derivados (Strang et al, 2014; van der Miesen et al, 2016a). Sin embargo, lo mismo fue cierto para un grupo control derivado por TDAH (Strang et al, 2018), planteando la pregunta de que una mayor probabilidad de varianza de género es característica de las muestras derivadas a la clínica en general. También es posible que los jóvenes con TEA tengan un pensamiento rígido que los hace (o sus padres) más propensos a respaldar los ítems CBCL de “a veces o con frecuencia” queriendo ser del sexo opuesto debido a intereses de género atípicos. Esto no necesariamente sugiere una identidad de género central que diverja de su género asignado al nacer (Turban & van Schalkwy, 2018).

Clínicamente, la concurrencia de disforia de género y TEA puede complicar la atención transgénero, ya que el diagnóstico de disforia de género puede ser difícil (por ejemplo, en el contexto de la característica de pensamiento rígido de

TEA). Además, las dificultades del lenguaje pueden hacer que la expresión de la disforia de género sea difícil para los pacientes con TEA. No obstante, una revisión narrativa exhaustiva de la literatura ha demostrado un papel para la transición con el bloqueo puberal y la terapia hormonal cruzada en estos pacientes después de un proceso de diagnóstico extendido (van der Miesen et al, 2016b). Usando un método Delphi, un grupo de expertos en TEA y disforia de género publicaron las guías clínicas iniciales para la evaluación y el tratamiento de los pacientes con la coexistencia de ambas condiciones (Strang et al, 2018). El diagnóstico cuidadoso de ambas afecciones por parte de especialistas específicos, la colaboración entre los médicos de ambos campos, y la evaluación de riesgos y de seguridad son parte del protocolo de manejo sugerido.



Haga clic en la imagen para ver un clip sobre los problemas de tratamiento que enfrentan los adolescentes transgénero en Australia.

TERAPÉUTICA

Tratamiento de Niños Prepúberes

El tratamiento para niños con disforia de género ha sido objeto de una intensa controversia recientemente (Drescher & Byne, 2012). Como se señala a continuación, hay tres enfoques generales que se han propuesto en la literatura:

- El más antiguo - caracterizado por Dreger (2009) como el “modelo terapéutico” - consiste en esfuerzos, ya sea directamente (por ejemplo, a través de sugerencias específicas que los padres pueden implementar en el entorno diario) o indirectamente (por ejemplo, a través de enfoques psicodinámicos que tratan las supuestas “causas” subyacentes de la disforia de género) que intentan activamente reducir la identificación transgénero.
- Un enfoque intermedio, descrito por algunos como “espera vigilante” (Drescher & Byne, 2012), en el que no se realizan esfuerzos directos para “prohibir” el comportamiento variante de género del niño, pero que también aconseja a los padres a mantener abiertas las opciones sobre la identidad de género del niño a largo plazo y a evitar la transición social temprana.
- Más recientemente, un enfoque -caracterizado por Ehrensaft (2012) como el “modelo afirmativo” - que considera que todos los resultados de la identidad de género son igualmente válidos y deseables y permite a los niños que expresan un deseo de transición social, hacerlo después de un asesoramiento cuidadoso.

Estos enfoques han sido discutidos con gran detalle en tres informes (American Psychological Association, 2015; Adelson, 2012; Byne et al, 2012), en un volumen especial de la Revista de Homosexualidad (Journal of Homosexuality) (Drescher & Byne, 2012) y en varios otros ensayos e informes de casos, cuyas referencias se pueden encontrar en estas revisiones principales.

Para los no especialistas, hay varios puntos claves que se deben tener en cuenta al evaluar esta literatura:

- Algunos de estos enfoques pueden estar influenciados por formulaciones teóricas particulares con respecto a los determinantes de la disforia de género y estas formulaciones guían o influyen en los planes de

tratamiento recomendados.

- No hay ensayos controlados randomizados que comparen los efectos de estos tratamientos con respecto a los resultados a corto y a largo plazo. De hecho, Byne et al (2012) señalaron que, en general, “el nivel más alto de evidencia [...] se puede caracterizar mejor como opinión de expertos”.
- Con algunas raras excepciones (Meyer-Bahlburg, 2002), no existen tratamientos protocolizados o incluso semiautomatizados que un médico pueda seguir para desarrollar un plan terapéutico.

Por lo tanto, los médicos deben aprender por su cuenta, leyendo sobre el modelo terapéutico que pretenden seguir y adaptarlo caso a caso. A continuación, proporcionamos breves resúmenes de estos tres enfoques de tratamiento.

Promover la identificación con el género asignado al nacer

Este enfoque tiene como objetivo reducir, a través de las intervenciones psicosociales, la identificación transgénero del niño y la disforia de género. Estos tratamientos (descritos en la literatura desde la década de 1960) han sido muy variados. Incluyen la terapia conductual clásica, la terapia psicodinámica (incluido el psicoanálisis y la psicoterapia de juego dinámica), la consejería parental y las intervenciones parentales guiadas en el entorno naturalista (por ejemplo, alentar las relaciones entre pares del mismo sexo) (Meyer-Bahlburg, 2002)) Ninguno de estos tratamientos ha demostrado ser efectivo y no se recomiendan.

La presunción que subyace a todos estos enfoques descansa en la visión de que la identidad de género aún no está fija en la infancia y puede ser maleable a través del tratamiento psicosocial. También hay una suposición implícita o juicio de valor que se puede deducir de este enfoque, es decir, que, considerando todo lo anterior, la adaptación a largo plazo de un niño podría ser más fácil si él o ella pudiera sentirse satisfecho con una identidad de género que coincida con su sexo al nacer.

Los críticos de este enfoque han argumentado que no existe nada intrínsecamente “erróneo” en una identidad de género cruzada y han desafiado la opinión de que intentar cambiar esa identidad está justificado. De hecho, ahora hay varios estados de EE. UU. y una provincia en Canadá que han legislado que es inapropiado intentar cambiar la identidad de género de un menor cuando el niño no puede dar su consentimiento para el tratamiento. Está exento de esta directriz la “exploración de identidad”, que es diferente, ya que no considera que la identificación cis-género sea un resultado preferible (Green, 2017). Los críticos también han notado que algunos de los primeros defensores de este tratamiento creían que podría reducir las probabilidades de que el niño desarrollara posteriormente una orientación sexual homosexual (Pleak, 1999), aunque otros rechazaron esto por considerarlo poco ético (Zucker, 1990). . Otra preocupación ha sido que estos tratamientos pueden causar que un niño sienta vergüenza u otros sentimientos desadaptativos y negativos (Adelson, 2012).

Espera Vigilante

El segundo enfoque toma una posición terapéutica intermedia. Por un lado, no recomienda una transición social temprana de género sobre la base de

Algunas personas lo llaman “arrepentimiento transgénero”. Cuando cambias de un género a otro y luego sientes, que de alguna manera, has cometido un error. Otros lo llaman “destransición” o “inversión”. Zahra Cooper lo llama, simplemente “retrocediendo”, como le dijo al New Zealand Herald. [...] Durante cuatro años, luchó entre los géneros, siendo acosada en la escuela y en internet por ser “rara”. A los 18 años, le pidió a su familia que comenzaran a llamarla “Zane” y a usar pronombres masculinos. Ella comenzó a pensar en una transición formal: tomar hormonas para volverse más masculino. [...] En diciembre del 2015, Zahra comenzó a tomar testosterona, primero ingiriendo píldoras tres veces al día y luego a través de una inyección. Después de lo que pareció una espera muy larga para el tratamiento, esperaba sentirse eufórica. Pero la euforia que muchas personas trans describen en ese momento nunca llegó realmente. “Empecé a enojarme mucho con la testosterona, que es un efecto secundario”, dice. “Pero luego comencé a deprimirme”. Yo estaba como, ¿por qué estoy deprimido? Debería ser feliz. “Cuando comenzaron los cambios físicos, Zahra se puso más y más ansiosa. Ella peleó con su familia, varias veces saliendo furiosa de la casa. “Estaba teniendo una voz más profunda, vello facial y muchos otros cambios, pero simplemente no estaba contento con ellos”, dice. “No me sentía como yo”. Luego, ocho meses después, las cosas llegaron al punto de crisis. Zahra intentó suicidarse. Dos veces. [...]

Zahra había comenzado a salir con un chico transgénero llamado Tyson Kay. Tyson tiene 17 años. Él también fue asignado como mujer al nacer, y en el momento del colapso de Zahra estaba en el medio de su propia transición al sexo masculino. “No sabía cómo se sentiría”, dice ella. Salir de la testosterona significaba más cambios de humor y un resultado final impredecible. Ella no sabía si él querría pasar el rato y le preocupaba cómo dar la noticia. Al final, Zahra le envió un mensaje de texto diciendo: “Voy a revertir mi transición”.

que los estudios de seguimiento existentes han sugerido que la mayoría de los niños con disforia de género pueden desistir por una razón u otra (ver más arriba las limitaciones de estos estudios) Por otro lado, no recomienda explícitamente ningún tipo de establecimiento de límites en el comportamiento de la variante de género del niño, con la excepción de que en ciertos entornos podría ser riesgoso o peligroso mostrar dicho comportamiento, que Hill y Menvielle (2009) describieron como la regla de “solo en casa”.

Este enfoque tampoco favorece un tipo de resultado a largo plazo sobre otro, señalando que es difícil predecir el resultado para un niño en particular y que el enfoque más importante debe estar en su bienestar y en el ajuste psicosocial general del niño. Sin embargo, este enfoque incluye recomendaciones para que los padres fomenten en sus hijos una variedad de intereses relacionados con el género y la relación social con niños de ambos sexos. En algunos aspectos, la etiqueta de “esperar atentamente” es un poco inapropiado, ya que los protocolos clínicos parecen incluir información proporcionada a los padres que es más que “esperar y ver”. Como señalan De Vries y Cohen-Kettenis (2012), la fijación de límites apropiada con una buena explicación de por qué se establecen los límites puede ser útil, de modo que el niño aprenderá “que no todos los deseos se cumplirán”, lo cual es importante porque “El deseo o la fantasía más profunda de alguien por haber nacido en el cuerpo del otro género nunca se cumplirá por completo”. Aunque la transición social de acuerdo con este enfoque no se recomienda a una edad muy temprana, un número cada vez mayor de niños ya han tenido una transición social cuando acuden a las clínicas de identidad de género (Steensma y Cohen-Kettenis, 2011). Es posible que algunos de estos niños no tengan un recuerdo claro del tiempo en el que vivían socialmente en el género asignado al nacer y hayan dejado de hablar acerca de haber nacido diferente a su género experimentado. En estos casos, se recomienda que los padres generen una situación abierta en la que el niño tenga la posibilidad de regresar al género asignado al nacer. Se discute con el niño

Table H.3.3. Resumen de Tratamiento para Jóvenes Transgénero

TIEMPO	INTERVENCIÓN
Pre-puberal	No se recomienda intervención endocrina. El paciente debe tener psicoterapia regular para analizar la identidad de género y evaluar la posible necesidad futura de intervención hormonal.
Primeros signos de la Pubertad	Bloqueo puberal con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina para prevenir el desarrollo de características sexuales secundarias y proporcionar tiempo adicional para la psicoterapia y consideración con respecto a intervenciones parcialmente reversibles.
14+ o 16+ años (dependiendo del centro y del paciente)	Terapia hormonal cruzada con estrógeno o testosterona. Menos frecuente, terapia con otros medicamentos de acción endocrina que tienen perfiles de efectos secundarios menos favorables.
18 años (para la mayoría de los centros)	Las cirugías afirmativas de género podrían ser consideradas. Tenga en cuenta que algunas cirugías pueden haberse realizado previamente para pacientes seleccionados.

que, cuando los sentimientos de identidad de género cambian, no hay nada de que avergonzarse, nadie se enojará, que el niño puede hablar y que es bueno haberlo intentado. Se puede recomendar una forma de psicoterapia que ayude al niño a verbalizar sus sentimientos para que, cuando el niño inicie la administración de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, pueda ser capaz de hablar de sus sentimientos y pueda dar un consentimiento informado.

Enfoque Afirmativo

El enfoque afirmativo teoriza que los intentos de los padres y los médicos de presionar a los niños con incongruencia de género para que se ajusten a su género asignado al nacer puede producir vergüenza y estigma que en última instancia puede conducir a psicopatología (Ehrensaft, 2012). Se considera que todos los resultados de la identidad de género son igualmente deseables y afirma cualquier identidad de género que el niño exprese.

Aunque similar al modelo de espera vigilante, una diferencia importante radica en su actitud con respecto a la transición social temprana. En el modelo afirmativo, los niños prepúberes que expresan un deseo de transición social y viven a tiempo completo en su género experimentado (es decir, el uso de pronombres transgénero, un nombre transgénero, ropa de distinto sexo, etc.) pueden hacerlo. El enfoque de la transición social debe ser cuidadosamente individualizado con una comprensión matizada de la identificación de género del niño y el nivel de apoyo dentro de la comunidad del niño; también debe haber una discusión abierta con el niño destacando que, a pesar de la transición social, el paciente puede revertir la transición en cualquier momento (Edwards-Leeper et al, 2016).

Esta transición de vuelta a vivir como su género de nacimiento puede ser difícil (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011), aunque esto debe sopesarse contra

las consecuencias negativas potenciales de negarse a afirmar la identidad del niño y su deseo de transición social. El modelo afirmativo hipotetiza que la falta de afirmación puede llevar a sentir vergüenza y presentar psicopatología. La relación terapéutica en estos casos también podría verse afectada negativamente si el médico desaconseja encarecidamente una transición temprana para un paciente que persiste con su identificación de género cruzada.

Los críticos de la transición social en niños prepúberes han cuestionado si la transición social temprana aumenta la tasa de persistencia de la incongruencia de género desde la infancia hasta la adolescencia. De hecho, un análisis de regresión multivariado reveló que la transición social temprana se asoció con la persistencia (Steensma et al, 2013b). Sin embargo, la dirección de esta asociación no puede determinarse en este estudio. Si bien algunos creen que la transición social pre pubertad hace que los niños sean más propensos a persistir, la interpretación alternativa es que aquellos que probablemente persistan también tienen más probabilidades de experimentar una transición social temprana, debido a factores actualmente no identificados. Además, esto plantea la pregunta ética de si la persistencia debe ser considerada como un resultado indeseable. El modelo afirmativo sugiere que todos los resultados de la identidad de género son igualmente deseables.

Separado del tema de la persistencia, está el resultado en la salud mental posterior a la transición social. Existe una escasez de literatura que estudie el efecto de la transición social prepuberal. Un estudio examinó a 73 niños prepúberes estadounidenses que eran transgénero de forma binaria y se les permitió la transición social. Los padres de estos niños completaron escalas de calificación

Análogos de la Hormona Liberadora de Gonadotropina (Bloqueadores de la pubertad)

La hormona liberadora de gonadotropina es producida por neuronas en el hipotálamo. Esta hormona se secreta a niveles muy bajos en niños prepúberes. Al inicio de la pubertad, la liberación de la hormona liberadora de gonadotropina se vuelve cíclica. Esta liberación cíclica da como resultado la producción de hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) por parte de la pituitaria anterior. Estas hormonas luego ingresan a la circulación periférica donde desencadenan la producción de hormonas sexuales (estrógeno en mujeres natales y testosterona en hombres natales). Estas hormonas luego inician el desarrollo irreversible de características sexuales secundarias.

Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (ya sea como implantes, inyecciones de depósito o inyecciones regulares) mantienen altos niveles de hormona liberadora de gonadotropina en circulación. Sin fluctuaciones cíclicas fisiológicas en los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, la FSH y la LH no se liberan y se evita toda la señalización en sentido descendente. Esto permite que el paciente permanezca en un estado puberal temprano.

El bloqueo puberal previene el desarrollo de características sexuales secundarias irreversibles (profundización de la voz, desarrollo de los senos, etc.) y brinda tiempo adicional para que los niños con disforia de género decidan si desean una transición física completa al cuerpo del sexo opuesto. Por lo tanto, no es necesario considerar el tratamiento médico afirmativo de género actual, pero puede funcionar como una fase de diagnóstico extendida. Si los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina se suspenden, sus efectos son reversibles. El paciente experimenta pubertad natal si se suspenden los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina. Los estudios de seguimiento hacia la adultez joven en la primera cohorte de adolescentes con supresión de la pubertad son tranquilizadores con respecto a los efectos secundarios. Aunque hubo una cierta disminución en la densidad ósea, no hubo mayores preocupaciones con respecto al funcionamiento del hígado, el riñón y el perfil lipídico (Klink et al, 2015; Schagen et al, 2016). Algunos médicos aconsejan evaluar la edad ósea cada tres meses y un examen de sangre de forma regular para garantizar que la pubertad esté suficientemente suprimida (Wylie et al, 2009).

cortas para ansiedad y depresión en un tiempo no especificado posterior a la transición (Olson, 2016a). Los datos de estas escalas revelaron que estos niños tenían tasas notablemente más bajas de psicopatología internalizante que las reportadas previamente para niños que no hicieron la transición. Además, los niños socialmente en transición en este estudio mostraron niveles de depresión normales para el desarrollo y sólo niveles elevados (subclínico) levemente de ansiedad. Es importante señalar que las familias en este estudio tenían un ingreso relativamente alto, lo que plantea la pregunta si esta cohorte es representativa de una población sociodemográfica más amplia (Olson, 2016a). Aunque este trabajo inicial sugiere que los niños en transición social tienen mejores parámetros de salud mental que los niños que no hicieron la transición social, se necesita mayor investigación futura para comprender plenamente los efectos dinámicos y de largo plazo de la transición social en una población más amplia (de Vries et al, 2014)

Tratamiento en Adolescentes

Una vez que los niños alcanzan la pubertad, la identidad transgénero persiste en la mayoría de los casos y la intervención médica se considera a menudo. En la actualidad, la efectividad de un abordaje que incluye la supresión de la pubertad seguida de la administración de hormonas y la cirugía se ha evaluado en dos estudios en la misma cohorte de adolescentes holandeses. El primer estudio evaluó la disforia de género y el funcionamiento psicológico en dos tiempos, primero, cuando los 70 adolescentes ingresaron a la clínica (edad media, 13.65 años) y, segundo, justo antes de comenzar el tratamiento hormonal (edad media, 16.64 años). Es interesante que mientras que los adolescentes mejoraron con respecto al funcionamiento psicológico en varios dominios, la disforia de género no mejoró y todos los adolescentes continuaron con el siguiente paso: las hormonas de afirmación de género (deVries et al, 2011a). El segundo estudio agregó una tercera evaluación, alrededor de un año después de la cirugía afirmativa de género, cuando los primeros 55 adolescentes que habían estado en este protocolo de tratamiento habían alcanzado la adultez joven (edad media, 20,70 años). Esta vez, la disforia de género se había resuelto y las evaluaciones de funcionamiento psicológico habían mejorado aún más, con puntuaciones comparables a las muestras control. Lo mismo ocurrió con la calidad de vida, la felicidad subjetiva y la satisfacción con la vida (de Vries et al, 2014). Estos resultados son prometedores y sugieren que es posible comenzar el tratamiento a una edad relativamente temprana. Sin embargo, los resultados provienen de una sola clínica y es una cohorte altamente seleccionada que recibió apoyo de sus padres y- en la mayoría, de su entorno escolar y social- que comenzó el tratamiento solo después de una evaluación exhaustiva y que recibió asesoramiento de salud mental durante los años de tratamiento. Aún no se ha determinado si los mismos resultados positivos se pueden esperar para un mayor número de adolescentes que están siendo tratados actualmente en clínicas y que varían considerablemente en su calidad de atención y enfoque.

Evaluar la Elegibilidad

De acuerdo a las Guías de la Sociedad de Endocrinología de Estados Unidos, la intervención médica basada en hormonas puede iniciarse con los primeros signos de la pubertad (es decir, Tanner 2 o 3) con bloqueo puberal (Hembree et al, 2017). Otras condiciones para la elegibilidad incluyen cumplir los criterios para disforia de género, experimentar disforia frente a los cambios puberales tempranos,

tener apoyo psicológico y social adecuado para el tratamiento, comprender los riesgos y beneficios del tratamiento, y no sufrir una comorbilidad psiquiátrica que pueda interferir con el tratamiento (Wylie et al. al, 2009). Para evaluar la elegibilidad, la mayoría de las clínicas ofrecen evaluaciones por un profesional de la salud mental que ve al adolescente y su familia durante un largo período de tiempo antes de que se tomen decisiones con respecto a las intervenciones médicas. Este tiempo se utiliza para preparar al adolescente para el largo período de tratamiento médico y sopesar los pros y los contras del tratamiento para que pueda tomar una decisión informada. Aunque muchos adolescentes tienen un claro deseo de recibir tratamiento médico, algunos aún no están seguros y quieren explorar sus sentimientos disfóricos de género de manera más amplia. Algunas veces, las dificultades psiquiátricas comórbidas como TEA con pensamiento rígido, depresión severa con ideación suicida o ansiedad con evitación preocupante y rechazo escolar, complican el trabajo de diagnóstico y hacen que sea imposible acudir a los controles regulares y tomar medicamentos. Puede ser necesario realizar el tratamiento de estos trastornos psiquiátricos antes de la intervención endocrina. La importancia del apoyo de los padres para el bienestar psicológico de estos adolescentes es ampliamente reconocido (Simons et al, 2013). El tiempo utilizado para la evaluación también puede ser útil para abordar las preocupaciones de los padres y mejorar la relación adolescente-padre. El tiempo necesario antes de que se realice la intervención médica dependerá de cada individuo, pero requerirá más tiempo, si existen otros problemas psicosociales (Costa et al., 2015; de Vries et al., 2011b).

Intervenciones Reversibles (Bloqueo Puberal)

La primera intervención (implementada en las etapas 2 o 3 de Tanner) es el bloqueo puberal con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina.

Intervenciones Parcialmente Reversibles (Tratamiento Hormonal Cruzado)

De acuerdo con las guías de la Sociedad de Endocrinología de Estados Unidos, alrededor de los 16 años, los pacientes pueden optar a pasar a la siguiente intervención: terapia hormonal cruzada con estrógeno o testosterona. Algunos investigadores han notado que las hormonas cruzadas pueden iniciarse antes, ya que retrasar la pubertad fuera de la edad apropiada para el desarrollo puede causar problemas sociales para estos jóvenes (Rosenthal, 2014).

Las nuevas guías de la Sociedad Endocrina publicadas el 2017, están de acuerdo con este enfoque. Los criterios adicionales para la terapia hormonal cruzada son idénticos a los de los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina en las Guías de la Sociedad Endocrina.

Las hormonas cruzadas iniciarán el desarrollo de características sexuales secundarias de la pubertad deseada. Estas intervenciones son en su mayoría irreversibles y tienen un perfil de efectos secundarios más significativo.

El efecto secundario más prominente de la terapia con estrógenos es la hipercoagulabilidad, aunque los médicos que prescriben estos medicamentos deben conocer el espectro completo de efectos secundarios. Hay que tener en cuenta que la hipercoagulabilidad puede ser particularmente problemática para los pacientes sometidos a cirugía de alto riesgo, como la vaginoplastia. Los pacientes que toman estos medicamentos deben controlarse regularmente para detectar las

concentraciones séricas de hormonas y mantenerse dentro de rangos normales de testosterona y estrógeno para su género deseado. La espironolactona se ha utilizado por sus propiedades antiandrogénicas en casos seleccionados, pero generalmente no se considera un tratamiento de primera línea dado su desfavorable perfil de efectos secundarios como diurético (Wylie et al, 2009).

Intervenciones Irreversibles (Cirugías Afirmativas de Género)

A la edad legal para la adultez, los pacientes pueden optar a someterse a una variedad de intervenciones quirúrgicas, que incluyen vaginoplastia, faloplastia, escrotoplastia, aumento de senos, reconstrucción facial, histerectomía y reducción de la condroplastia tiroidea, entre otros. Los pacientes deben ser cuidadosamente asesorados sobre los riesgos y beneficios de la cirugía. Las intervenciones quirúrgicas específicas son muchas y están fuera del alcance de este capítulo. Hay que tener en cuenta, que algunas intervenciones quirúrgicas pueden ser consideradas al inicio del curso del tratamiento. En los Estándares de Cuidado de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH), las mastectomías se están realizando antes de los 18 años (Coleman et al, 2011).

Consideraciones de Fertilidad

Existe una escasez de investigación sobre los efectos del bloqueo puberal y la terapia de sustitución hormonal sobre la fertilidad futura. Los pacientes interesados, deben ser asesorados sobre las opciones de preservación de la fertilidad al inicio del tratamiento y antes de comenzar el tratamiento hormonal.

ASPECTOS CULTURALES

Al brindar atención a las personas transgénero y no conformes con el género, será necesario considerar la situación legal local, la dinámica familiar, las actitudes de los pacientes y sus familias, y ajustar los servicios según corresponda. Al tratar a las familias de inmigrantes y las minorías étnicas en los países occidentales, es importante entender la cultura de la familia y cómo han sido influenciados por la cultura de acogida en lo que respecta a la sexualidad y el género. Uno no puede asumir que la inmigración necesariamente alteró los conceptos culturales de fondo sobre la sexualidad y el género, incluido el estigma, en muchos casos se vuelven más rígidos. Los asuntos legales siguen siendo muy importantes para brindar atención, ya que incluso en los Estados Unidos, han habido varios retrocesos con respecto a la protección legal de las personas transgénero y no conformes con su género.

RESUMEN

Los jóvenes transgénero y no conformes con su género representan un grupo demográfico vulnerable con altas tasas de trastornos psiquiátricos concurrentes y conducta suicida, probablemente secundaria a estrés minoritario y disforia relacionada con vivir en un cuerpo que no coincide con el género experimentado. Los niños prepúberes con una conducta o identificación de género diferente son mejor apoyados con psicoterapia e intervenciones socio-familiares. Para aquellos niños que continúan teniendo una fuerte identificación de sexo cruzado en la adolescencia, se ha demostrado que el bloqueo puberal y la terapia de hormonas cruzadas para alinear los cuerpos de los pacientes con sus identidades experimentadas mejoran los resultados de la salud mental.

REFERENCIAS

- Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles: An Integrated System of Multi-Informant Assessment*. Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.
- Adelson SL. Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51:957-974, 2012.
- Aitken M, Steensma TD, Blanchard R et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine* 12:756-763, 2015.
- Aitken M, VanderLaan DP, Wasserman L et al. Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 55:513-520, 2016.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third ed. Washington, DC, Author, 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third ed., rev. Washington, DC, Author, 1987.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC, Author, 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth ed. Arlington, VA, American Psychiatric Press, 2013.
- American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist* 70:832-864, 2015.
- Andres R, Flores JLH, Gates GJ et al. *How Many Adults Identify as Transgender in the United States?* Los Angeles, The Williams Institute, 2016.
- Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W et al. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry* 30:807-815, 2015.
- Berglund H, Lindstrom P, Dhejne-Helmy C et al. Male-to-female transsexuals show sex-atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids. *Cerebral Cortex* 18:1900-1908, 2008.
- Byne W, Bradley SJ, Coleman E et al. Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior* 41:759-796, 2012.
- Chayet S. *Moi, Nikki, 13 ans, née Niko*. *Le Monde*, 2014(December 10). Retrieved from http://www.lemonde.fr/m-actu/article/2014/12/10/moi-nikki-13-ans-nee-niko_4534297_4497186.html
- Chen M, Fuqua J, Eugster EA. Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health* 58:369-371, 2016.
- Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health* 55:93-99, 2014.
- Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. *Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: Making Choices*. London, Sage, 2003.
- Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH. Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry* 7:246-248, 1998.
- Colapinto J. *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl*. New York, Harper Collins Publishers, 2000.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender non-conforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism* 13:165-232, 2011.
- Conron KJ, Scott G, Stowell GS et al. Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health* 102:118-122, 2012.
- Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics* 32:251-257, 2002.
- Costa R, Dunsford M, Skagerberg E et al. Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine* 12:2206-2214, 2015.
- Dessens AB, Slijper FM, Drop SL. Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior* 34:389-397, 2005.
- de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality* 59:301-320, 2012.
- de Vries ALC, Doreleijers TA, Steensma TD et al. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:1195-1202, 2011a.
- de Vries ALC, Kreukels BPC, Steensma TD et al. Comparing adult and adolescent transsexuals: An MMPI-2 and MMPI-A study. *Psychiatry Research* 186:414-418, 2011b.
- de Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, et al. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics* 134:696-704, 2014.
- de Vries ALC, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT et al. Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry* 25:579-588, 2016.
- Diamond M, Sigmundson HK. Sex reassignment at birth: Long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 151:298-304, 1997.
- Dreger A. Gender identity disorder in childhood: Inconclusive advice to parents. *Hastings Center Report* 39:26-29,

- 2009.
- Drescher J, Byne W. Introduction to the special issue on “The Treatment of Gender Dysphoric/Gender Variant Children and Adolescents.” *Journal of Homosexuality* 59:295-300, 2012
- Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry* 3:297-304, 2016.
- Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M et al. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology* 44:34-45, 2008
- Edwards-Leeper L, Leibowitz S, Sangganjanavanich VF. Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 3:165-172, 2016.
- Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality* 59:337-356, 2012.
- Fridell SR, Zucker KJ, Bradley SJ et al. Physical attractiveness of girls with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior* 25:17-31, 1996.
- Giedd JN, Raznahan A, Mills KL, et al. Magnetic resonance imaging of male/female differences in human adolescent brain anatomy. *Biology of Sex Differences* 3(1):19, 2012, doi: 10.1186/2042-6410-3-19.
- Green R. *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. New York, Basic Books, 1974.
- Green R. *The “Sissy Boy Syndrome” and the Development of Homosexuality*. New Haven, CT, Yale University Press, 1987.
- Green R. Banning therapy to change sexual orientation or gender identity in patients under 18. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 45:7-11, 2017.
- Guillamon A, Junque C, Gomez-Gil E. A review of the status of brain structure research in transsexualism. *Archives of Sexual Behavior* 2016, doi:10.1007/s10508-016-0768-5.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11):3869-3903, 2017.
- Hill DB, Menvielle E. “You have to give them a place where they feel protected and safe and loved”: The views of parents who have gender-variant children and adolescents. *Journal of LGBT Youth* 6:243-271, 2009.
- Hines M. Gonadal hormones and sexual differentiation of human brain and behavior. In: Pfaff DW, Arnold AP, Etgen AM et al (eds) *Hormones, Brain and Behavior*, 2nd ed. San Diego, Academic Press, 2009, pp. 1869-1910.
- Hines M. Gender development and the human brain. *Annual Review of Neuroscience* 34:69-88, 2011.
- Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 21:108-118, 2016.
- Hsieh S, Leininger J. Resource list: Clinical care programs for gender-nonconforming children and adolescents. *Pediatric Annals* 43:238-244, 2014.
- Hughes IA, Houk C, Ahmed SF et al. Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood* 91:554-563, 2006.
- Jones RM, Wheelwright S, Farrell K et al. Female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42:301-306, 2012.
- Kaltiala-Heino R, Sumia M, Tyolajarvi M et al. Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 9:9, 2015, doi:10.1186/s13034-015-0042-y.
- Khatchadourian K, Amed S, Metzger DL. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *Journal of Pediatrics* 164:906-911, 2014.
- Klink D, Caris M, Heijboer A et al. Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 100:E270-E275, 2015, doi: 10.1210/jc.2014-2439.
- Kreukels BPC, Guillamon A. Neuroimaging studies in people with gender incongruence. *International Review of Psychiatry* 28:120-128, 2016.
- Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW et al. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 85:2034-2041, 2000.
- Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior* 43:377-385, 2014.
- Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *Lancet* 383:896-910, 2014.
- Lawrence AA. Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies (subtypes) for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior* 39:514-545, 2010.
- Marantz S, Coates S. Mothers of boys with gender identity disorder: A comparison of matched controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30:310-315, 1991.
- Mazur T. Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior* 34:411-421, 2005.
- McDermid SA, Zucker KJ, Bradley SJ et al. Effects of physical appearance on masculine trait ratings of boys and girls with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior* 27:253-267, 1998.
- McGuire JK, Anderson CR, Toomey RB et al. School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence* 39:1175-1188, 2010.
- Merke DP, Bornstein SR. Congenital adrenal hyperplasia. *Lancet* 365:2125-2136, 2005.
- Meyer-Bahlburg HFL. Gender identity disorder in young boys: A parent-and peer-based treatment protocol. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7:360-376, 2002.

- Meyer-Bahlburg HFL. Gender identity outcome in female-raised 46, XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior* 34: 423-438, 2005.
- Meyer-Bahlburg HFL, Baratz Dalke K, Berenbaum SA et al. Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: Update of the 2005 consensus conference. *Hormone Research in Paediatrics* 85:112-118, 2016.
- Money J, Hampson JG, Hampson JL. Imprinting and the establishment of gender role. *Archives of Neurology and Psychiatry* 77:333-336, 1957.
- Morrison EG. Transgender as ingroup or outgroup? Lesbian, gay, and bisexual viewers respond to a transgender character in daytime television. *Journal of Homosexuality* 57:650-665, 2010.
- Olson KR. Prepubescent transgender children: What we do and do not know. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 55:155-156, 2016.
- Olson J, Schrage SM, Belzer M et al. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *Journal of Adolescent Health* 57:374-380, 2015.
- Olson KR, Durwood L, DeMeules M et al. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics* 137(3): doi:10.1542/peds.2015-3223, 2016a.
- Olson KR, Durwood L, DeMeules M et al. Author response to McKean, Vande Voort, and Croarkin (2016). *Pediatrics* 138(1): doi:10.1542/peds.2016-1203B, 2016b.
- Padawer R. Boygirl. *The New York Times Magazine* pp. 18-23, 36, 46, 2012 (August 12).
- Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior* 43:387-393, 2014.
- Pasterski V, Zucker KJ, Hindmarsh PC et al. Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Archives of Sexual Behavior* 44:1363-1375, 2015.
- Pleak R. Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In: Rottnek M (ed). *Sissies & Tomboys: Gender Nonconformity & Homosexual Childhood*. New York, New York University Press, 1999, pp. 44-51.
- Pohl A, Cassidy S, Auyeung B, et al. Uncovering steroidopathy in women with autism: A latent class analysis. *Molecular Autism* 5:27, 2014.
- Reardon S. Largest ever study of transgender teenagers set to kick off. *Nature* 531:560, 2016.
- Richter-Appelt H, Discher C, Gedrose B. Gender identity and recalled gender related childhood play-behaviour in adult individuals with different forms of intersexuality. *Anthropologischer Anzeiger* 63:241-256, 2005.
- Rider GN, McMorris BJ, Gower AL et al. Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: a population-based study. *Pediatrics*, 2018 p.e20171683.
- Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry* 28:13-20, 2016.
- Rosenthal SM. Approach to the patient: Transgender youth: Endocrine considerations. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 99:4379-4389, 2014.
- Rosin H. A boy's life. *The Atlantic* 302(4):56-59, 62, 64, 66-68, 70-71, 2008.
- Ruigrok AN, Salimi-Khorshidi G, Lai MC, et al. A meta-analysis of sex differences in human brain structure. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 39:34-50, 2014.
- Schagen SE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA et al. Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *Journal of Sexual Medicine* 13:1125-1132, 2016.
- Schoning S, Engelen A, Bauer C et al. Neuroimaging differences in spatial cognition between men and male-to-female transsexuals before and during hormone therapy. *Journal of Sexual Medicine* 7:1858-1867, 2010.
- Schuster MA, Reisner SL, Onorato SE. Beyond bathrooms—meeting the health needs of transgender people. *New England Journal of Medicine* 375:101-103, 2016.
- Shields JP, Cohen R, Glassman JR et al. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health* 52:248–250, 2013.
- Simons L, Schrage SM, Clark LF et al. Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health* 53:791-793, 2013.
- Singh D. *A Follow-up Study of Boys with Gender Identity Disorder*. Unpublished doctoral dissertation, University of Toronto, 2012.
- Skagerberg E, Carmichael P. Internalizing and externalizing behaviors in a group of young people with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism* 14:105-112, 2013.
- Soleman RS, Schagen SE, Veltman DJ et al. Sex differences in verbal fluency during adolescence: A functional magnetic resonance imaging study in gender dysphoric and control boys and girls. *Journal of Sexual Medicine* 10:1969-1977, 2013.
- Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics* 129:418-425, 2012.
- Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Gender transitioning before puberty? [Letter to the Editor]. *Archives of Sexual Behavior* 40:649-650, 2011.
- Steensma TD, Kreukels BPC, de Vries ALC et al. Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior* 64:288-297, 2013a.
- Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC et al. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-

- up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 52:582-590, 2013b.
- Steensma TD, van der Ende J, Verhulst FC et al. Gender variance in childhood and sexual orientation in adulthood: A prospective study. *Journal of Sexual Medicine* 10:2723-2733, 2013c.
- Steensma TD, Zucker KJ, Kreukels BPC et al. Behavioral and emotional problems on the Teacher's Report Form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 42:635-647, 2014.
- Strang JF, Kenworthy L, Dominska A et al. Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Sexual Behavior* 43:1525-1533, 2014
- Strang, JF, Meagher H, Kenworthy L et al. Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 47:105-115, 2018.
- Swaab DF, Garcia-Falgueras A. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Functional Neurology* 24:17-28, 2009.
- The Associated Press. David Reimer, 38, subject of the John/Joan case. 2004 (May 12).
- T'Sjoen G, De Cuypere G, Monstrey S et al. Male gender identity in complete androgen insensitivity syndrome. *Archives of Sexual Behavior* 40:635-638, 2011.
- Turban JL, van Schalkwyk GI, 2018. "Gender dysphoria" and autism spectrum disorder: is the link real? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 57(1); 8-9, 2018.
- van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E et al. Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior* 44:1281-1287, 2015.
- van der Miesen AI, Hurley H, Bal A et al. Gender variance and autism spectrum disorder. Manuscript submitted for publication, 2016a.
- van der Miesen AI, Hurley H, de Vries ALC. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry* 28:70-80, 2016b.
- Vance SR, Cohen-Kettenis PT, Drescher J et al. Opinions about the DSM gender identity disorder diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. *International Journal of Transgenderism* 12:1-14, 2010.
- Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47:1413-1423, 2008.
- Wallien MS, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46:1307-1314, 2007.
- Wood H, Sasaki S, Bradley SJ et al. Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): Age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex & Marital Therapy* 39:1-6, 2013.
- Wylie CH, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal H et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 94:3132-3154, 2009.
- Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ et al. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 378:68-70, 1995.
- Zucker KJ. Gender identity disorder. In: Martin A, Volkmar FR (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 4th ed. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, pp. 669-680.
- Zucker KJ. Treatment of gender identity disorders in children. In: Blanchard R, Steiner BW (eds). *Clinical Management of Gender Identity Disorders in Children and Adults*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990, pp. 25-45.
- Zucker KJ, Bradley SJ. *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York, Guilford Press, 1995.
- Zucker KJ, Wild J, Bradley SJ et al. Physical attractiveness of boys with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior* 22:23-36, 1993.
- Zuger B. Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease* 172:90-97, 1984.

