

International Journal of Transgender Health

ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/wijt21>

Estándares de Atención para la Salud de las Personas Transgénero y de Género Diverso, Versión 8

E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrian, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitan, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuypere, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Einfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus

To cite this article: E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M.B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitan, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuypere, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Einfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, International Journal of Transgender Health, 23:sup1, S1-S259, DOI: [10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>



© 2022 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.



Published online: 15 Sep 2022



Submit your article to this journal



Article views: 77931



View related articles



View Crossmark data



[Citing articles: 2](#) [View citing articles](#)




Full Terms & Conditions of access and use can be found at <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=wijt21>

Estándares de Atención para la Salud de las Personas Transgénero y de Género Diverso, Versión 8

E. Coleman¹, A. E. Radix^{2,3}, W. P. Bouman^{4,5}, G. R. Brown^{6,7}, A. L. C. de Vries^{8,9}, M. B. Deutsch^{10,11}, R. Ettner^{12,13}, L. Fraser¹⁴, M. Goodman¹⁵, J. Green¹⁶, A. B. Hancock¹⁷, T. W. Johnson¹⁸, D. H. Karasic^{19,20}, G. A. Knudson^{21,22}, S. F. Leibowitz²³, H. F. L. Meyer-Bahlburg^{24,25}, S. J. Monstrey²⁶, J. Motmans^{27,28}, L. Nahata^{29,30}, T. O. Nieder³¹, S. L. Reisner^{32,33}, C. Richards^{34,35}, L. S. Schechter³⁶, V. Tangpricha^{37,38}, A. C. Tishelman³⁹, M. A. A. Van Trotsenburg^{40,41}, S. Winter⁴², K. Ducheny⁴³, N. J. Adams^{44,45}, T. M. Adrián^{46,47}, L. R. Allen⁴⁸, D. Azul⁴⁹, H. Bagga^{50,51}, K. Başar⁵², D. S. Bathory⁵³, J. J. Belinky⁵⁴, D. R. Berg⁵⁵, J. U. Berli⁵⁶, R. O. Bluebond-Langner^{57,58}, M.-B. Bouman^{9,59}, M. L. Bowers^{60,61}, P. J. Brassard^{62,63}, J. Byrne⁶⁴, L. Capitán⁶⁵, C. J. Cargill⁶⁶, J. M. Carswell^{32,67}, S. C. Chang⁶⁸, G. Chelvakumar^{69,70}, T. Corneil⁷¹, K. B. Dalke^{72,73}, G. De Cuyper⁷⁴, E. de Vries^{75,76}, M. Den Heijer^{9,77}, A. H. Devor⁷⁸, C. Dhejne^{79,80}, A. D'Marco^{81,82}, E. K. Edmiston⁸³, L. Edwards-Leeper^{84,85}, R. Ehrbar^{86,87}, D. Ehrensaft¹⁹, J. Einfeld⁸⁸, E. Elaut^{74,89}, L. Erickson-Schroth^{90,91}, J. L. Feldman⁹², A. D. Fisher⁹³, M. M. Garcia^{94,95}, L. Gijssels⁹⁶, S. E. Green⁹⁷, B. P. Hall^{98,99}, T. L. D. Hardy^{100,101}, M. S. Irwig^{32,102}, L. A. Jacobs¹⁰³, A. C. Janssen^{23,104}, K. Johnson^{105,106}, D. T. Klink^{107,108}, B. P. C. Kreukels^{9,109}, L. E. Kuper^{110,111}, E. J. Kvach^{112,113}, M. A. Malouf¹¹⁴, R. Massey^{115,116}, T. Mazur^{117,118}, C. McLachlan^{119,120}, S. D. Morrison^{121,122}, S. W. Mosser^{123,124}, P. M. Neira^{125,126}, U. Nygren^{127,128}, J. M. Oates^{129,130}, J. Obedin-Maliver^{131,132}, G. Pagkalos^{133,134}, J. Patton^{135,136}, N. Phanuphak¹³⁷, K. Rachlin¹⁰³, T. Reed^{138†}, G. N. Rider⁵⁵, J. Ristori⁹³, S. Robbins-Cherry⁴, S. A. Roberts^{32,139}, K. A. Rodriguez-Wallberg^{140,141}, S. M. Rosenthal^{142,143}, K. Sabir¹⁴⁴, J. D. Safer^{60,145}, A. I. Scheim^{146,147}, L. J. Seal^{35,148}, T. J. Sehoole¹⁴⁹, K. Spencer⁵⁵, C. St. Amand^{150,151}, T. D. Steensma^{9,109}, J. F. Strang^{152,153}, G. B. Taylor¹⁵⁴, K. Tilleman¹⁵⁵, G. G. T'Sjoen^{74,156}, L. N. Vala¹⁵⁷, N. M. Van Mello^{9,158}, J. F. Veale¹⁵⁹, J. A. Vencill^{160,161}, B. Vincent¹⁶², L. M. Wesp^{163,164}, M. A. West^{165,166} and J. Arcelus^{5,167}

¹Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; ²Callen-Lorde Community Health Center, New York, NY, USA; ³Department of Medicine, NYU Grossman School of Medicine, New York, NY, USA; ⁴Nottingham Centre for Transgender Health, Nottingham, UK; ⁵School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK; ⁶James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City, TN, USA; ⁷James H. Quillen VaMC, Johnson City, TN, USA; ⁸Department of Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ⁹Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; ¹⁰Department of Family & Community Medicine, University of California—San Francisco, San Francisco, CA, USA; ¹¹UCSF Gender Affirming Health Program, San Francisco, CA, USA; ¹²New Health Foundation Worldwide, Evanston, IL, USA; ¹³Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, USA; ¹⁴Independent Practice, San Francisco, CA, USA; ¹⁵Emory University Rollins School of Public Health, Atlanta, GA, USA; ¹⁶Independent Scholar, Vancouver, WA, USA; ¹⁷The George Washington University, Washington, DC, USA; ¹⁸Department of Anthropology, California State University, Chico, CA, USA; ¹⁹University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA; ²⁰Independent Practice at dankarasic.com; ²¹University of British Columbia, Vancouver, Canada; ²²Vancouver Coastal Health, Vancouver, Canada; ²³Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, IL, USA; ²⁴New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ²⁵Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA; ²⁶Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ²⁷Transgender Infopunt, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ²⁸Centre for Research on Culture and Gender, Ghent University, Ghent, Belgium; ²⁹Department of Pediatrics, the Ohio State University College of Medicine, Columbus, OH, USA; ³⁰Endocrinology and Center for Biobehavioral Health, the Abigail Wexner Research Institute at Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA; ³¹University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg, Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, Hamburg, Germany; ³²Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ³³Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA; ³⁴Regents University London, UK; ³⁵Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, London, UK; ³⁶Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA; ³⁷Division of Endocrinology, Metabolism & Lipids, Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; ³⁸Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, USA; ³⁹Boston College, Department of Psychology and Neuroscience, Chestnut Hill, MA, USA; ⁴⁰Bureau GenderPro, Vienna, Austria; ⁴¹University Hospital Lilienfeld—St. Pölten, St. Pölten, Austria; ⁴²School of Population Health, Curtin University, Perth, WA, Australia; ⁴³Howard Brown Health, Chicago, IL, USA; ⁴⁴University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education, Toronto, Canada; ⁴⁵Transgender Professional Association For Transgender Health (TPATH); ⁴⁶Asamblea Nacional de Venezuela, Caracas, Venezuela; ⁴⁷Diverx Diversidad e Igualdad a Través de la Ley, Caracas, Venezuela; ⁴⁸University of Nevada, Las Vegas, NV, USA; ⁴⁹La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Bendigo, Australia; ⁵⁰Monash Health Gender Clinic, Melbourne, Victoria, Australia; ⁵¹Monash University, Melbourne, Victoria, Australia; ⁵²Department of Psychiatry, Hacettepe University, Ankara, Turkey; ⁵³Independent Practice at Bathory International PLLC, Winston-Salem, NC, USA; ⁵⁴Durand Hospital, Guemes Clinic and Urological Center, Buenos Aires, Argentina; ⁵⁵National Center for Gender Spectrum Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; ⁵⁶Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA; ⁵⁷NYU Langone Health, New York, NY, USA; ⁵⁸Hansjörg Wyss Department of Plastic Surgery, New York, NY, USA; ⁵⁹Department of Plastic Surgery, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam,

Netherlands; ⁶⁰Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA; ⁶¹Mills-Peninsula Medical Center, Burlingame, CA, USA; ⁶²GrS Montreal, Complexe CMC, Montreal, Quebec, Canada; ⁶³Université de Montreal, Quebec, Canada; ⁶⁴University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa; ⁶⁵The Facialteam Group, Marbella International Hospital, Marbella, Spain; ⁶⁶Independent Scholar; ⁶⁷Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA; ⁶⁸Independent Practice, Oakland, CA, USA; ⁶⁹Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA; ⁷⁰The Ohio State University, College of Medicine, Columbus, OH, USA; ⁷¹School of Population & Public Health, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; ⁷²Penn State Health, PA, USA; ⁷³Penn State College of Medicine, Hershey, PA, USA; ⁷⁴Center for Sexology and Gender, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ⁷⁵Nelson Mandela University, Gqeberha, South Africa; ⁷⁶University of Cape Town, Cape Town, South Africa; ⁷⁷Department of Endocrinology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ⁷⁸University of Victoria, Victoria, BC, Canada; ⁷⁹ANOVA, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ⁸⁰Department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁸¹UCTRANS—United Caribbean Trans Network, Nassau, The Bahamas; ⁸²D M A R C O Organization, Nassau, The Bahamas; ⁸³University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA; ⁸⁴Pacific university, Hillsboro, OR, USA; ⁸⁵Independent Practice, Beaverton, OR, USA; ⁸⁶Whitman Walker Health, Washington, DC, USA; ⁸⁷Independent Practice, Maryland, USA; ⁸⁸Transvisie, Utrecht, The Netherlands; ⁸⁹Department of Clinical Experimental and Health Psychology, Ghent University, Ghent, Belgium; ⁹⁰The Jed Foundation, New York, NY, USA; ⁹¹Hetrick-Martin Institute, New York, NY, USA; ⁹²Institute for Sexual and Gender Health, Institute for sexual and gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; ⁹³Andrology, Women Endocrinology and Gender Incongruence, Careggi University Hospital, Florence, Italy; ⁹⁴Department of Urology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA; ⁹⁵Departments of Urology and Anatomy, University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA; ⁹⁶Institute of Family and Sexuality Studies, Department of Neurosciences, KU Leuven, Leuven, Belgium; ⁹⁷Mermaids, London/ Leeds, UK; ⁹⁸Duke University Medical Center, Durham, NC, USA; ⁹⁹Duke Adult Gender Medicine Clinic, Durham, NC, USA; ¹⁰⁰Alberta Health Services, Edmonton, Alberta, Canada; ¹⁰¹Macewan University, Edmonton, Alberta, Canada; ¹⁰²Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA; ¹⁰³Independent Practice, New York, NY, USA; ¹⁰⁴Northwestern Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA; ¹⁰⁵RMIT University, Melbourne, Australia; ¹⁰⁶University of Brighton, Brighton, UK; ¹⁰⁷Department of Pediatrics, Division of Pediatric Endocrinology, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ¹⁰⁸Division of Pediatric Endocrinology and Diabetes, Zna Queen Paola Children's Hospital, Antwerp, Belgium; ¹⁰⁹Department of Medical Psychology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ¹¹⁰Department of Psychiatry, Southwestern Medical Center, University of Texas, Dallas, TX, USA; ¹¹¹Department of Endocrinology, Children's Health, Dallas, TX, USA; ¹¹²Denver Health, Denver, CO, USA; ¹¹³University of Colorado School of Medicine, Aurora, CO, USA; ¹¹⁴Malouf Counseling and Consulting, Baltimore, MD, USA; ¹¹⁵WPATH Global Education Institute; ¹¹⁶Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; ¹¹⁷Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, University at Buffalo, Buffalo, NY, USA; ¹¹⁸John R. Oishei Children's Hospital, Buffalo, NY, USA; ¹¹⁹Professional Association for Transgender Health, South Africa; ¹²⁰Gender DynamiX, Cape Town, South Africa; ¹²¹Division of Plastic Surgery, Seattle Children's Hospital, Seattle, WA, USA; ¹²²Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, University of Washington Medical Center, Seattle, WA, USA; ¹²³Gender Confirmation Center, San Francisco, CA, USA; ¹²⁴Saint Francis Memorial Hospital, San Francisco, CA, USA; ¹²⁵Johns Hopkins Center for Transgender Health, Baltimore, MD, USA; ¹²⁶Johns Hopkins Medicine Office of Diversity, Inclusion and Health Equity, Baltimore, MD, USA; ¹²⁷Division of Speech and Language Pathology, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ¹²⁸Speech and Language Pathology, Medical Unit, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ¹²⁹La Trobe University, Melbourne, Australia; ¹³⁰Melbourne Voice Analysis Centre, East Melbourne, Australia; ¹³¹Stanford University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Palo Alto, CA, USA; ¹³²Department of Epidemiology and Population Health, Stanford, CA, USA; ¹³³Independent Practicethessaloniki, Greece; ¹³⁴Military Community Mental Health Center, 424 General Military Training Hospital, Thessaloniki, Greece; ¹³⁵Talkspace, New York, NY, USA; ¹³⁶CytiPsychological LLC, San Diego, CA, USA; ¹³⁷Institute of HIV research and Innovation, Bangkok, Thailand; ¹³⁸Gender Identity Research and Education Society, Leatherhead, UK; ¹³⁹Division of Endocrinology, Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA; ¹⁴⁰Department of Reproductive Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ¹⁴¹Department of Oncology-Pathology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; ¹⁴²Division of Pediatric Endocrinology, UCSF, San Francisco, CA, USA; ¹⁴³UCSF Child and Adolescent Gender Center; ¹⁴⁴FtM Phoenix Group, Krasnodar Krai, Russia; ¹⁴⁵Mount Sinai Center for Transgender Medicine and Surgery, New York, NY, USA; ¹⁴⁶Epidemiology and Biostatistics, Dornsife School of Public Health, Drexel University, Philadelphia, PA, USA; ¹⁴⁷Epidemiology and Biostatistics, Schulich School of Medicine and Dentistry, Western University, Ontario, Canada; ¹⁴⁸St George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK; ¹⁴⁹Irant, Johannesburg, South Africa; ¹⁵⁰University of Houston, Houston, TX, USA; ¹⁵¹Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁵²Children's National Hospital, Washington, DC, USA; ¹⁵³George Washington University School of Medicine, Washington, DC, USA; ¹⁵⁴Atrium Health Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, Charlotte, NC, USA; ¹⁵⁵Department for Reproductive Medicine, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ¹⁵⁶Department of Endocrinology, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ¹⁵⁷Independent Practice, Campbell, CA, USA; ¹⁵⁸Department of Obstetrics and Gynaecology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ¹⁵⁹School of Psychology, University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa; ¹⁶⁰Department of Psychiatry & Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁶¹Division of General Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁶²Trans Learning Partnership at <https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, UK; ¹⁶³College of Nursing, University of Wisconsin Milwaukee, Milwaukee, WI, USA; ¹⁶⁴Health Connections Inc., Glendale, WI, USA; ¹⁶⁵North Memorial Health Hospital, Robbinsdale, MN, USA; ¹⁶⁶University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; ¹⁶⁷Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

CONTACT Dr Eli Coleman, PhD  Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA

†Deceased.

© 2022 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, trans- formed, or built upon in any way

RESUMEN

Antecedentes: El cuidado de la salud de las personas transgénero constituye un campo interdisciplinario de rápida evolución. En la última década, hubo un incremento sin precedentes del número y visibilidad de personas transgénero y de género diverso (TGD) que buscan apoyo y un tratamiento médico de afirmación de género en simultáneo con un incremento significativo de la literatura científica disponible en esta área. La *World Professional Association for Transgender Health* (Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero -WPATH, por su sigla en inglés) es una asociación profesional internacional multidisciplinaria cuya misión es promover la atención basada en la evidencia, formación investigativa y desarrollo de políticas públicas como así también el respeto por la salud de las personas transgénero. Una de las principales funciones de esta institución es promover los estándares más altos de atención de la salud de personas TGD por medio de los Estándares de Atención (SOC, por sus siglas en inglés). La primera versión de los SOC se desarrolló en 1979 y la última versión, denominada SOC-7 se publicó en 2012. Dado el surgimiento de nueva evidencia científica, la WPATH encomendó el desarrollo de una nueva versión de los Estándares: los SOC-8.

Objetivo: el objetivo general de los SOC-8 es proveer a los profesionales de la salud (PS) una guía clínica para la atención de personas transgénero que buscan acceder a un camino seguro y efectivo para alcanzar la plenitud personal duradera en armonía con sus géneros y de esa forma optimizar su salud física general, su bienestar psicológico y su satisfacción personal.

Métodos: los SOC-8 se redactaron en base a la mejor evidencia científica disponible y cuentan con el consenso de profesionales expertos en salud de personas transgénero. Se seleccionaron profesionales y personas interesadas en la salud de personas transgénero del ámbito internacional para formar parte del comité para la redacción de los SOC-8. Las recomendaciones se desarrollaron en base a información proveniente de revisiones sistemáticas e independientes cuando éstas se encontraban disponibles, de publicaciones de antecedentes y de opiniones de expertos en la materia. El grado de recomendación se basó en la evidencia disponible, una discusión sobre los riesgos y potenciales daños, como así también en la viabilidad de su aplicación y posible aceptación en los diferentes contextos y marcos culturales de distintos países.

Resultados: los SOC-8 constan de 18 capítulos que contienen recomendaciones destinadas a los profesionales de la salud que brindan atención y tratamiento a las personas TGD. A cada recomendación le sigue un texto explicativo con referencias pertinentes. Los capítulos denominados Terminología, Aplicación Global, Estadísticas de Población y Formación cubren las áreas generales relativas a la salud de las personas transgénero. Los capítulos desarrollados para la diversa comunidad TGD incluyen Evaluación en la Adulthood, Adolescencia, Niñez, Personas no binarias, Eunucos y Personas Intersex, como así también personas que viven en entornos institucionales. Por último, los capítulos relacionados con el tratamiento de afirmación de género son los de Terapia Hormonal, Cirugía y Cuidado Postoperatorio, Voz y Comunicación, Atención Primaria, Salud Reproductiva, Salud Sexual y Salud Mental.

Conclusiones: Los SOC-8 fueron diseñados para ser flexibles de manera de poder satisfacer las necesidades más diversas de la atención en salud de las personas TGD dentro del contexto mundial. Si bien son adaptables, ofrecen estándares para promover un cuidado de la salud óptimo y guías para el tratamiento de personas que presentan incongruencia de género. Como en todas las versiones anteriores de los SOC, el criterio que se establece en este documento para las intervenciones médicas de afirmación de género es el de brindar guías clínicas. Los profesionales de la salud, como así también los programas destinados a la atención de la salud, pueden modificarlos de común acuerdo con la persona TGD

PALABRAS CLAVE

adolescencia, evaluación, niñez, comunicación, educación, endocrinología, eunuco, diversidad de género, profesional de la salud, entornos institucionales, intersex, salud mental, no binario, población, cuidados postoperatorios, atención primaria, salud reproductiva, salud sexual, SOC-8, Estándares de Atención, cirugía, terminología, transgénero, voz.

Tabla de Contenidos

	Nro Pagina
Introducción	7
CAPÍTULO 1. Terminología	15
CAPÍTULO 2. Aplicación Global	20
CAPÍTULO 3. Estadísticas de Población	31
CAPÍTULO 4. Formación	37
CAPÍTULO 5. Evaluación en la Adulthood	42
CAPÍTULO 6. Adolescencia	57
CAPÍTULO 7. Niñez	88
CAPÍTULO 8. Personas No Binarias	104
CAPÍTULO 9. Eunucos	115
CAPÍTULO 10. Personas Intersex	122
CAPÍTULO 11. Entornos Institucionales	136
CAPÍTULO 12. Terapia Hormonal	143
CAPÍTULO 13. Cirugía y Cuidados Postoperatorios	165
CAPÍTULO 14. Voz y Comunicación	177
CAPÍTULO 15. Atención Primaria	185
CAPÍTULO 16. Salud Reproductiva	202
CAPÍTULO 17. Salud Sexual	211
CAPÍTULO 18. Salud Mental	221
Agradecimientos	229
Referencias	230
Anexo A: Metodología	338
Anexo B: Glosario	346
Anexo C: Terapia hormonal de Afirmación de Género	349
Anexo D: Criterios para Tratamientos Hormonales y Quirúrgicos en la Adulthood y la Adolescencia	352
Anexo E: Procedimientos Quirúrgicos de Afirmación de Género	355

INTRODUCCIÓN

Objetivo y utilización de los Estándares de Atención

El objetivo general de los Estándares de Atención – Octava Edición (SOC-8, por sus siglas en inglés) formulados por la World Professional Association for Transgender Health (Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero -WPATH por su sigla en inglés) es proveer a los profesionales de la salud un lineamiento clínico para la atención de personas transgénero y de género diverso (TGD) que buscan un camino seguro y efectivo para alcanzar la plenitud personal duradera que armonice con su identidad de género y de esa forma optimizar su salud física general, su bienestar psicológico y su satisfacción personal. Las intervenciones pueden incluir -sin que esto implique una limitación- tratamientos hormonales y quirúrgicos, terapias de voz y comunicación, atención primaria, remoción de vello, salud reproductiva y sexual y atención de la salud mental. Los sistemas de salud deberían proveer la atención en salud para la afirmación de género médicamente necesaria de las personas TGD. (Ver Capítulo 2 - Aplicación Global - Postulado 2.1.)

La WPATH es una asociación profesional internacional multidisciplinaria cuya misión es promover la atención basada en la evidencia, formación, investigación y desarrollo de políticas públicas, como así también el respeto por el cuidado de la salud de las personas transgénero. Fundada en 1979, en la actualidad esta organización cuenta con más de 3000 profesionales de la salud, científicos sociales y profesionales del área legal quienes están involucrados en la práctica clínica, la investigación, la formación y la promoción de conocimientos en lo que concierne a las vidas de las personas TGD. La WPATH avizora un mundo donde las personas de todas las identidades y expresiones de género tengan acceso al cuidado de la salud basado en

evidencia científica, a servicios sociales y a justicia y equidad.

Una de sus funciones principales es la de promover los más altos estándares para el cuidado de la salud de las personas a través de Estándares de Atención para el Cuidado de la Salud de las personas TGD. Los SOC-8 están basados en el más amplio consenso de expertos profesionales y hallazgos científicos disponibles. Su versión original data de 1979 y su última versión fue publicada en 2012.

La mayor parte de la investigación y experiencia en este campo proviene de las perspectivas norteamericanas y de Europa occidental, por lo que resulta necesario adaptar los SOC-8 para otras partes del mundo. La presente versión de los SOC incluye sugerencias sobre cómo tratar la adaptación y la competencia cultural.

La WPATH reconoce que la salud no depende exclusivamente de la atención clínica de alta calidad, sino que también se apoya en los contextos políticos y sociales que aseguran la tolerancia social, la igualdad y los derechos plenos de la ciudadanía. La salud se promueve a través de políticas públicas y reformas legales para avanzar en la tolerancia y la equidad para la diversidad de género, eliminando los prejuicios, la discriminación y el estigma. La WPATH está comprometida con la promulgación de estas políticas y cambios legales. Es así que convoca a los profesionales de la salud que atienden personas TGD para que promuevan un mejor acceso a la atención para la afirmación de género en forma segura y con profesionales acreditados, respetando la autonomía de las personas.

Si bien el presente es un documento destinado principalmente a profesionales de la salud, también las personas, sus familias e instituciones sociales podrían utilizar los SOC-8 para comprender cómo se puede contribuir a brindar cuidados de salud óptimos a los miembros de esta población tan diversa.

Los SOC-8 constan de 18 capítulos que contienen recomendaciones destinadas a los

profesionales de la salud que trabajan con personas TGD. A cada una de las recomendaciones le sigue un texto explicativo con referencias relevantes. Las recomendaciones para el comienzo de tratamientos médicos y/o quirúrgicos de afirmación de género en la adultez y adolescencia (TMQAG) se brindan en sus capítulos respectivos (ver los capítulos Adultez y Adolescencia). El Anexo D provee un resumen de las recomendaciones y criterios aplicables a TMQAG.

Poblaciones incluidas en los SOC- 8

Este documento utiliza la frase transgénero y género diverso TGD en el sentido más amplio y abarcativo posible al describir a los miembros de las diversas comunidades que existen en el mundo con identidades de género o expresiones de género que difieren del género atribuido socialmente al sexo asignado al nacer. Este concepto incluye a las personas con experiencias, identidades o expresiones específicas tanto en el campo cultural como en el del lenguaje, que pueden o no estar basadas o comprendidas en las conceptualizaciones occidentales de género o del lenguaje utilizado para describirlo.

Los SOC-8 de la WPATH van más allá de lo comprendido bajo el paraguas TGD y de los entornos en los cuales deberían aplicarse las guías para promover la equidad y los derechos humanos.

En el ámbito mundial, las personas TGD constituyen un abanico muy diverso de identidades de género y expresiones de género que evidencian diferentes necesidades de atención para la afirmación de género a lo largo de sus vidas, en función de sus objetivos y características individuales, de los recursos de salud disponibles y de los contextos políticos y socioculturales donde se desenvuelven. Cuando ciertos grupos carecen de estándares de atención, este vacío puede dar lugar a una multiplicidad de abordajes terapéuticos, incluyendo aquellos que pueden resultar contraproducentes o perjudiciales. Los SOC-8

brindan recomendaciones que promueven la salud y el bienestar de los diversos grupos de género que muy frecuentemente han sido dejados de lado y/o marginalizados, como las personas no binarias, eunucos e intersex.

Los SOC-8 también trazan el camino apropiado para la atención de la juventud, lo que incluye, cuando así se indica, el uso de supresión de la pubertad y también, cuando se indica, la utilización de hormonas para la afirmación de género.

Es habitual en todo el mundo que las personas TGD experimenten transfobia, estigmatización, ignorancia y denegación de atención cuando se dirigen a los servicios de salud, lo que contribuye a significativas disparidades en salud. Las personas TGD suelen informar que han tenido que enseñarle a los efectores del sistema médico cómo atenderlos, debido al desconocimiento y entrenamiento insuficiente de esos agentes. La interseccionalidad de la discriminación, marginalización social y crímenes de odio contra las personas TGD generan estrés en las minorías. El estrés de las minorías está asociado a las disparidades en la atención de la salud mental, situación que se pone en evidencia en el aumento de las tasas de depresión, de suicidios y de autolesiones sin fines suicidas en comparación con las tasas registradas en las poblaciones cisgénero. Los profesionales de todas las disciplinas involucradas deberían tener en cuenta la marcada vulnerabilidad de un gran número de personas TGD. La WPATH solicita a las autoridades vinculadas al cuidado de la salud, a los legisladores y a las sociedades médicas que desalienten y combatan la transfobia entre sus miembros y que garanticen la realización de todos los esfuerzos necesarios para derivar a las personas TGD a profesionales con experiencia y voluntad para brindar atención desde una perspectiva de afirmación de género.

Flexibilidad de los SOC

Los lineamientos de los SOC-8 fueron diseñados para ser versátiles de manera de poder satisfacer las necesidades más diversas en cuanto

a la atención de la salud de las personas TGD en el contexto mundial. Si bien son adaptables, ofrecen estándares para promover un cuidado de la salud óptimo y guías de tratamiento para personas que experimentan incongruencia de género. Como en todas las versiones anteriores de los SOC, el criterio que se establece en este documento para las intervenciones de afirmación de género es el de brindar lineamientos clínicos. Los profesionales de la salud, como así también los programas pueden modificarlos de común acuerdo con la persona TGD. Ciertas modificaciones a las guías de atención clínica pueden surgir como consecuencia de la situación peculiar del paciente, ya sea por su constitución anatómica o por su situación social o psicológica, por decisión de un profesional de la salud experimentado, por la aparición de un nuevo protocolo de investigación, por falta de recursos en algunas geografías o por la necesidad de estrategias específicas de reducción de daños. Estas modificaciones serán reconocidas como tales, deberán ser explicadas al paciente y serán debidamente documentadas para garantizar la calidad de la atención del paciente y la protección legal. Este documento también es valioso por la cantidad de información actualizada, que podrá ser examinada retrospectivamente en pos de lograr la evolución de la atención de la salud y de estos mismos estándares de atención.

Los SOC-8 apoyan las decisiones informadas y el valor de los abordajes tendientes a la reducción de daño. Por otra parte, la presente versión de los SOC-8 reconoce y valida varias expresiones de género que podrían no necesitar tratamientos psicológicos, hormonales o quirúrgicos. Los profesionales de la salud pueden recurrir a ellos para ayudar a los pacientes a considerar el amplio abanico de servicios de salud de que disponen para sus necesidades clínicas de expresión de género.

Diversidad versus diagnóstico

La expresión de características de género, incluso la de las identidades que no están estereotípicamente asociadas con el sexo asignado al nacer, constituye un fenómeno humano común, culturalmente diverso, que no debe ser visto como inherentemente negativo o patológico. Lamentablemente, la disconformidad de género y la diversidad de identidades de género y expresiones de género se estigmatizan en muchas sociedades en el mundo entero. Tales estigmas pueden llevar al prejuicio y a la discriminación, ocasionando “estrés de las minorías”. El estrés de las minorías es inherente a este grupo y se agrega al estrés general experimentado por todas las personas; tiene una base social, es crónico y puede hacer que las personas TGD sean más vulnerables a desarrollar problemas de salud mental tales como ansiedad y depresión. Más allá del prejuicio y la discriminación social, el estigma puede contribuir al abuso y a la falta de empatía en las relaciones interpersonales, lo que puede ocasionar distrés psicológico. Sin embargo, estos síntomas son inducidos por la sociedad y no son inherentes a ser una persona TGD.

Aunque la disforia de género (DG) todavía es considerada una condición de salud mental en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ta Edición de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5-TR por su sigla en inglés), la Incongruencia de Género ya no se ve como un trastorno mental o patológico en la comunidad de salud mundial. La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, onceava versión de la Organización Mundial de la Salud (CIE-11) reconoce la discordancia de género como una condición. Las personas TGD pueden experimentar distrés o disforia debido a estigmas del pasado o actuales que pueden abordarse con varias opciones de tratamientos de afirmación de género. Si bien la nomenclatura probablemente cambie y las diferentes organizaciones de la salud o cuerpos administrativos adopten nueva terminología y nuevas clasificaciones, la

necesidad de tratamiento médico y atención es claramente reconocida en las personas que experimentan incongruencia entre el sexo asignado al nacer y su identidad de género.

El diagnóstico no es un requisito en todas las sociedades, países o sistemas de salud para iniciar un tratamiento. Sin embargo, en algunos países estos diagnósticos pueden facilitar el acceso a la atención médica necesaria y pueden orientar la investigación futura para alcanzar tratamientos más efectivos.

Servicios para la atención en salud

La atención de afirmación de género busca trabajar en conjunto con las personas TGD para tratar holísticamente sus necesidades de salud social, mental y médica, así como su bienestar mientras se afirma su identidad de género en forma respetuosa. Brinda apoyo a las personas TGD durante toda su vida, desde la aparición de los primeros signos de incongruencia de género en la niñez hasta la adultez e incluso hasta la edad avanzada, como así también a las personas que manifiestan preocupación e incertidumbre acerca de su identidad de género, ya sea con anterioridad o con posterioridad a la transición.

El cuidado de la salud transgénero abarca más que la suma de sus partes: incluye el cuidado holístico inter y multidisciplinario entre disciplinas como la endocrinología, la cirugía, la voz y la comunicación, la atención primaria, la salud reproductiva, la salud sexual y la salud mental para brindar apoyo a las intervenciones de afirmación de género como así también el cuidado preventivo y el manejo de las enfermedades crónicas. Las intervenciones de afirmación de género incluyen supresión de la pubertad, terapia hormonal y cirugías de afirmación de género, entre otras. Debe enfatizarse que no existe un abordaje “único”, y es posible que las personas TGD puedan necesitar someterse a todas ellas, a algunas o a ninguna de estas intervenciones para apoyar su afirmación de género. Estas guías estimulan la utilización del modelo de atención centrada en el paciente para las intervenciones iniciales de afirmación de género y actualizan muchos

requerimientos previos para reducir las barreras que obstaculizan el acceso.

Es deseable que exista comunicación y coordinación entre los efectores del sistema de salud para optimizar los resultados y los tiempos necesarios en las intervenciones de afirmación de género según las necesidades y deseos del paciente y para minimizar potenciales daños. En entornos donde se cuenta con buenos recursos, es común que se lleven a cabo consultas multidisciplinarias y exista coordinación en la atención. Pero muchas regiones en el mundo carecen de instalaciones dedicadas al cuidado de la salud transgénero. Para tales regiones, si fuera posible, es fuertemente recomendado que los proveedores de cuidados de salud generen una red que facilite la atención de la salud transgénero cuando no estuviera disponible localmente.

En el ámbito mundial, las personas TGD son habitualmente forzadas por miembros de su familia o comunidades religiosas a someterse a terapias de conversión. La WPATH se opone fuertemente a todo uso de terapia reparativa o de conversión. (ver postulados 6.5 y 18.10).

Entornos para el cuidado de la salud

Los postulados de los SOC-8 se basan en el derecho fundamental de las personas TGD a recibir atención para la salud en todos los entornos en los que se suministre, sin importar las circunstancias sociales o médicas individuales. Ello incluye la recomendación de aplicar los estándares de atención a personas TGD que están privadas de su libertad o que viven en otros entornos institucionales.

Debido a la falta de efectores con conocimientos adecuados, al acceso tardío, a barreras de costo y/o a experiencias anteriores estigmatizantes, muchas personas TGD utilizan terapias hormonales sin prescripción médica. Ello supone riesgos de salud asociados al uso de terapia no controlada en dosis potencialmente mayores a las terapéuticas y a una exposición probable a sufrir enfermedades por transmisión sanguínea si se comparten las agujas durante la

administración. Sin embargo, para muchas personas ésta es la única forma de obtener el tratamiento de afirmación de género médicamente necesario que de otra manera le resultaría inaccesible. El uso de hormonas sin prescripción médica debe abordarse desde una perspectiva de reducción de daños para garantizar que las personas se conecten con los efectores de salud que pueden suministrarles una terapia hormonal segura y monitoreada.

En algunos países, existe un creciente reconocimiento de los derechos de las personas TGD, y se están estableciendo clínicas de género que pueden funcionar como modelos para atención de la salud. En otros países, sin embargo, se carece de tales instalaciones y la atención de la salud puede estar más fragmentada y carente de recursos. Cualquiera sea el caso, se están desarrollando diferentes modelos para la atención de la salud, incluso se están realizando esfuerzos para descentralizar la atención de afirmación de género en entornos de atención primaria y establecer servicios de telemedicina para mejorar el acceso y reducir las barreras que lo limitan. Los principios de la atención de afirmación de género, tal como se describen en los SOC-8, deben adaptarse para compatibilizarse con los diferentes contextos socioculturales, políticos y médicos locales.

Metodología

La presente versión de los SOC-8 sigue un abordaje basado en evidencia científica más riguroso que el de versiones anteriores. Esta evidencia no se funda exclusivamente en la literatura publicada (sean éstas de evidencia directa o de fondo) sino también en opiniones expertas consensuadas. Los lineamientos con base en evidencia científica incluyen recomendaciones tendientes a optimizar la atención del paciente, se presentan luego de una revisión exhaustiva de la evidencia, la evaluación de los beneficios y riesgos, la valoración y preferencia de los efectores de salud y de sus pacientes y la disponibilidad de utilización de recursos.

Si bien la investigación basada en evidencia científica provee las bases para los lineamientos y recomendaciones de prácticas clínicas confiables, las mismas deben sopesarse en función de las realidades y posibilidades de los diferentes entornos. En el proceso de desarrollo de los SOC-8 se incorporaron las recomendaciones sobre cómo emitir lineamientos de práctica clínica establecidos por las Academias Nacionales de Medicina y la Organización Mundial de la Salud, las que tratan sobre transparencia, políticas de conflictos de interés, composición de los comités y proceso en grupo.

El comité encargado de la redacción de los postulados de los SOC-8 fue multidisciplinario y contó con la colaboración de expertos en la materia, profesionales del área de la salud, investigadores y personas interesadas, quienes aportaron diferentes perspectivas y representaciones geográficas. Se contó con la colaboración de un experto en metodología para la redacción de estos postulados al momento de la planificación y desarrollo de preguntas y revisiones sistemáticas, como así también para incluir material adicional aportado por un comité asesor internacional. Durante el período de comentarios públicos, todos los miembros del comité emitieron sus declaraciones referentes a conflicto de intereses. Las recomendaciones de los SOC-8 se basan en evidencia científica disponible que da soporte a las intervenciones, toman en cuenta los riesgos y posibles efectos colaterales como así también la aplicabilidad y aceptación dentro de diferentes contextos y entornos de diferentes países. El proceso Delphi permitió que todos los miembros que formaron parte del comité llegaran a un consenso sobre las recomendaciones definitivas; conforme a lo establecido por este procedimiento, los postulados debieron contar con la aprobación de un mínimo del 75% de los miembros. En el Anexo A se incluye un detalle de la metodología utilizada para la redacción de los SOC-8.

Resumen del contenido de los capítulos de los SOC-8

Los SOC-8 representan un avance significativo con respecto a versiones anteriores. Los cambios que incluye esta versión se basan en metodología completamente diferente, cambios culturales significativos, avances en conocimientos clínicos y valoración de cuestiones relativas a la atención de la salud de las personas TGD que puedan surgir luego de la terapia hormonal y de la cirugía.

Estas guías actualizadas dan continuidad al proceso iniciado por los SOC-7 en 2011 para ampliar su alcance, abandonando la mirada estrecha sobre los requerimientos psicológicos para “diagnosticar transgénero” y tratamientos médicos para aliviar la disforia de género en favor de una atención de afirmación de género, considerando a la persona en su totalidad. Los SOC-8 provistos por la WPATH amplifican los lineamientos, especificando quiénes quedan incluidos bajo el paraguas de TGD, qué tratamientos deben ser ofrecidos para la afirmación de género y cuáles no, y los entornos en que estos lineamientos serán de aplicación para promover la equidad y los derechos humanos.

Los SOC-8 cuentan con nuevos capítulos tales como Evaluación en la Adulthood, Formación, Eunucos y un capítulo referido a Personas no binarias. Por otra parte, el capítulo dedicado a niñez y adolescencia de los SOC-7 fue dividido en 2 capítulos diferentes. En su totalidad, los SOC-8 son considerablemente más largos que las versiones anteriores y brindan una introducción más detallada, como así también recomendaciones destinadas a los profesionales de la salud. Seguidamente se suministra un resumen de los contenidos de cada capítulo de los SOC-8:

Capítulo 1 - Terminología

Este nuevo capítulo aporta un marco lingüístico y ofrece recomendaciones acordadas por consenso en cuanto al uso de la terminología utilizada. El capítulo brinda (1) términos y definiciones y (2) las mejores prácticas para su

utilización. Se incluye un glosario de términos y expresiones habituales (ver Apéndice B) que provee un marco de referencia para el uso e interpretación de los SOC-8.

Capítulo 2 - Aplicación Global

En este capítulo hace referencia a literatura clave relacionada con el desarrollo y oferta de servicios para el cuidado de la salud, aboga por una atención más amplia para las personas que habitan más allá de Europa occidental y Norteamérica y se brindan recomendaciones para adaptar los SOC-8 y traducirlos en diversos contextos.

Capítulo 3 - Estadísticas de Población

Este capítulo actualiza las estadísticas de estimación de población de personas TGD en la sociedad. Según la evidencia actual, los porcentajes pueden variar de una fracción porcentual a varios puntos porcentuales según los criterios de inclusión, grupo etario y ubicación geográfica utilizados.

Capítulo 4 - Formación

Este nuevo capítulo brinda una revisión general de la literatura relativa a la educación en materia de cuidado de la salud de las personas TGD. Ofrece recomendaciones para los niveles gubernamentales, no gubernamentales, institucionales y de prestadores de salud que permiten aumentar el acceso a la atención de la salud competente y compasivo. Su objetivo es brindar una base para el área educativa y fomentar una discusión más profunda y más amplia entre los educadores y los profesionales de la salud.

Capítulo 5 - Evaluación en la Adulthood

Este nuevo capítulo describe y actualiza el proceso de evaluación como parte de un abordaje centrado en el paciente y los criterios que los profesionales de la salud pueden seguir para recomendar TMQAG a personas TGD adultas

Capítulo 6 - Adolescencia

Este nuevo capítulo está dedicado a los adolescentes TGD, diferenciándolos del capítulo de niños y fue creado para esta octava edición de los Estándares de Atención teniendo en cuenta (1) el crecimiento exponencial en la tasa de derivación de adolescentes; (2) el incremento de estudios disponibles específicos para la atención relacionada con la diversidad de género en adolescentes y (3) cuestiones singulares relativas al desarrollo y afirmación de género presentes en este grupo etario. Este capítulo provee recomendaciones relativas al proceso de evaluación de adolescentes que requieren TMQAG como así también recomendaciones para trabajar con jóvenes TGD y sus familias.

Capítulo 7 – Niñez

Este nuevo capítulo corresponde a niños que expresan diversidad de género en una etapa prepuberal y se orienta a las prácticas psicosociales y abordajes terapéuticos apropiados según el desarrollo del niño.

Capítulo 8 - Personas No Binarias

Este nuevo capítulo de los SOC-8 provee una descripción amplia del término no binario y su uso desde una perspectiva biopsicosocial, cultural e interseccional. Trata sobre la necesidad de acceso a la atención de la afirmación de género e intervenciones médicas de afirmación de género como así también sobre el nivel apropiado de apoyo necesario.

Capítulo 9- Eunucos

Este nuevo capítulo describe las necesidades específicas de las personas identificadas eunucos y cómo pueden utilizarse los SOC en esta población.

Capítulo 10 - Personas Intersex

Este capítulo se focaliza en la atención clínica de personas intersex. Discute la terminología en constante evolución, la prevalencia y las

diversas manifestaciones en tales personas y provee recomendaciones para brindarles atención médica y psicosocial con explicaciones basadas en evidencia científica.

Capítulo 11 - Entornos Institucionales

Este capítulo se extendió para incluir entornos carcelarios y no carcelarios, y fue construido sobre la base de las últimas 3 versiones de los SOC. Describe cómo pueden aplicarse los SOC-8 a personas que habitan en estos entornos.

Capítulo 12 - Terapia Hormonal

Este capítulo describe el comienzo de la terapia hormonal de afirmación de género, los regímenes recomendados, los estudios de salud que deben realizarse con anterioridad y durante el proceso de la terapia hormonal y consideraciones específicas referentes a la terapia hormonal previas a la cirugía. Incluye una discusión más amplia sobre la seguridad del uso de agonistas de la hormona de liberación de gonadotropinas (GnRH) en la juventud, diversos regímenes hormonales, monitoreo de la aparición de problemas de salud potenciales relativos al uso de la terapia hormonal y una guía sobre cómo pueden colaborar los proveedores de hormonas con los cirujanos.

Capítulo 13- Cirugía y Cuidados Postoperatorios

Este capítulo describe un espectro de procedimientos quirúrgicos de afirmación de género que se aplican a la comunidad diversa y heterogénea de personas que se identifican como TGD. Trata sobre el entrenamiento quirúrgico óptimo en procedimientos de cirugías de afirmación de género, cuidados post quirúrgicos y seguimiento, acceso a cirugía por parte de personas adultas y adolescentes y cirugías individualizadas.

Capítulo 14 - Voz y Comunicación

Este capítulo describe el apoyo profesional para tratar la voz y la comunicación, así como intervenciones que son inclusivas y atentas a

todos los aspectos de la diversidad, y no se limitan únicamente a la feminización o masculinización de la voz. En la actualidad, las recomendaciones se encuadran en la afirmación de roles y responsabilidades de los profesionales involucrados en la atención terapéutica de la voz y la comunicación.

Capítulo 15 - Atención Primaria

Este capítulo trata la importancia de la atención primaria de las personas TGD, lo que incluye temas de salud cardiovascular y metabólica, detección de cáncer y sistemas de atención primaria.

Capítulo 16 - Salud Reproductiva

Este capítulo brinda información actualizada sobre perspectivas de fertilidad y objetivos de parentalidad en personas jóvenes y adultas de género diverso, avances en los métodos de preservación de la fertilidad (incluyendo crío-preservación de tejidos) una guía para cuidados preconcepcional y de la gestación, asesoramiento prenatal y lactancia. También se detallan métodos anticonceptivos apropiados para personas TGD.

Capítulo 17 - Salud Sexual

Este nuevo capítulo reconoce el profundo impacto de la salud sexual en el bienestar físico y psicológico de las personas TGD. El capítulo promueve que el funcionamiento sexual, el placer y la satisfacción se incluyan en la atención de las personas TGD.

Capítulo 18 - Salud Mental

Este capítulo trata los principios para el tratamiento de las condiciones de salud mental en personas TGD adultas y la conexión entre la atención de la salud mental y la atención de la transición. La psicoterapia puede resultar de utilidad, pero no debe constituirse en un requisito para el tratamiento de afirmación de género. No deben ofrecerse tratamientos de conversión.

CAPÍTULO 1 – Terminología

Este capítulo establece las bases para la utilización del lenguaje utilizado por los Estándares de Atención – Octava Edición (SOC-8, por sus siglas en inglés) y brinda recomendaciones para el uso de la terminología apropiada. Proporciona (1) términos y definiciones y (2) las mejores prácticas para utilizarlos. Este documento incluye un glosario de términos y expresiones de uso habitual para brindar un marco de utilización e interpretación de los SOC-8. (Ver Glosario en Anexo B).

Terminología

En este documento se utilizará la frase *transgénero* y *género diverso* (TGD) en el sentido más amplio y abarcativo posible para describir a los miembros de las diferentes comunidades de personas en el ámbito mundial con identidades o expresiones de género que difieren del género socialmente atribuido al sexo asignado al nacer. Quedan incluidas las personas que presentan experiencias, identidades o expresiones culturalmente específicas y/o tipificadas en el lenguaje y/o aquellas que no están basadas o contempladas en las conceptualizaciones de género occidentales o en el lenguaje utilizado para describirlo. La abreviatura TGD se utiliza por razones de practicidad para referirse a las personas transgénero y de género diverso.

La decisión de utilizar los términos transgénero y género diverso fue resultado de un proceso activo no carente de controversia. Las discusiones se centraron en: evitar sobre enfatizar el término transgénero, en integrar las identidades y experiencias de género no binario, evitando el término género no conforme y en reconocer la naturaleza cambiante del lenguaje, dado que lo que es habitual hoy puede no serlo en los años venideros. Por ello se prefirieron los términos transgénero y de género diverso con la intención de que resulten lo más inclusivos posible y de destacar así las múltiples y diversas identidades, expresiones y experiencias de género existentes, como así también las necesidades de las personas TGD en materia de cuidado de la salud. Se utilizó

el procedimiento Delphi, por el cual se encuestó a los autores de los capítulos de los SOC-8 en forma anónima e interactivamente, en diferentes oportunidades, para obtener consenso sobre la utilización de los términos. Los SOC-8 brindan estándares de atención formulados para ser aplicables a todas las personas TGD en todo el mundo, sin importar cómo ellas se identifiquen o cómo expresen su género.

Contexto

El lenguaje seleccionado en este capítulo puede no ser (y nunca podría ser) abarcativo de todas las culturas en los distintos lugares o regiones geográficas. Es común encontrar diferencias y debates sobre los términos apropiados y terminologías específicas y no es posible utilizar un término único sin generar controversias. El objetivo de este capítulo es ser tan inclusivo como sea posible y ofrecer una selección de vocabulario compartida que resulte al mismo tiempo respetuosa y reflexiva con las diferentes experiencias de las personas TGD, pero que también sea accesible para los efectores de salud y para el público en general, a los fines de este documento. En última instancia, el acceso a la atención para la transición debe basarse en proveer la información adecuada y obtener el consentimiento informado de la persona, y no en las palabras que las personas TGD o los prestadores utilicen para describir sus identidades. El uso de un lenguaje y una terminología respetuosa y culturalmente adecuada constituye un fundamento básico para la provisión de atención de afirmación de género, de igual modo que lo es el reducir el estigma y los daños que sufren muchas personas TGD al solicitar atención para el cuidado de la salud. Es fundamental que los efectores del campo de la salud acuerden con los usuarios qué lenguaje les resulta más confortable y que utilicen ese lenguaje en la medida de lo posible.

Este capítulo explica la razón por la cual los términos utilizados en la actualidad se prefieren en lugar de otros. Más que utilizar términos específicos provenientes de los campos médico,

legal o de activismo, la intención es alentar la utilización de un lenguaje y una comprensión compartidos para referirse a cuestiones del campo de la salud TGD y de los diversos campos relacionados (por ejemplo, epidemiología, derecho) con el objeto de optimizar la salud de las personas transgénero y de género diverso.

Sexo, género, identidad de género, y expresión de género son términos traducidos del inglés que se utilizan en español como descriptores que pueden aplicarse a todas las personas, ya sea a las personas TGD o aquellas que no lo son. Existen razones complejas por las cuales la utilización de lenguaje muy específico podría resultar *más* respetuoso, *más* inclusivo, o *más* aceptado por las comunidades TGD globales, las que incluyen la presencia o ausencia de palabras para referirse a estos conceptos en otros idiomas, la relación estructural entre sexo y género, las perspectivas legales a nivel local, nacional e internacional y las consecuencias de los estigmas históricos y actuales que las personas TGD deben enfrentar.

Dado que en la actualidad el campo de la salud está ampliamente dominado por la lengua inglesa, existen dos problemas específicos que surgen constantemente al establecer el contexto dentro del cual se tomará la decisión terminológica. El primer problema es que existen palabras en inglés que no existen en otras lenguas (por ejemplo, los conceptos “sexo” y “género” aparecen representados por una única palabra en Urdu y en otras tantas lenguas). El segundo problema es que existen términos en idiomas distintos del idioma inglés que no cuentan con una traducción directa a dicho idioma (por ejemplo, *travesti*, *fa'afafine*, *hijra*, *selrata*, *muxe*, *kathoey*, *transpinoy*, *waria*, *machi*). En términos prácticos, esto implica que la gran influencia del inglés en este campo tiene un impacto fundamental tanto en la determinación de cuáles serán los términos ampliamente usados como en las personas o identidades que tales expresiones lingüísticas definen o validan. Las palabras utilizadas también determinan las narrativas que contribuyen a las creencias y percepciones. Si bien en las versiones anteriores de los Estándares de Atención, la Asociación Profesional Mundial para

la Salud Transgénero (WPATH, por su sigla en inglés) ha utilizado la palabra transgénero exclusivamente como un término paraguas abarcativo, la versión 8 lo mejora, utilizando la expresión TGD como el término paraguas más abarcativo en todo el documento (ver Capítulo 2–Aplicación Global)

Por otra parte, la naturaleza siempre cambiante del lenguaje sufre el impacto de factores externos y de las presiones y violencia social, estructural y personal que se ejercen sobre las personas TGD y sus cuerpos. Gran parte de la terminología y frases utilizadas históricamente han caído en desuso o han sido fuertemente cuestionadas por la forma, el contexto y la razón por las que fueron elegidas al referirse a las personas TGD y han por eso caído en desuso o han sido cuestionadas gravemente por las personas TGD, aunque algunas personas prefieren términos que para otros resultan ofensivos. Se espera que estos Estándares puedan brindar una selección coherente de términos universalmente aceptados para describir a las personas TGD, a las identidades y a los servicios de salud relacionados. Sin embargo, no se puede pretender que tal listado pueda existir, y exista, sin el riesgo de la exclusión de algunas personas o el aumento de las opresiones estructurales en lo que respecta a raza, nacionalidad, condición de indígena, estatus socioeconómico, religión, idioma o idiomas hablados y etnicidad, entre otras interseccionalidades. Es muy probable que al menos parte de la terminología utilizada en los SOC-8 sea considerada desfasada para el momento de la redacción de la versión 9. Esto puede generar, en algunos, frustraciones, pero se espera más bien que ese hecho se considere como una oportunidad para que las personas y las comunidades produzcan y redefinan sus propios léxicos y para que las personas puedan desarrollar una comprensión aún más matizada de las vidas y necesidades de las personas TGD, incluso su resiliencia y resistencia a la opresión.

Por último, la legislación y el trabajo de los profesionales del área legal también son objeto de estos Estándares de Atención. En este campo se

incluye aquí el lenguaje utilizado más frecuentemente en el derecho internacional para contribuir con el desarrollo de definiciones funcionales de estos términos y para fomentar su uso en los contextos legales, reemplazando términos más antiguos y/u ofensivos. El documento actual de mayor circulación en materia de derecho internacional de derechos humanos utiliza la expresión “género diverso”¹.

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

1.1 Recomendamos que los profesionales de la salud utilicen un lenguaje culturalmente relevante (incluyendo la terminología para describir a las personas transgénero y de género diverso) al aplicar los Estándares de Atención en diferentes contextos globales.

1.2 Recomendamos que los profesionales de la salud utilicen un lenguaje que ponga en relieve los principios de seguridad, dignidad y respeto en los entornos de atención médica.

1.3 Recomendamos que los profesionales de la salud acuerden con las personas transgénero o de géneros diversos qué lenguaje o terminología prefieren utilizar.

Postulado 1.1

Recomendamos que los profesionales de la salud utilicen un lenguaje culturalmente relevante (incluyendo la terminología para describir a las personas transgénero y de género diverso) al aplicar los Estándares de Atención en diferentes contextos globales.

El lenguaje culturalmente apropiado debe ser usado para describir a las personas TGD en distintos contextos globales. Por ejemplo, los conceptos de sexo, género y diversidad de género son muy diferentes en contextos variados, del mismo modo que el lenguaje utilizado para describirlos también lo es. Es así como el lenguaje utilizado al tratar a las personas TGD en Tailandia no será el mismo que el utilizado para las personas TGD en Nigeria. Al aplicar los Estándares de Atención en el ámbito global, recomendamos que los profesionales de la salud (PS) utilicen el lenguaje y la terminología que surjan de la localización cultural y geográfica para brindar sus servicios.

La afirmación de género se refiere al proceso de reconocimiento o afirmación según la identidad de género de las personas TGD -ya sea social, médica, legal, conductual o la combinación de ellas. (Reisner, Poteat et al., 2016). Un cuidado de

salud que sea género-afirmativo o trans-competente debe utilizar lenguaje culturalmente específico al atender a las personas TGD. La atención de afirmación de género no es sinónimo de atención relacionada a la transición. Brindar atención relacionada a la transición, como, por ejemplo, afirmación de género por procedimiento médico, utilizando hormonas o cirugías, no implica que se garantice la atención de afirmación de género ni indica que se ha brindado una atención de calidad o segura.

La consulta con las comunidades TGD y el trabajo conjunto pueden contribuir a asegurar la relevancia e inclusión del lenguaje utilizado al brindar atención de salud en el ámbito local, en un contexto particular.

Postulado 1.2

Recomendamos que los profesionales de la salud utilicen un lenguaje que ponga en relieve los principios de seguridad, dignidad y respeto en los entornos de atención médica.

La seguridad, la dignidad y el respeto constituyen derechos humanos básicos (Comisión Internacional de Juristas, 2007). Recomendamos que los PS utilicen el lenguaje y la terminología que pongan en relieve estos derechos humanos al atender a las personas TGD.

Un gran número de personas TGD ha sufrido estigmas, discriminación y malos tratos en entornos de atención médica, lo que ha traído aparejado una atención sub-óptima y resultados de salud pobres (Reisner, Poteat et al., 2016). Las experiencias reportadas incluyeron el uso de género errado, la denegación de atención cuando se encontraban enfermos o heridos y el tener que educar a los PS para poder recibir la atención adecuada (James et al., 2016). A consecuencia de ello, muchas personas TGD se sienten inseguras al recurrir al sistema de salud, hasta llegan a evitarlo y a buscar otras formas para atender sus necesidades de salud, tales como usar hormonas sin prescripción o control médico, o confiar en sus pares, pidiéndoles consejos médicos. Además, las experiencias previas negativas en los entornos de atención médica se asocian a la tendencia de las personas TGD a evitar futuras consultas.

Gran cantidad de personas TGD han sido maltratadas injustamente, con prejuicio y sin dignidad o respeto por los PS, originando falta de confianza, lo que constituye una barrera a una atención adecuada. Utilizar el lenguaje enraizado en los principios de seguridad, dignidad y respeto en los entornos de atención médica resulta crucial para asegurar la salud, el bienestar y los derechos de las personas TGD en el ámbito mundial. El lenguaje constituye un componente significativo en el tratamiento de la afirmación de género. Sin embargo, el lenguaje por sí solo no resuelve o mitiga el abuso sistemático y algunas veces violento que las personas TGD deben enfrentar mundialmente en los entornos de atención médica. El lenguaje es sólo un importante paso hacia la atención centrada en el paciente/consultante y el cuidado equitativo de la salud de las personas TGD. Otras acciones concretas que pueden tomar los PS incluyen obtener el consentimiento informado y evitar los prejuicios que los lleva a asumir que las personas TGD tienen determinadas necesidades respecto a su género o por su condición TGD.

Postulado 1.3

Recomendamos que los profesionales de la salud acuerden con las personas transgénero o

de géneros diversos qué lenguaje o terminología prefieren utilizar.

Al brindar atención médica a las personas TGD, recomendamos que los PS acuerden con sus pacientes qué lenguaje o terminología son de su preferencia para referirse a ellas. Esta discusión incluye preguntarles a las personas TGD cómo prefieren ser denominadas en cuanto a su nombre y pronombre, con qué género se identifican, y qué lenguaje debería utilizarse para describir las partes de su cuerpo. Utilizar lenguaje o terminología afirmativa es un componente clave del tratamiento de afirmación de las personas TGD (Lightfoot et al., 2021; Vermeir et al., 2018). Resulta más importante aún que este tipo de discusiones y comunicaciones puedan contribuir a generar empatía y reducir la falta de confianza que muchas personas TGD sienten y experimentan en ocasión de ser atendidos por los PS dentro de los sistemas de salud. Las discusiones y la utilización de lenguaje o terminología apropiados también pueden favorecer el compromiso y la retención de los pacientes/consultantes dentro del sistema de salud, aunque esta problemática no esté específicamente relacionada con las personas TGD. En efecto, suele facilitarse la realización de controles preventivos en forma rutinaria y el seguimiento necesario de los problemas médicos encontrados. Se puede estandarizar el uso de inventarios de órganos o partes anatómicas del cuerpo para informar sobre las formas apropiadas de atención clínica en las historias médicas electrónicas, en lugar de tomar en cuenta exclusivamente el sexo asignado al nacer y/o las designaciones de identidad de género.

Los PS y los entornos de atención médica pueden implementar procedimientos estandarizados que faciliten estas conversaciones, tales como utilizar formularios que incluyan pronombres y nombres elegidos, invitando a que todo el staff (sin importar su género es decir, si es cisgénero o TGD, por ejemplo) aplique el uso de pronombres cuando se presentan, usen los pronombres acompañando los nombres en un documento para todos los pacientes, y eviten el uso de títulos con marca de género determinado,

como por ejemplo Señora, Señor. Se pueden implementar políticas que aseguren la privacidad de las personas TGD y sus derechos a la confidencialidad, aun cuando ellas admitan ser personas TGD, como así también políticas para decidir si corresponde o cómo documentar esta situación apropiadamente. Por ejemplo, una política en una clínica puede ser registrar este tipo de información como privada y confidencial entre los PS y los pacientes/consultantes, y destacar que sólo puede ser brindada a terceros si fuera necesario que estos terceros la conozca.

Nota

1. A/73/152, Informe del Experto Independiente sobre protección contra la violencia y discriminación basada en la orientación sexual e identidad de género.

CAPÍTULO 2 - Aplicación Global

Personas que se atreven a desafiar los límites culturales de sexo y género han existido en todas las culturas alrededor del mundo desde tiempos inmemoriales y en algunos casos han dejado sus huellas en el lenguaje local (Feinberg, 1996). A diferencia de la más reciente corriente de patologización de la diversidad de género, algunas culturas celebraron y festejaron tradicionalmente tal diversidad (por ejemplo, Nanda, 2014; Peletz, 2009). En la actualidad, la terminología paraguas transgénero y de género diverso (TGD) que brinda el idioma inglés describe una amplia variedad de identidades y expresiones de género que reflejan experiencias y necesidades de salud diversas. En su conjunto, las personas TGD representan aspectos importantes de la diversidad humana que según la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, por su sigla en inglés) deben ser valorados y celebrados. Las personas TGD continúan haciendo contribuciones valiosas a las sociedades en las que viven, aunque a menudo no se las reconoce.

Resulta perturbador que muchas personas TGD en el mundo moderno tengan que atravesar estigmas, prejuicios, discriminación, acoso, abuso y violencia, lo que trae aparejado marginalización social, económica y legal, una salud física y mental pobre y hasta la muerte -proceso que se ha caracterizado como una cuesta enfermedad/estigma (Winter, Diamond et al., 2016). Experiencias de este tipo (y la predicción o miedo a enfrentar tales experiencias) conducen a lo que Meyer ha descrito como estrés de las minorías (Meyer, 2003; ver también Bockting et al., 2013 que se refiere específicamente a las personas TGD) y se asocian con resultados de salud pobres, tanto físicos (por ejemplo, Rich et al., 2020) como psicológicos (por ejemplo, Bränström et al., 2022; Scandurra et al., 2017; Shpherd et al., 2019; Tan et al., 2021).

La violencia ejercida sobre las personas TGD constituye un problema especial. Visto desde una perspectiva global, está muy difundida, es diversa en su naturaleza (puede ser emocional,

sexual y física, por ejemplo, ver Mujugira et al., 2021), involucra a una gran variedad de perpetradores (incluso agentes del Estado). Las estadísticas de homicidios, que son la forma de violencia más extrema por sus consecuencias, resultan alarmantes. Mundialmente, hubo más de 4000 asesinatos documentados entre enero de 2018 y septiembre de 2021, aunque esta estadística está ampliamente cuestionada por considerarse que muchos crímenes no fueron reportados (TGEU, 2020).

Desde la publicación de los Estándares de Atención - Versión 7 (SOC-7, por sus siglas en inglés) han habido cambios de perspectivas muy importantes en lo que respecta a las personas TGD y la atención de su salud. La medicina global convencional ya no clasifica a las identidades TGD como trastorno mental. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- versión 5 (DSM-5, por su sigla en inglés) publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013), el diagnóstico de *Disforia de Género* se centra en todo tipo de distrés y disconformidad que acompaña al ser TGD y no en la identidad del género misma. En 2022 se publicó una revisión del texto (DSM-5-TR). En la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 11 (CIE-11) y el Manual de Diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019b), el diagnóstico de *discordancia de género* se ubica en un capítulo relativo a la salud sexual y se enfoca en la identidad experimentada por la persona y en las necesidades de tratamiento de afirmación de género que pueden surgir de tal identidad. Esta evolución, que incluye la despatologización (o más precisamente la desicopatologización) de las identidades transgénero, resulta de fundamental importancia en gran cantidad de terrenos. En el campo del cuidado de la salud, es probable que haya contribuido a brindar apoyo a un modelo de salud que enfatiza la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones que conciernen a la atención de su propia salud, apoyado por los profesionales de la salud primaria (PS) (Baleige et al., 2021). Es lógico suponer que estos avances también puedan promover una mayor cantidad

de políticas de inclusión social, tales como la reforma legislativa en lo que respecta al reconocimiento de género que facilite un abordaje basado en los derechos, sin imponer requisitos para el diagnóstico, la terapia hormonal y/o la cirugía. Los pacientes TGD que han logrado cambiar las marcas de género en documentos clave gozan de una mejor salud mental (por ejemplo, Bauer et al., 2015; Scheim et al., 2020). Un abordaje con más arraigo en los derechos en esta área puede contribuir enormemente a la salud general y al bienestar de las personas TGD (Arístegui et al., 2017).

Las ediciones anteriores de los SOC han puesto de manifiesto que gran parte de la experiencia clínica registrada y del conocimiento en este campo proviene de fuentes norteamericanas y de Europa occidental. Se han enfocado en la atención de la salud de afirmación de género en países de altos ingresos, con sistemas de salud relativamente bien provistos (los que cuentan con efectores de salud mental entrenados, endocrinólogos, cirujanos y otros especialistas) y en los cuales los servicios se financian a menudo con fondos públicos (al menos para algunos pacientes) a través de seguros privados.

En muchos países, la provisión de atención para la salud de las personas TGD es aspiracional, dada la escasez de recursos en esta área o la falta completa de los mismos: los servicios por lo general no están disponibles, son inapropiados, resulta difícil acceder a ellos y/o no se pueden pagar. También escasean los recursos humanos, PS tanto de atención primaria como especialistas. Existe ausencia de fondos para atender la salud de pacientes que solicitan afirmación de género, quienes habitualmente deben hacer frente a los gastos de todo servicio de salud al que accedan. Por otra parte, los efectores del área de salud a menudo carecen de competencia clínica y/o cultural en esta área; y su entrenamiento para brindar atención a estos pacientes es limitado (por ejemplo, Martins et al., 2020). Por todas estas razones y debido a la visión histórica de la medicina "Occidental" dominante que considera a las personas TGD como pacientes que padecen trastornos mentales (perspectiva que ha

cambiado sólo recientemente), las personas TGD se han visto desempoderadas en su calidad de consumidores de servicios de salud.

Los efectores del sistema de salud descubrieron que las publicaciones relevantes son mayormente de origen norteamericano y europeo, lo que presenta desafíos especiales para personas que trabajan en los sistemas de salud cuyos recursos son particularmente limitados. Existen iniciativas recientes, que por lo general incluyen a las personas TGD interesadas como socias, que están cambiando esta situación en alguna medida al brindar un cuerpo de conocimiento sobre las buenas prácticas realizadas en otras regiones como, por ejemplo, brindar un servicio efectivo, culturalmente competente, para TGD en países de bajos y medianos ingresos, en lugares fuera del norte global.

En este campo se ha desarrollado una amplia variedad de recursos para la atención de la salud en años recientes. Dahlen et al (2021) revisaron 12 guías de práctica clínica internacional, de las cuales más de la mitad procedían de organismos profesionales con base en América del Norte (por ejemplo, Hembree et al., 2017) o de Europa (por ejemplo, T'Sjoen et al., 2020). Tres de ellas provenían de la OMS (siendo la más reciente OMS, 2016). En la actualidad, contamos con varios otros recursos que no están incluidos en el listado de Dahlen et al., y que abrevan explícitamente de la experiencia ganada en regiones fuera de Norteamérica y Europa. Pueden encontrarse ejemplos en Asia y el Pacífico (APTN, 2022 Health Policy Project et al., 2015), el Caribe (OPS, 2014), Tailandia, Australia (Telfer et al., 2020) Aotearoa Nueva Zelanda (Oliphant et al., 2018) y Sudáfrica (Tomson et al., 2021) (Ver también TRANSIT (UNDP et al., 2016)). Por lo general, estos recursos se originaron en iniciativas de o en asociación con las comunidades TGD locales o internacionales. Este abordaje asociativo que se orienta a atender las necesidades locales en forma culturalmente segura y competente también puede tener una amplia relevancia internacional. Algunas de estas publicaciones pueden resultar de un valor especial para aquellos que planean, organizan o brindan

servicios en países de bajos ingresos o bajos recursos. Es probable que se disponga de otras publicaciones en idiomas distintos del inglés cuya existencia desconocemos.

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

2.1- Recomendamos que los efectores de salud brinden la atención médica necesaria de afirmación de género a las personas transgénero y de género diverso.

2.2- Recomendamos que las profesionales de la salud y otros usuarios de los Estándares de atención-Versión 8 (SOC-8) apliquen las recomendaciones según las necesidades de las comunidades locales transgénero y de género diverso, brindándoles atención culturalmente sensible que reconozca las realidades imperantes en los países en los cuales se realiza la práctica.

2.3- Recomendamos que los efectores del sistema de salud comprendan el impacto que conllevan las actitudes sociales, la legislación, las circunstancias económicas y los sistemas de salud en las experiencias de vida de las personas transgénero y de género diverso en todo el mundo.

2.4- Recomendamos que las traducciones de los SOC respeten un abordaje transcultural, que tengan en cuenta las equivalencias conceptuales y literales para asegurar su alineamiento con los principios fundamentales que sostienen los SOC-8.

2.5- Recomendamos que los profesionales de la salud y los legisladores apliquen en todos los casos los principios esenciales de los SOC-8 en lo que concierne a personas transgénero y de género diverso para garantizarles el respeto de los derechos humanos y el acceso apropiado y competente a la atención de la salud, lo que incluye:

Principios generales

- Tener una actitud empoderadora e inclusiva. Trabajar para reducir el estigma y facilitar el acceso a un cuidado de la salud apropiado para todos los que lo requieran;
- Respetar la diversidad. Respetar a todos los consultantes y a todas las identidades de género. No patologizar las diferencias de expresión o identidad de género;
- Respetar los derechos humanos universales, incluso el derecho a la integridad mental y física, la autonomía y la autodeterminación, el derecho a no ser discriminado y el derecho a recibir los mejores estándares de atención de la salud.

Principios relativos al desarrollo e implementación de servicios de salud adecuados y accesibles

- Involucrar a las personas TGD en el desarrollo e implementación de servicios;
- Tener en cuenta los factores sociales, culturales, económicos y legales que pueden impactar en la salud (y en las necesidades de atención médica) de las personas transgénero o de género diverso, como así también la voluntad y capacidad de la persona para acceder a los servicios;
- Brindar servicios de salud para la afirmación de identidades y expresiones de género, incluso el cuidado tendiente a la reducción del estrés asociado a la disforia de género (si lo hubiera), o derivar el caso a colegas expertos;
- Rechazar abordajes que tengan por objetivo o efecto la conversión y evitar brindar apoyo, ya sea directo o indirecto, a tales abordajes o servicios.

Principios relativos a la provisión de servicios adecuados:

- Convertirse en conocedor (obtener entrenamiento donde sea posible) acerca de las necesidades de salud de las personas transgénero y género diverso, incluyendo los beneficios y riesgos de la atención de afirmación de género.
- Adecuar el abordaje del tratamiento a las necesidades específicas de los consultantes, en especial atendiendo a sus objetivos de expresión e identidad de género;
- Enfocarse en promover la salud y el bienestar y no simplemente en la reducción de disforia de género, que puede o no estar presente;
- Comprometerse a utilizar abordajes tendientes a la reducción de daño, cuando sea apropiado;
- Permitir que las personas transgénero y de género diverso se involucren completamente y de forma continua en las decisiones relativas a su salud y bienestar;
- Mejorar las experiencias con los servicios de salud, incluso en lo concerniente a los sistemas administrativos y de seguimiento.

Principios relativos al trabajo orientado a mejorar la salud a través de abordajes comunitarios más amplios:

- Acercar a las personas a las comunidades y redes de apoyo de pares;
- Apoyar y fomentar la inclusión de los consultantes en sus familias y en sus comunidades (escuelas, lugares de trabajo y otros entornos) si fuera apropiado.

En el ámbito mundial, las identidades TGD pueden estar asociadas a marcos conceptuales diferentes en lo que respecta al sexo, al género y a la sexualidad, que existen en contextos culturales (y algunas veces espirituales) e historias ampliamente diversas. Teniendo en cuenta la complejidad de las relaciones entre los factores sociales y culturales, la legislación y la demanda y la provisión de atención para la salud destinados a la afirmación de género, los SOC-8 deberían interpretarse a través del lente que resulte apropiado y adecuado al contexto de cada práctica individual de los PS, manteniendo la alineación con los principios esenciales propuestos (APTN y UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; OPS, 2014).

Es dentro de este contexto y nutriéndonos de las experiencias de las personas TGD y los efectores de salud del campo internacional que consideramos la aplicación global de los SOC-8 en este capítulo. Establecemos consideraciones clave para los PS, y concluimos recomendando principios y prácticas fundamentales para la atención contemporánea de las personas TGD, sin importar el lugar donde ellas habitan o la disponibilidad de recursos de aquellos que buscan brindar tales servicios de salud.

Postulado 2.1

Recomendamos que los efectores de salud brinden la atención médica necesaria de afirmación de género a las personas transgénero y de género diverso.

Necesidad médica es un término común en las coberturas de salud y en las pólizas de seguro en el ámbito mundial. Los aseguradores o compañías de seguro habitualmente definen la necesidad médica como “servicios de salud que un médico y/o un profesional de la salud brindarían a un paciente, en ejercicio de su juicio clínico prudente, con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, una herida, un cuadro o sus síntomas, los que deben ser: (a) Prácticas médicas que respeten los estándares generalmente aceptados; (b) Clínicamente apropiados, en lo que respecta al tipo, frecuencia, extensión, localización y

duración y que se consideren efectivos para la enfermedad, herida o cuadro del paciente; y (c) No primariamente para la conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de servicios de salud y no más costosos que otros servicios alternativos que pudieran producir efectos terapéuticos o resultados diagnósticos equivalentes, al diagnosticar o tratar la enfermedad, herida o cuadro del paciente.” El médico tratante debe certificar y documentar que el tratamiento propuesto es médicamente necesario para el tratamiento de la condición (Asociación Médica Americana, 2016).

Habitualmente, los “estándares aceptados para la práctica médica” son las recomendaciones de colegas que se basan en publicaciones de evidencia científica confiable, que aparecen en publicaciones revisadas por pares ampliamente reconocidos por la comunidad médica, por las Asociaciones de especialidad médica designadas y/o por los Colegios Médicos legitimados, como así también en la interpretación de médicos y/o PS con experiencia en áreas clínicas relevantes.

Ser considerada una necesidad médica es central para obtener el pago, un subsidio y/o un reembolso por servicios de salud en algunos países del mundo. El PS tratante puede certificar y documentar que determinado tratamiento es médicamente necesario para la prevención o el tratamiento de la condición. Sí la necesidad médica de tratamiento no estuviera contemplada en las políticas y prácticas de salud, ello podría dar lugar a una apelación frente a una agencia gubernamental o ante otra entidad que solicite una revisión médica independiente.

Debería reconocerse que la diversidad de género es común a todos los seres humanos y no es patológica. Sin embargo, la incongruencia de género que ocasiona distrés y discapacidad clínicamente significativos a menudo requiere intervenciones clínicas médicamente necesarias. En muchos países, el profesional de la salud tratante es quien documenta la atención de afirmación de género médicamente necesaria como tratamiento para la Discordancia de Género (HA60 en CIE-11; OMS, 2019b) y/o como

tratamiento para la Disforia de Género (F64.0) en DSM-5-TR; APA, 2022).

Existe amplia evidencia que demuestra los beneficios en cuanto a calidad de vida y bienestar de los tratamientos de afirmación de género, incluso de los procedimientos endocrinos y quirúrgicos cuando son indicados adecuadamente y llevados a cabo en la forma propuesta por los Estándares de Atención-versión 8 en personas TGD que necesitan estos tratamientos (por ejemplo, Ainsworth & Spiegel, 2010; Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Almazan & Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Buncamper et al., 2016; Cardoso da Silva et al., 2016; Eftekhar Ardebili, 2020; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; Özkan et al., 2018; T'Sjoen et al., 2019; van de Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Yang, Zhao et al., 2016). Las intervenciones de afirmación de género también pueden incluir procedimientos para la remoción/trasplante de pelo, terapia de voz/cirugía, asesoramiento y otros procedimientos médicos necesarios para la efectiva afirmación de la identidad de género de una persona y reducir la incongruencia y disforia de género. Adicionalmente, el cambio legal de nombre y sexo o género en los documentos de identidad puede ser beneficioso, para lo cual puede requerirse en algunas jurisdicciones que los pacientes soliciten a los prestadores de salud la emisión de la documentación médica pertinente.

Las intervenciones de afirmación de género están fundadas en décadas de experiencia e investigación clínica, por lo tanto, no se consideran experimentales, cosméticas o para la mera conveniencia de un paciente. Son seguras y efectivas para reducir la discordancia y la disforia de género (por ejemplo, Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Bertrand et al., 2017; Buncamper et al., 2016; Claes et al., 2018; Eftekhar Ardebili, 2020; Esmonde et al., 2019; Javier et al., 2022; Lindqvist et al.,

2017; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Özkan et al., 2018; Poudrier et al., 2019; T'Sjoen et al., 2019; van de Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018)

Por consiguiente, la WPATH solicita que los sistemas de salud brinden estos tratamientos médicamente necesarios y eliminen todo tipo de exclusiones de sus políticas y lineamientos médicos que impiden la cobertura de procedimientos o tratamientos médicamente necesarios tendientes a proveer salud y bienestar a las personas TGD. En otras palabras, los gobiernos deben asegurar que se establezcan, amplíen o mejoren de forma apropiada los servicios de atención de salud para personas TGD como elementos que pueden existir en cualquier sistema de Atención Universal de la Salud, de salud pública, en sistemas subsidiados por el gobierno, o privados regulados por el gobierno. Los sistemas de salud deben asegurar la atención permanente, tanto en las cuestiones de rutina como en las especializaciones y garantizar que sea accesible para todos los ciudadanos en forma equitativa.

Los SOC-8 analizan qué intervenciones de afirmación de género son médicamente necesarias. Las mismas incluyen, pero no se limitan, a la histerectomía +/- Salpingo-forectomía bilateral, mastectomía bilateral, reconstrucción del pecho o mamoplastia de feminización, cambios en el tamaño de los pezones o implante de prótesis mamarias, reconstrucción genital, por ejemplo faloplastia y metoidioplastia, escrotoplastia y prótesis de pene y testículos, penectomía, orquiectomía, vaginoplastia y vulvoplastia, remoción de vello facial, corporal o genital para la afirmación de género o como parte de un proceso de preparación anterior a la cirugía; cirugía facial de afirmación de género y contorno del cuerpo; terapia de voz y/o cirugía, como también medicación inhibidora de la pubertad y hormonas para la afirmación de género, y

asesoramiento o tratamiento psicoterapéutico que resulte apropiado para el paciente, en base al estudio de las circunstancias y necesidades individuales del mismo.

Postulado 2.2

Recomendamos que los profesionales de la salud y otros usuarios de los Estándares de Atención-Versión 8 (SOC-8) apliquen las recomendaciones según las necesidades de las comunidades transgénero y de género diverso locales, brindándoles atención culturalmente sensible que reconozca las realidades imperantes en los países en los cuales se realiza la práctica.

Las personas TGD se identifican de muy diferentes maneras en distintos lugares del mundo y esas identidades se dan dentro de un contexto cultural determinado.

En los países de lengua inglesa, las personas TGD se identifican como transexuales, trans, de género no conforme, personas de género queer o diverso, no binarios o incluso transgénero y/o de género diverso como también según otras identidades que incluyen (para muchos que se identifican dentro del género binario), hombre o mujer. (por ejemplo, James et al., 2016; Strauss et al., 2017; Veale et al., 2019)).

En otros ámbitos geográficos, las identidades incluyen pero no se limitan a *travesti* (en muchos lugares de América Latina), *hijra* (en muchas zonas del Sur de Asia), *khawaja sira* (en Pakistán), *achout* (en Myanmar), *maknyah*, *paknyah* (en Malasia), *waria* (Indonesia) *kathoey*, *phuying kham phet*, *sao praphet song* (Tailandia), *bakla*, *transpinay*, *transpinoy* (Filipinas), *fa'afafine* (Samoa), *mahu* (Polinesia Francesa, Hawái), *leiti* (Tonga), *fakafafine* (Niue), *pinapinaaine* (Tuvalu and Kiribati), *vakasalewalewa* (Fiji), *palopa* (Papua Niugini), *brotherboys* y *sistergirls* (Habitantes aborígenes de las islas y el Estrecho de Torres en Australia), y *akava'ine* (Islas Cook) (por ejemplo, APTN y UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; Kerry, 2014). También se da un gran número de identidades de *doble espíritu* en América del Norte (e.g., *nadleehi* en la cultura Navajo (Diné)) (Sheppard & Mayo, 2013). Las identidades a las

que estos términos hacen referencia resultan a menudo complejas desde el punto de vista cultural y pueden darse en un contexto espiritual o religioso. Dependiendo de las características de la cultura o la identidad de la que se trata, algunas pueden ser vistas como lo que se ha denominado “tercer género”, ubicándose por fuera del género binario (por ejemplo, Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009). Algunas identidades TGD presentan bordes más difusos que otras. En varios lugares del mundo, la visibilidad de los hombres transgénero y de las identidades masculinas no binarias trans es relativamente reciente, por lo que no existe terminología local apropiada o ésta es muy escasa (Health Policy Project et al., 2015). Más allá de dónde o con quién trabajen los PS (incluso los que trabajan con personas de minorías étnicas migrantes o refugiados) es necesario que estén atentos al contexto cultural en el que han crecido las personas y en el cual viven, como así también a las consecuencias de esta situación al momento de brindarles atención.

Existe una gran divergencia entre la disponibilidad, accesibilidad, aceptación y calidad de la atención de la salud en distintas partes del mundo, lo que da lugar a inequidades al interior de los países y en el contexto mundial (OECD, 2019). En algunos países, coexisten los sistemas de salud formales con modelos indígenas de salud bien establecidos, tanto tradicionales como locales, que remarcan la importancia de la atención holística (OMS, 2019 a). Los PS deben tener en cuenta las tradiciones y realidades operantes en el sistema de salud disponible y brindar el apoyo necesario conforme a las necesidades e identidades locales de las personas TGD, el que debe ser culturalmente competente y seguro.

Postulado 2.3

Recomendamos que los efectores del sistema de salud comprendan el impacto que conllevan las actitudes sociales, la legislación, las circunstancias económicas y los sistemas de salud en las experiencias de vida de las personas transgénero y de género diverso en todo el mundo.

Las experiencias de vida de las personas TGD varían enormemente según un amplio rango de factores, entre los cuales se incluyen los factores sociales, culturales (incluso espirituales), legales, económicos y geográficos. Cuando las personas TGD viven en entornos que afirman sus géneros y/o identidades culturales, estas experiencias pueden ser muy positivas. Las familias cumplen un rol particularmente importante en este sentido (por ejemplo, Pariseau et al., 2019; Yadegarfarid et al., 2014; Zhou et al., 2021). Sin embargo, visto desde una perspectiva global, las circunstancias que rodean la vida de las personas TGD suelen ser muy desafiantes. Es común que se les nieguen derechos comúnmente aceptados por la legislación en derechos humanos internacionales, incluso el derecho a la educación, a la salud y a la protección frente a abusos médicos o abusos en ambientes laborales, que se les dificulte conseguir un adecuado estándar de vida, el derecho a la vivienda, a la libertad de expresión y de tránsito, a la privacidad, a la seguridad, a la vida, a la familia, a no ser detenidos arbitrariamente, a un juicio justo, al trato humanitario cuando se encuentran detenidos, y a la garantía de no ser sometidos a torturas, tratos inhumanos o degradantes o castigos (Comisión Internacional de Juristas, 2007, 2017).

Está ampliamente aceptado que la privación de derechos puede tener impacto sobre la salud y el bienestar de las minorías sexuales y de género (por ejemplo, OHCHR et al., 2016; OMS, 2015). Es por eso que en este documento reafirmamos la importancia del respeto a los derechos enumerados precedentemente y destacamos la proclamación de derechos realizada por la WPATH anteriormente, incluidos a través de numerosos documentos políticos (por ejemplo, WPATH, 2016, 2017, 2019). Los PS pueden cumplir un rol muy importante en la proclamación de derechos, incluso en lo concerniente al derecho a recibir intervenciones de afirmación de género de calidad, que deben ser apropiadas, accesibles y disponibles.

Gran variedad de estudios realizados en distintas partes del mundo detallan los desafíos que las personas TGD deben enfrentar durante su

vida y el impacto que los mismos tienen sobre su salud y su bienestar (por ejemplo, Fundación Aurat, 2016; S20 E. COLEMAN ET AL. Bhattacharya & Ghosh, 2020; Chumakov et al., 2021; Coleman et al., 2018; Heylens, Elaut et al., 2014; Human Rights Watch, 2014; James et al., 2016; Lee, Operario et al., 2020; Luz et al., 2022; McNeil et al., 2012, 2013; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; Scandurra et al., 2017; Strauss et al., 2019; Suen et al., 2017; Valashany & Janghorbani, 2019; Veale et al., 2019; Wu et al., 2017)). Las investigaciones realizadas muestran que las personas TGD sufren estigmas y prejuicios, como también discriminación y acoso, abusos y violencia o viven con anticipación y miedo de tales acciones. Los valores sociales y actitudes hostiles contra las personas TGD, habitualmente transmitidos a los jóvenes en los contenidos del programa escolar (por ejemplo, Olivier & Thurasukam, 2018.) también se manifiestan en el rechazo familiar (por ejemplo Yadegarfarid et al., 2014)) y se perpetúan en la legislación, en las políticas y en las prácticas que les limitan la expresión de su identidad de género y sexualidad y les impiden el acceso a la vivienda, a los espacios públicos, a la educación, al empleo y a los servicios (incluso a los servicios de salud). Como consecuencia de esto, las personas TGD se ven habitualmente privadas de un amplio rango de oportunidades de las que disponen sus contrapartes cisgénero y son empujadas a los márgenes de la sociedad, sin contar con ayuda familiar. Para empeorar aún más las circunstancias, en muchas partes del mundo las personas TGD carecen de acceso al reconocimiento legal de su género o el mismo es restringido (por ejemplo, ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP y APTN, 2017). En algunos países, tales barreras cuentan en la actualidad con el apoyo de “los teóricos críticos del género” (ver críticas de, por ejemplo, Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020).

Los intentos de cambiar de identidad de género están ampliamente difundidos (programas de reparación de género o de conversión de género para convertir a la persona en cisgénero), causan grandes daños a las personas TGD (por ejemplo,

APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIRES et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020), y se consideran no éticos (así como los intentos dirigidos a la orientación sexual) (por ejemplo, APS, 2021; Trispiotis y Purshouse, 2021; Varios, 2019, 2021). Tales intentos deben ser considerados como una forma de violencia. El experto independiente de las Naciones Unidas en materia de protección contra la violencia y discriminación basada en la orientación sexual e identidad de género ha reclamado la prohibición mundial de tales prácticas (Madrigal-Borloz, 2020), las que en un número cada vez mayor de jurisdicciones están siendo consideradas ilegales (ILGA World, 2020b)

Las inequidades tienen su origen en distintos factores, tanto económicos como de valores, que operan en la provisión de servicios de salud, especialmente en lo que respecta al énfasis que se le da al cuidado de la salud, ya sea público, privado, y al abonado por el propio paciente en forma particular. La falta de acceso a atención de salud apropiada y accesible puede llevar a una mayor derivación hacia sistemas informales. Esto incluye la autoadministración de hormonas, que en muchos casos se aplican sin el necesario monitoreo o supervisión médica (por ejemplo, Do et al., 2018; Liu et al., 2020; Rashid et al., 2022; Reisner et al., 2021; Winter & Doussantousse, 2009).

En algunas regiones del mundo, un gran número de mujeres transgénero utilizan siliconas para modificar sus cuerpos, recurriendo a servicios de inyección de siliconas (“bombas de siliconas”) y/o asistiendo a “fiestas” de inyectado, por lo general, dentro de sus comunidades. Los resultados inmediatos de la inyección de siliconas contrastan con un significativo riesgo para la salud a largo plazo (por ejemplo, Aguayo-Romero et al., 2015; Bertin et al., 2019; Regmi et al., 2021), en especial cuando se utilizan siliconas industriales u otras sustancias inyectables que pueden ser muy difíciles de remover quirúrgicamente.

Por último, debemos puntualizar que los resultados en cuanto a salud sexual de las personas TGD son pobres. La prevalencia de VIH

en las mujeres transgénero que acuden a las organizaciones clínicas en áreas metropolitanas asciende a aproximadamente el 19% en el ámbito mundial, es decir, es 49 veces más alta que la prevalencia que se registra en la población general (Baral et al., 2013). Los resultados relativos a la salud sexual de los hombres transgénero también resultan problemáticos (por ejemplo, Mujugira et al., 2021)

Postulado 2.4

Recomendamos que las traducciones de los SOC respeten un abordaje transcultural, que tengan en cuenta las equivalencias conceptuales y literales para asegurar su alineamiento con los principios fundamentales que sostienen los SOC-8

Gran parte de las publicaciones sobre personas TGD proviene de países de altos ingresos, angloparlantes. Las perspectivas dominantes son las del norte global (también en lo que concierne a las necesidades y la provisión de atención de salud dominan estas publicaciones). Una búsqueda realizada por autores actuales en la base de datos Scopus en mayo de 2021 muestra que el 99% de las publicaciones en materia de salud transgénero proviene de Europa, Norteamérica, Australia o Nueva Zelanda. El 96% de las mismas está producido en idioma inglés. En la literatura en lengua inglesa se ha prestado poca atención a las personas TGD del sur global, por lo que el trabajo de los PS que interactúan con ellos no ha contado con reconocimiento ni sugerencia de publicación o no ha sido traducido al inglés. Aplicar los recursos producidos en el hemisferio norte conlleva el riesgo de pasar por alto la relevancia y pertinencia del conocimiento local en sus marcos culturales y prácticas, como así también la pérdida de oportunidades de aprendizaje a partir del trabajo de otros colegas.

Recomendamos que se sigan las mejores prácticas de traducción al traducir los principios que establecen los SOC para asegurar que se produzcan recursos escritos de buena calidad que resulten lingüística y culturalmente apropiados al contexto local. Es importante que los traductores tengan conocimientos sobre las identidades y

culturas TGD para garantizar que las traducciones literarias sean culturalmente adecuadas y seguras para las personas TGD en el ámbito local. También es importante que la traducción respete los procesos de control de calidad establecidos (Centros de Servicios Medicare & Medicaid, 2010; Sprager & Martinez, 2015).

Postulado 2.5

Recomendamos que los profesionales de la salud y los legisladores apliquen en todos los casos los principios esenciales de los SOC-8 en lo que concierne a personas transgénero y de género diverso para garantizarles el respeto de los derechos humanos y el acceso apropiado y competente a la atención de la salud, lo que incluye:

Principios generales

- Tener una actitud empoderadora e inclusiva. Trabajar para reducir el estigma y facilitar el acceso a un cuidado de la salud apropiado para todos los que lo requieran;
- Respetar la diversidad. Respetar a todos los consultantes y a todas las identidades de género. No patologizar las diferencias de expresión o identidad de género;
- Respetar los derechos humanos universales, incluso el derecho a la integridad mental y física, la autonomía y la autodeterminación, el derecho a no ser discriminado y el derecho a recibir los mejores estándares de atención de la salud.

Principios relativos al desarrollo e implementación de servicios de salud adecuados y accesibles

- Involucrar a las personas TGD en el desarrollo e implementación de servicios;
- Tener en cuenta los factores sociales, culturales, económicos y legales que pueden impactar en la salud (y en las necesidades de atención médica) de las personas transgénero o de género diverso, como así también la voluntad y capacidad de la persona para acceder a los servicios;

- Brindar servicios de salud para la afirmación de identidades y expresiones de género, incluso la atención tendiente a la reducción del distrés asociado a la disforia de género (si lo hubiera), o derivar el caso a colegas expertos;
- Rechazar abordajes que tengan por objetivo o efecto la conversión y evitar brindar apoyo, ya sea directo o indirecto, a tales abordajes o servicios.

Principios relativos a la provisión de servicios adecuados:

- Convertirse en conocedor (obtener entrenamiento donde sea posible) acerca de las necesidades de salud de las personas transgénero y género diverso, incluyendo los beneficios y riesgos de los cuidados de afirmación de género.
- Adecuar el abordaje del tratamiento a las necesidades específicas de los consultantes, en especial atendiendo a sus objetivos de expresión e identidad de género;
- Enfocarse en promover la salud y el bienestar y no simplemente la reducción de disforia de género, que puede o no estar presente;
- Comprometerse a utilizar abordajes tendientes a la reducción de daño, cuando sea apropiado;
- Permitir que las personas transgénero y de género diverso participen totalmente y de forma continua en las decisiones relativas a su salud y bienestar;
- Mejorar las experiencias de los servicios de salud, incluso en lo concerniente a los sistemas administrativos y de seguimiento.

Principios relativos al trabajo orientado a mejorar la salud a través de abordajes comunitarios más amplios:

- Acercar a las personas a las comunidades y redes de apoyo de pares;
- Apoyar y fomentar la inclusión de los consultantes en sus familias y en sus comunidades (escuelas, lugares de trabajo y otros entornos) si fuera apropiado.

Ya hemos citado trabajos de investigación que detallaban el amplio rango de desafíos que las personas TGD deben enfrentar; obstáculos sociales, económicos y legales como así también aquellos relacionados al acceso a la atención de salud. Si bien los servicios de salud general son variados en distintas geografías (en lo que respecta a disponibilidad, accesibilidad y calidad), los servicios de que disponen las personas TGD son por lo general inadecuados. Numerosos informes provenientes de diversas regiones del mundo muestran que hay personas TGD que reportaron haber tenido experiencias positivas al recibir atención de salud, aunque para muchas otras ese no ha sido el caso (por ejemplo, Callander et al., 2019; Costa, da Rosa Filho et al., 2018; Do et al., 2018; Gourab et al., 2019; Health Policy Project et al., 2015; Liu et al., 2020; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; OPS, 2014; Reisner et al., 2021; Strauss et al., 2017; TGEU, 2017)). Las opciones habitualmente disponibles para la atención de la salud no tienen en cuenta sus necesidades médicas generales, sexuales o de afirmación de género. Los procedimientos estándares de manejo de pacientes en las clínicas y hospitales a menudo no reconocen las identidades de género o a sus pacientes TGD (incluso a los que se identifican como no binarios). Es posible que esos pacientes sean alojados en guardias que son inapropiadas para su género, lo que los pone en riesgo de sufrir abuso sexual. Es habitual que los pacientes TGD deban soportar actitudes y conductas desaprensivas u hostiles por parte de los PS y del personal auxiliar, que pueden hasta negarles atención. Resulta muy preocupante que en algunas partes del mundo los PS intenten terapias para modificar la identidad de género al consultante, como ya se describió anteriormente en este capítulo.

Existen otras muchas barreras en el mundo para la provisión de atención de afirmación de género. Es posible que los profesionales de la salud no quieran brindar los servicios que las personas TGD soliciten. En algunos países, pueden existir leyes o regulaciones que los inhiban o les impidan hacerlo. Cuando los

médicos clínicos y otros efectores del sistema de salud no cuentan con lineamientos claros en su propio idioma, pueden sentirse desalentados para brindar sus servicios. Aún en situaciones donde se dispone de atención de salud, los pacientes pueden encontrar dificultades para acceder a la misma debido a la distancia, a las prácticas obstaculizantes, y a cuestiones de oferta y demanda que originan largas listas de espera o incremento de costos. En efecto, los procedimientos de afirmación de género pueden no estar incluidos en la provisión de atención universal de la salud o pueden no estar cubiertos por un seguro privado, aunque procedimientos similares podrían estar cubiertos si se trata de pacientes cisgénero.

Por todas estas razones, muchas personas TGD evitan recurrir a los servicios de salud formal cuando pueden hacerlo. Cuando sus propias comunidades llenan ese vacío, actuando como recursos importantes para sus miembros. les proveen apoyo social y emocional, en un ambiente que de otra forma sería hostil. También actúan como reservorios de información compartida acerca de las opciones de atención de salud a las que pueden recurrir, incluso opciones existentes en sistemas paralelos a la medicina tradicional o informales, los que suelen ser más accesibles y disponibles. Como ya hemos visto con anterioridad en este capítulo, ello incluye compartir información acerca de las siliconas y otras sustancias inyectables para la transformación del cuerpo y acerca de las hormonas auto-administradas, sin el monitoreo y supervisión médica necesaria. La OMS destaca que las personas TGD que se autoadministran hormonas de afirmación de género podrían beneficiarse si recibieran información basada en evidencia científica, productos de calidad y equipos de inyección estériles (por ejemplo, Idrus & Hyman, 2014). El acceso a esta información puede ser parte de un abordaje más amplio de reducción de daños (p.ej. Idrus & Hyman, 2014).

Poner en práctica los principios fundamentales delineados anteriormente puede mejorar las experiencias en el cuidado de la salud y promover el respeto a las personas TGD en todos los

contextos locales, más allá de las realidades del sistema de salud (las que incluyen el contexto cultural, social, legal y económico en el que se brindan), del nivel de disponibilidad o de las personas TGD que requieren esos servicios.

CAPÍTULO 3 – Estadísticas de Población

En la edición anterior de los Estándares de Atención (SOC) - Versión 7, la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) identificó solamente un pequeño número de artículos que intentaron estimar el tamaño de la población transgénero y de género diverso TGD y se refirió a ese estado de la cuestión como un “punto de inicio” que requería un estudio sistemático más profundo (Coleman et al., 2012). A partir de ese momento, las publicaciones en esta materia han aumentado considerablemente, como lo demuestra un número de publicaciones recientes que han intentado sintetizar la evidencia disponible (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020).

Podría resultar necesario evitar los términos “incidencia” y “prevalencia” u otros similares al revisar los datos epidemiológicos correspondientes a la población TGD a fin de evitar la patologización de las personas TGD (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017). Por otra parte, el término “incidencia” puede no ser apropiado para esta situación, porque asume que la condición de TGD tiene un tiempo determinable de comienzo, lo que constituye un prerrequisito para el cálculo de los estimados de incidencia (Celentano & Szklo, 2019). Por todas las razones ya expuestas, recomendamos el uso de términos como “número” y “porcentaje” al referirse a la dimensión absoluta y relativa de la población TGD.

Tal vez la condición más importante al revisar estas publicaciones es la definición variable que se aplica a la población TGD (Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013). Los datos que provienen de clínicas sólo toman en cuenta a personas que recibieron diagnósticos o realizaron consultas relacionadas a su condición transgénero, o aquellos que solicitaron o recibieron terapias de afirmación de género, a diferencia de las encuestas, que se apoyan en una definición más amplia, más inclusiva, que se basa en identidades de género auto reportadas.

Otra consideración metodológica para evaluar el tamaño y distribución de la población TGD es la necesidad de comprender lo que constituye el recorte de la muestra. Como se ha destacado en publicaciones recientes (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020), muchos de los estudios publicados, en especial los llevados a cabo hace más de una década, primero evaluaron el número de pacientes atendidos en un centro clínico particular y luego dividieron ese número por el tamaño de población aproximado. La estimación probablemente resultó imprecisa, porque el numerador en los cálculos no estaba necesariamente incluido en el denominador, y el tamaño real del denominador por lo general era desconocido.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se aconseja focalizar específicamente en estudios recientes (publicados durante la última década) que hayan sido revisados por colegas que utilizaron una metodología lógica para identificar a personas TGD dentro de una muestra bien definida. Por las razones arriba expuestas, este capítulo se concentra en estudios que reunieron los siguientes criterios de inclusión 1) aparecieron publicados en 2009 o con posterioridad a ese año; 2) utilizaron una definición clara de la condición TGD; 3) calcularon el porcentaje de personas TGD en base a un denominador de población bien definido, y 4) fueron revisados por pares en la materia. Estos tipos de estudios pueden suministrar estimados contemporáneos más precisos.

Se pueden clasificar los estudios disponibles en 3 grupos 1) los que informaron porcentajes de personas TGD entre personas registrados en grandes sistemas de salud; 2) los que presentaron resultados obtenidos en encuestas de población donde las personas que participaron fueron predominantemente adultas; y 3) los que se basaron en encuestas de jóvenes realizadas en escuelas. Resumimos a continuación los estudios de los cuales se pudo obtener más información, y que resultaron metodológicamente más apropiados en estas 3 categorías. Se pueden encontrar detalles adicionales acerca de estos

estudios u otros similares en revisiones recientes (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020).

Todos los estudios que estimaron el tamaño de la población TGD registrada en grandes sistemas de salud se realizaron en los Estados Unidos y todos se basaron en información obtenida de registros de salud electrónicos. Cuatro de esos estudios basados en el sistema de salud se obtuvieron exclusivamente a partir de códigos de diagnóstico utilizados para determinar la población TGD; 2 estudios (Blosnich et al., 2013; Kauth et al., 2014) utilizaron datos provenientes del sistema Veterans Health Affairs, en el que reciben atención más de 9 millones de personas y 2 estudios (Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019) utilizaron datos declarados en Medicare, programa de seguro de salud que brinda atención primaria a personas mayores de 65 años de edad. Los porcentajes de personas TGD reportados en estos estudios basados en códigos de diagnóstico variaron entre aproximadamente el 0,02% y el 0.03%. Otra publicación más reciente también utilizó datos suministrados por Medicare conjuntamente con reclamos efectuados a las compañías de seguro para identificar personas TGD y utilizaron criterios de inclusión ampliados para complementar los códigos de diagnóstico, incluyendo información sobre los procedimientos y terapia hormonal (Jasuja et al., 2020). Al utilizar esta metodología, el porcentaje de personas TGD con relación a todas las personas registradas en los planes de salud participantes resultó del 0.03%. El sexto estudio basado en sistemas de salud (Quinn et al., 2017) se realizó sobre los planes Kaiser Permanente, en los estados de Georgia y California; Estos planes brindan atención a aproximadamente 8 millones de miembros registrados a través de empleadores, programas gubernamentales o en forma individual. La población TGD en el estudio Kaiser Permanente se determinó teniendo en cuenta todos los grupos etarios, utilizando tanto códigos de diagnóstico como notas clínicas de texto libre. Los porcentajes de personas TGD identificadas en Kaiser Permanente resultaron ser mayores que los porcentajes correspondientes reportados en los estudios de Veterans Health Affairs y

Medicare, en los que las estimaciones más recientes presentaron una variación del 0,04 al 0,08%.

A diferencia de los resultados obtenidos de estudios basados en sistemas de salud, los obtenidos a partir de encuestas que tomaron en cuenta la condición TGD auto-reportada produjeron estimados mucho más altos. Dos estudios en los Estados Unidos aprovecharon el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento (Behavioral Risk Factor Surveillance Study - BRFSS por su sigla en inglés), que es una encuesta telefónica anual que se realiza en los 50 estados y territorios de los Estados Unidos (Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017). El primer estudio utilizó datos obtenidos de los ciclos BRFSS 2007–2009 en el estado de Massachusetts, y el segundo estudio utilizó datos BRFSS 2014 obtenidos en 19 estados y el territorio Guam. Ambos estudios dieron por resultado que aproximadamente el 0.5% de las personas adultas que participaron (mayores a 18 años de edad) respondieron “Sí” a la pregunta “¿Se considera una persona transgénero?”

En una encuesta por internet administrada a una muestra de población neerlandesa de entre 15 y 70 años de edad (Kuyper & Wijsen, 2014) se pidió a los participantes que puntuaran las siguientes 2 preguntas utilizando la escala Likert de 5 puntos “¿Podría indicar en qué grado se siente usted psicológicamente como un hombre?” y “¿Podría indicar en qué grado se siente usted psicológicamente como mujer?”. Si los encuestados puntuaron de la misma manera a ambas preguntas, se los consideró “de género ambivalente”, en tanto que a los que otorgaron un menor puntaje al sexo que se les asignara al nacer que a su identidad de género se los consideró “de incongruencia de género”. Los porcentajes de los encuestados que reportaron identidad de género incongruente y ambivalente fueron 1,1% y 4,6% respectivamente, para las personas asignadas masculinas al nacer (AMAB, por su sigla en inglés), y 0,8% y 3,2% respectivamente para las personas asignadas femeninas al nacer (AFAB, por su sigla en inglés).

En un estudio diseñado en forma similar, se estimó el porcentaje de residentes TGD en la

región Flanders de Bélgica, utilizando una muestra obtenida del Registro Nacional del país (Van Caenegem, Wierckx et al., 2015). Se solicitó que los participantes puntuaran las siguientes frases: “*Me siento mujer*” y “*Me siento hombre*”, en una escala Likert de 5 puntos. Utilizando las mismas definiciones que se aplicaron en el estudio neerlandés (Kuyper & Wijsen, 2014), el porcentaje de personas de género incongruente fue del 0,7% para personas AMAB y del 0,6% para personas AFAB. Los estimados correspondientes a ambivalencia de género entre personas AMAB y AFAB fueron del 2,2% y 1,9% respectivamente.

Un estudio de población más reciente evaluó el porcentaje de personas TGD entre aproximadamente 50.000 adultos residentes del condado de Estocolmo en Suecia (Ahs et al., 2018). El numerador fue determinado a partir de la pregunta formulada a los participantes “*¿Le gustaría recibir hormonas o realizarse una cirugía para ser más como alguien de un sexo diferente?*”. Se diseñaron dos items adicionales para identificar a las personas que manifestaban incongruencia de género: “*¿Se siente como alguien de un sexo diferente?*” y “*¿quisiera vivir o que la traten como alguien de un sexo diferente?*”. El 0,5% de los participantes manifestó su necesidad de recibir ya sea tratamiento hormonal o cirugía de afirmación de género. Las personas que expresaron sentirse como alguien de un sexo diferente y aquellos que manifestaron querer vivir o ser tratados como una persona de otro sexo constituyeron entre el 2,3% y el 2,8% de la muestra total, respectivamente.

Los datos basados en poblaciones fuera de Norteamérica y Europa occidental son menos comunes. Un estudio reciente ofrece datos confiables que surgen de una encuesta amplia y representativa realizada a 6.000 personas adultas en Brasil (Spizzirri et al., 2021). Se evaluó la identidad de género de los participantes en base a las siguientes tres preguntas 1) “*¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor cómo se siente usted actualmente?*” (Opciones: Me siento hombre; Me

siento mujer; y Siento que no soy ni hombre ni mujer); 2) “*¿Qué sexo consta en su certificado de nacimiento?*” (Opciones¹: Masculino, Femenino e Indeterminado); y 3) “*¿Con cuál de estas situaciones se siente usted más identificado?*” (Opciones: Nací masculino, pero desde niña me he sentido femenino; Nací femenino, pero desde niño me he sentido masculino; Nací masculino y me siento a gusto con mi cuerpo; nació femenino y me siento a gusto con mi cuerpo). En base a las respuestas obtenidas de estas 3 preguntas, los autores determinaron que el 1,9% de los consultados eran personas TGD (0,7% definidas como transgénero y 1,2% definidas como no binarios).

Las publicaciones referidas al porcentaje de jóvenes TGD (personas menores a 19 años de edad) en la población constan de varias encuestas que se realizaron en escuelas. Una encuesta nacional interseccional realizada en el año 2012 en Nueva Zelanda recogió información acerca de la identidad TGD entre estudiantes de la escuela secundaria (Clark et al., 2014). De los más de 8000 participantes de la encuesta, el 1,2% se autoidentificó como TGD y el 2,5% informó que no estaba seguro. Otro estudio realizado a niños en edad escolar tuvo lugar en el año 2016. Se trató de una encuesta a estudiantes de noveno y décimo primer año (con edades comprendidas entre los 14 y 18 años de edad) en el estado americano de Minnesota (Eisenberg et al., 2017), y el 2,7% de los cerca de 81000 encuestados informó ser TGD. Un estudio más reciente (Johns et al., 2019)) presentó los resultados de la Encuesta sobre Conductas de Riesgo en Adolescentes (YRBS, por su sigla en inglés) que se lleva a cabo cada dos años tomando muestras representativas de estudiantes secundarios de los Estados Unidos a nivel local, estatal y nacional, que asisten a los grados 9-12 (rango etario aproximado 13-19 años de edad). El ciclo YRBS de 2017 se llevó a cabo en 10 estados y 9 importantes áreas urbanas, e incluyó la siguiente secuencia: “*Algunas personas se describen como transgénero*

¹NdT: Las opciones originales en inglés eran: male, female, and undetermined. Se tradujeron en función del término usualmente utilizado en los documentos y certificados oficiales.

Resumen de los porcentajes informados de personas TGD en la población general:

Estudios realizados dentro del sistema de salud: 0,02-0,1%

Estudios basados en encuestas a personas adultas: 0,3-0,5% (transgénero), 0,3-4,5% (TGD total)

Estudios basados en encuestas a niños y adolescentes: 1,2-2,7% (transgénero), 2,5-8,4% (TGD total)

cuando su sexo asignado al nacer no coincide con sus formas de pensarse o de sentirse con respecto su género. ¿Es usted transgénero?”. Entre los casi 120.000 participantes de 19 localizaciones, el 1,8% respondió “Sí, soy transgénero” y el 1,6% respondió “No estoy seguro si soy transgénero”.

Otra publicación reciente de un estudio escolar realizado en los Estados Unidos presentó los resultados de una encuesta llevada a cabo en Florida y California en el año 2015 con el objetivo de identificar niños y adolescentes que se perciben como de género diverso en una muestra de más de 6.000 estudiantes de los grados 9-12 (Lowry et al., 2018). Se utilizó el término “altamente no conforme con su género” para definir a las niñas AMAB que informaron ser muy/principalmente/algo femeninos, o a los niños AFAB, que informaron ser muy/principalmente/algo masculinos. En base a estas definiciones, se informó que los porcentajes de participantes TGD eran del 13 % entre los estudiantes AMAB, del 4% entre los estudiantes AFAB, y 8,4% para el total.

Sólo un estudio examinó el porcentaje de niños autoidentificados como TGD en un grupo etario de menor edad. Shields et al. analizaron los datos obtenidos de una encuesta realizada en el año 2011 a 2.700 estudiantes de los grados 6-8 (rango etario 11-13 años) de 22 escuelas secundarias públicas de San Francisco (Shields et al., 2013). Treinta y tres niños se autoidentificaron como TGD en base a la pregunta “¿Cuál es tu género?”, cuando las posibles respuestas eran: Femenino, Masculino o Transgénero. El 1,3% de los encuestados resultó ser transgénero. Sin embargo, esta definición excluiría a las personas TGD que se autoidentifican como no binarias y a aquellas que no se identifican explícitamente como transgénero.

Tomados en conjunto, estos datos indican que los porcentajes de personas TGD que se

reportaron en años recientes (desde 2011 hasta 2016) estaban en el rango de 0,02% a 0,08% en los estudios basados en los sistemas de salud que tomaron códigos de diagnóstico u otros datos registrados en las historias clínicas (Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017). Por el contrario, cuando la condición TGD fue determinada en base a la información suministrada por el propio encuestado, los porcentajes correspondientes resultaron ser significativamente mayores y razonablemente consistentes, cuando los estudios utilizaron definiciones similares. Cuando las encuestas preguntaron específicamente acerca de la identidad “transgénero”, las estimaciones variaron del 0,3% al 0,5% entre personas adultas, y del 1,2% al 2,7% en niños y adolescentes. Cuando la definición fue amplia e incluyó expresiones de diversidad de género tales como incongruencia de género o ambivalencia de género, los porcentajes correspondientes fueron más altos: del 0,5% al 4,5% entre las personas adultas y del 2,5% al 8,4% entre los niños y adolescentes.

Tal como se destaca en otras geografías (Goodman et al., 2019), una observación de gran valor es el aumento constante tanto del tamaño como de la composición de la población TGD, con tendencias ascendentes en el porcentaje de personas TGD observado en sistemas de salud, en encuestas basadas sobre población, como así también en datos aportados por el reconocimiento legal de género. Las estimaciones más altas que se observaron en las publicaciones más recientes validan a algunas de las publicaciones anteriores que indicaban que el tamaño de la población TGD había sido muy probablemente subestimado en estudios anteriores (Olyslager & Conway, 2008).

También se reportaron tendencias temporales en las proporciones AMAB/AFAB en estudios que analizaron las derivaciones a clínicas, como así también datos provenientes de sistemas de salud integrados. Esta proporción cambió de predominantemente AMAB en décadas anteriores a predominantemente AFAB en años recientes, especialmente entre adolescentes TGD (Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al. 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021). La tendencia hacia una mayor proporción de personas TGD en grupos etarios juveniles y las diferencias entre las proporciones AMAB/AFAB relacionadas a la edad probablemente representen el “efecto cohorte”, que refleja los avances sociopolíticos, los cambios en los patrones de derivación, un mayor acceso al cuidado de la salud y a la información médica, un estigma cultural menos pronunciado y otros cambios que ocasionan un impacto diferente en distintas generaciones (Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

A pesar de las recientes mejoras en la calidad de los estudios publicados, una limitación importante de la literatura existente es la relativa escasez de publicaciones revisadas por pares en regiones fuera de Europa occidental o Norteamérica. Es posible obtener parte de la información relevante respecto a estimaciones globales a partir de informes suministrados por los gobiernos o por organizaciones no gubernamentales (Fisher et al., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020) pero puede resultar difícil identificar y evaluar sistemáticamente estos informes hasta que aparecen en publicaciones revisadas por pares. Existen otras barreras contra la evaluación de la distribución mundial de las poblaciones TGD, como por ejemplo el acceso inadecuado a datos demográficos y la desproporción de publicaciones en idioma inglés en la literatura mundial.

Haciendo a un lado estas limitaciones, la información de alta calidad disponible indica que las personas TGD representan un porcentaje cuantificable y creciente de la población general. Según la información confiable de que se dispone

a la fecha, este porcentaje va de una fracción porcentual a varios puntos porcentuales, según el criterio de inclusión utilizado, el grupo etario y la localización geográfica. Los datos precisos del porcentaje, distribución y composición de la población TGD, como así también la proyección de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud de las personas TGD en forma adecuada, deben basarse en datos de alta calidad obtenidos sistemáticamente, los que en la actualidad están más disponibles. Se necesita una recolección continua y rutinaria de estos datos para disminuir la variabilidad y minimizar las sobre o subestimaciones en los resultados informados. Por ejemplo, se dispondrá de estimaciones mucho más precisas y fidedignas cuando los censos poblacionales comiencen a recoger y reportar sistemáticamente datos referentes a sexo asignado al nacer e identidad de género, incluyendo las categorías asexual y no binario, utilizando el método de dos pasos que está en la actualidad bien validado. El primero de esos censos fue realizado por el Departamento Nacional de Estadísticas de Canadá. Según los datos proporcionados por el censo de 2021, 100.815 de los 30 millones y medio de canadienses se autoidentificaron como transgénero o no binario; lo que representa el 0,33% de la población de mayores de 15 años (Estadísticas Canadá, 2022).

En forma consistente con las publicaciones, los porcentajes de personas transgénero y no binario resultaron ser mayores para la Generación Z (los nacidos entre 1981 y 1996, 0,79%) y Millennials (nacidos entre 1981 y 1996, 0,51%) que para los de la Generación X (los nacidos entre los años 1966 y 1980, 0,19%), los Baby Boomers (nacidos entre los años 1946 y 1965, 0,15%) y las Generaciones Mayores e Inter-guerras (los nacidos en 1945 o con anterioridad a este año, 0,12%). Si bien estos resultados representan los datos de mejor calidad de que se dispone a la fecha, no queda claro cómo se pueden vincular los porcentajes informados en Canadá con aquellos reportados en otros países. Al mejorar las colaboraciones internacionales, se podrá reducir aún más la variabilidad en las definiciones de lo que constituye la población

TGD y las diferencias en los métodos de recolección de datos.

CAPÍTULO 4 – Formación

Este capítulo propone una revisión general de las publicaciones relativas a la formación para la atención de la salud transgénero y de género diverso (TGD). Se brindan recomendaciones a nivel gubernamental, no gubernamental, institucional y a nivel de los efectores de salud, con el objetivo de aumentar el acceso a la atención competente y compasiva de la salud. Como consecuencia de una mayor facilidad de acceso, deberían mejorar los resultados en materia de salud en las poblaciones TGD. Dado que éste es un capítulo nuevo en los Estándares de Atención (SOC) preparados por la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH), el objetivo es sentar las bases para el área formativa e invitar a una discusión más profunda y más amplia entre los educadores y los profesionales de la salud.

Un amplio rango de disciplinas queda comprendido en la atención de la salud transgénero. La formación de los profesionales de la salud varía considerablemente según el país o la región de que se trate en lo que respecta a estructura, educación formal y políticas. Las publicaciones en materia de formación para la atención de la salud TGD provienen predominantemente de Norteamérica, Europa, Australia y Nueva Zelanda. Este capítulo no brindará información para cada disciplina, ni abordará las necesidades específicas de cada una de ellas (información que puede encontrarse en los capítulos respectivos) ni las necesidades específicas del sistema educativo en materia de salud para cada país o región. Resulta necesario un mayor entendimiento y más investigaciones en la intersección de los sistemas de educación para la salud, licenciaturas y salud transgénero alrededor del mundo.

En el ámbito mundial, la formación en materia de salud TGD es primordial si se quieren tratar las disparidades existentes a nivel nacional e internacional. Aún en la actualidad se evidencia ausencia de competencia cultural en relación con las comunidades TGD. El Grupo del Banco Mundial (World Bank Group, 2018) presentó un

informe sobre la extensa discriminación, abusos, violencia y malos tratos que afectan a las personas TGD. También reportaron que las personas TGD enfrentan las más altas tasas de violencia y discriminación (World Bank Group, 2018).

A pesar de que en muchos países de altos ingresos existen leyes nacionales de antidiscriminación, específicamente para proteger la identidad de género, la discriminación en los lugares de trabajo, en la educación y en el cuidado de la salud sigue siendo problemática (World Bank Group, 2018).

La formación cultural o clínica con perspectiva TGD ha sido históricamente ignorada en todas las disciplinas, en los contenidos curriculares de todos los niveles de formación -pregrado, grado, residencia o educación continua-. La Comisión Conjunta de los Estados Unidos ha recomendado que los efectores del sistema de salud “brinden programas educativos y foros de discusión que apoyen las necesidades propias de la comunidad LGBT” (The Joint Commission, 2011). Sin embargo, esto no se ha implementado.

A nivel individual, un considerable número de preguntas esperan respuesta. ¿Qué tipo de intervenciones en materia de formación pueden tratar la transfobia de manera más efectiva y dar como resultado cambios de actitud más duraderos? ¿Qué intervenciones se traducen en el incremento del número de efectores de salud en esta área, como así también de un mayor número de personas TGD atendidas? ¿Aumenta la exposición clínica la confianza de los efectores de salud con el transcurso del tiempo? ¿Qué intervenciones educativas permitieron mejorar los resultados en materia de salud en la población TGD, y en ese caso, cuándo y cómo lograron dichas mejoras estas intervenciones? A pesar de que los profesionales de la salud han comenzado a incorporar el tema de salud TGD a la formación, utilizando una variedad de modalidades y en diferentes niveles de entrenamiento, los esfuerzos han sido muy disímiles según la profesión involucrada, y no han sido ni sistémicos ni sistemáticos en naturaleza (por ejemplo, Brennan et al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

4.1- Recomendamos que todo el personal que trabaja en agencias gubernamentales, no gubernamentales y privadas reciban formación cultural orientada a atender personas transgénero o de género diverso con dignidad y respeto.

4.2- Recomendamos que todos los miembros del equipo de salud reciban capacitación en materia de conocimiento cultural orientada a atender personas transgénero y de género diverso con dignidad, durante la orientación y como parte de su formación anual o continua.

4.3- Recomendamos que las instituciones involucradas en la capacitación de los profesionales de la salud desarrollen competencias y objetivos de aprendizaje para la salud transgénero o de género diverso dentro de cada área de competencia de la especialidad

et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rondahl, 2009).

El fin último de la educación ha de ser alcanzar la humildad cultural mediante la apreciación completa de la interseccionalidad de la humanidad. Dicho esto, esta convocatoria inicial a la formación tiene por objetivo construir las bases para la conciencia y la competencia culturales que en estos momentos son pobres o inexistentes en gran parte del mundo.

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulado 4.1

Recomendamos que todo el personal que trabaja en agencias gubernamentales, no gubernamentales y privadas reciban formación cultural orientada a atender personas transgénero o de género diverso con dignidad y respeto.

El Artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas establece que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (Naciones Unidas, 1948). Pero no fue sino hasta recientemente que este postulado fundamental incluyó el reconocimiento de que los derechos TGD son derechos humanos (UNOCHR, 2018). En el contexto mundial, sigue faltando

capacitación acerca de las comunidades TGD en todos los niveles. Hacia el año 2002, únicamente el 3% de las empresas conocidas como *Fortune 500* contaban con políticas antidiscriminación para la protección de empleados TGD, y ninguna de ellas ofrecía seguro de cobertura para las intervenciones de afirmación de género (Fundación Human Rights Campaign, 2017). Antes del año 2022, el 91% de las empresas *Fortune 500* habían incluido la identidad de género en las políticas de no discriminación en los Estados Unidos, y el 66% ofrecían seguro de cobertura TGD-inclusivo. Sin embargo, sólo el 72% brinda educación cultural para su personal sobre lesbianas, gay, bisexuales, transgénero y queer/cuestionándose (LGBTQ) (Fundación Human Rights Campaign, 2022). Tal falta de formación favorece la discriminación en todo el plantel. En su conjunto, estas inconsistencias afectan negativamente la salud de las personas y de estas comunidades y exacerbando las disparidades en materia de salud y las inequidades que deben enfrentar. En el Reino Unido, sólo el 28% de los trabajadores TGD expresaron sentir que los líderes de alto rango estaban comprometidos con la equidad de género; y sólo el 21% de los empleados TGD expresaron que podrían informar haber sufrido acoso transfóbico en sus lugares de trabajo (Stonewall, 2018)). De los empleados TGD que expresaron abiertamente su condición, el 34% fueron excluidos por sus compañeros de trabajo, el 35% sufrieron abusos de sus clientes, al 24% se le denegó una promoción a causa de su identidad de género, y el 11% fueron despedidos (Stonewall, 2018). En el sudeste europeo, el Banco Mundial expresó que existe una ampliamente difundida discriminación, acoso, violencia y

abuso, y que las personas TGD en esa región debían enfrentar las más altas tasas de violencia y discriminación (World Bank Group, 2018). En muchos casos, la discriminación no fue reportada: el 60% de las personas no presentó una denuncia por falta de confianza de que dicha denuncia fuera tratada, por temor a sufrir mayor discriminación o a ser puestas en ridículo o por aversión a ser sacadas del clóset (World Bank Group, 2018). A pesar de que en muchos países de la región existen leyes nacionales de antidiscriminación donde la identidad de género es una característica protegida, la discriminación en el ambiente laboral, en la educación y en la atención de la salud siguen constituyendo un problema (World Bank Group, 2018). Es responsabilidad de las agencias gubernamentales, no gubernamentales y privadas de estos países que cuentan con leyes antidiscriminación garantizar los derechos de la población TGD. Es su deber, por lo tanto, encontrar las formas de lograr disminuir la discriminación y el estigma. Una de ellas es a través de la educación. Las culturas locales que favorecen actitudes anti-TGD suelen constituir barreras que impiden la educación necesaria. Aunque los entrenamientos en materia de competencia cultural han tenido resultados equívocos, Shepherd (2019) sugiere que brindar educación en materia de conocimiento cultural que tenga como prioridad temas de cultura local y que se oriente a valores como apertura, no juzgar, y sensibilidad, pueden conducir a lograr los resultados deseados. Implementar capacitación en materia de conocimiento cultural requiere de un liderazgo dispuesto a priorizar el entrenamiento y a dedicar el tiempo, el dinero y el capital humano a brindar entrenamiento inicial y continuo.

Postulado 4.2

Recomendamos que todos los miembros del equipo de salud reciban capacitación en materia de conocimiento cultural orientada a atender personas transgénero y de género diverso con dignidad, durante la orientación y como parte de su formación anual o continua.

La formación cultural o clínica en TGD ha sido históricamente ignorada en todas las disciplinas, en los contenidos curriculares de todos los niveles de educación -pregrado, grado, residencia o educación continua- Entre los factores que han contribuido a la falta de inclusión podemos mencionar la falta de conocimientos de la planta docente, de experiencia, de sentirse cómodo al abordar estos temas, los sesgos, la falta de espacio dentro de los contenidos curriculares existentes y la falta de guía sobre cómo integrar estos temas evidenciados por el cuerpo de profesores. (McDowell & Bower, 2016). Las investigaciones relativas a la falta y necesidad de este tipo de educación no se refieren específicamente a asuntos de salud TGD. Por el contrario, las publicaciones existentes subsumen la educación en materia de salud TGD dentro de una discusión más amplia relativa a la falta de formación en competencia clínica y cultural orientada a LGBTQ. Como ejemplo podemos mencionar que los programas de bachillerato en enfermería incluyeron sólo 2,12 horas de instrucción en promedio en salud LGBTQ (Lim et al., 2015). Es razonable asumir que el tiempo dedicado a asuntos de salud específicos para TGD constituyó sólo una fracción de ese tiempo.

Dentro del contexto más amplio de competencia LGBTQ, la falta de formación en competencia cultural y clínica TGD se reconoce ampliamente como una deficiencia en la formación para la atención de la salud (Aldridge et al., 2021). En los Estados Unidos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Healthy People 2020, (United States Department of Health and Human Services (2013, April 10)), la Academia Nacional de Medicina (The Institute of Medicine, 2011) y la Comisión Conjunta (The Joint Commission, 2011) reconocieron que la falta de formación impacta negativamente en las posibilidades de las personas LGBTQ, incluso de las personas TGD, de obtener la atención médica necesaria y apropiada. El Comité de Mujeres e Igualdades de la Cámara de los Comunes del Reino Unido concluyó que la falta de educación contribuía a las disparidades en materia de salud TGD en el Servicio de Salud Nacional (House of

Commons Women and Equalities Committee, 2015, December 8). Se ha detectado la falta de formación para la atención de la salud TGD en los Estados Unidos (Obedin-Maliver et al., 2011), en el Reino Unido (Tollemache et al., 2021), en Sudáfrica (de Vries et al., 2020; Taylor et al., 2018; Wilson et al., 2014) en Canadá (Bauer et al., 2014)), en Australia (Riggs & Bartholomaeus, 2016), en Suecia, España, Serbia, Polonia (Burgwal et al., 2021) y en Pakistán (Martins et al., 2020), entre otros países.

Shepherd (2022) sostiene que más allá de desarrollar contenidos curriculares, se necesita de componentes clínicos y organizacionales para mejorar las consultas y la satisfacción del consultante. A nivel organizacional, eso debe ser viable y orientado tanto localmente como prácticamente (Shepherd, 2022). A nivel individual, además del conocimiento se recomienda que los profesionales de la salud guarden conductas genéricas orientadas a los valores de apertura, suspensión del juicio y sensibilidad (Shepherd, 2018).

Postulado 4.3

Recomendamos que las instituciones involucradas en la capacitación de los profesionales de la salud desarrollen competencias y objetivos de aprendizaje para la salud transgénero o de género diverso dentro de cada área de competencia de la especialidad.

Cada profesión del área de salud cuenta con sus propias instituciones educativas, administrativas y organismos otorgantes de licencias que son muy variables según el país y la especialización dentro de la profesión. Pareciera que ninguna organización profesional, institución educativa u organismo otorgante de licencias de envergadura dentro del área de salud requiere capacitación en materia de salud TGD. Si bien estas organizaciones recomiendan cada vez más frecuentemente la inclusión de salud intersexual LGBTQ, no es habitual que especifiquen competencias, habilidades u objetivos de aprendizaje para trabajar con personas TGD dentro de su especialidad. Los materiales publicados sobre formación profesional en

materia de salud para la salud TGD se orientan primariamente a la enfermería, la medicina y la salud mental, y provienen principalmente de Norteamérica, Europa, Australia y Nueva Zelanda. Resulta esencial aumentar la comprensión de los sistemas educativos profesionales para la atención médica y de salud transgénero y los requerimientos a nivel global.

A pesar de que las personas TGD cuentan con mayor visibilidad con el paso del tiempo, su acceso a profesionales de la salud preparados y culturalmente competentes sigue siendo una necesidad abrumadora en el mundo (James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017). La falta de prestadores de salud competentes constituye una barrera muy importante para la atención de afirmación de género de las personas transgénero (Puckett et al., 2018; Safer et al., 2016)) y contribuye a la generación de grandes disparidades en el área de salud (Giffort & Underman, 2016; Reisman et al., 2019). La falta de entrenamiento profesional adecuado en el área de salud TGD constituye un problema global (Do & Nguyen, 2020; Martins et al., 2020; Parameshwaran et al., 2017) que se da en todos los niveles de la educación (Dubin et al., 2018) y atraviesa todas las disciplinas del área (Glick et al., 2020; Gunjawate et al., 2020; Johnson & Federman, 2014) y especializaciones médicas (Fung et al., 2020; Korpaisarn and Safer, 2018).

Los desafíos continúan existiendo, dado que los estudios a la fecha se llevan a cabo sobre muestras limitadas, constan de un único entrenamiento, e involucran múltiples disciplinas en múltiples estadios de carrera, se orientan a resultados de corto plazo y usualmente cubren todos los temas LGBTQI en lugar de hacer foco en las cuestiones específicas de TGD, conocimiento este que por lo general se adquiere en un posgrado y no constituye el foco de la mayoría de las intervenciones educativas actualmente estudiadas (Dubin et al., 2018).

Para implementar las recomendaciones con éxito, es posible que las instituciones deban considerar el desarrollo de 1) abordajes sistémicos y sistemáticos para desarrollar e implementar competencias para cada disciplina de salud del

espectro profesional; 2) evaluaciones estandarizadas para los alumnos, que contemplen sugerencias de la comunidad TGD y 3) asignación de recursos curriculares, lo que incluye un cuerpo docente entrenado, como así también el tiempo necesario para alcanzar objetivos de aprendizaje claros y consensuados (Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020).

Adicionalmente, las evaluaciones de estas intervenciones no deberían orientarse hacia los resultados sino a intentar comprender cómo, cuándo y por qué se están dando estos resultados (Allen et al., 2021).

CAPÍTULO 5 – Evaluación en la Adulthood

Este capítulo brinda una guía para la evaluación de personas transgénero adultas y de género diverso (TGD) adultas que solicitan tratamientos medicamente necesarios de afirmación de género médica y/o quirúrgica (TMQAG) con el objeto de adecuar mejor el cuerpo a su identidad de género (ver el postulado sobre necesidad médica en el Capítulo 2 - Aplicación Global, Postulado 2.1).

Las personas TGD adultas han alcanzado la mayoría de edad en su país y evidencian alguna forma de diversidad de género. Los elementos de desarrollo presentados en el capítulo sobre adolescencia, que incluyen la importancia de la participación de los padres o de los tutores pueden ser relevantes para el cuidado de las personas TGD adultas jóvenes también, aunque sean mayores de edad.

Este capítulo incluye todas las formas de transiciones e identidades de género, las que incluyen, pero no se limitan a: masculino, femenino, género diverso, no binario, agénero y eunucos. La población de personas TGD adultas es heterogénea y varía según su necesidad clínica y su situación biológica, psicológica y social, como también según el acceso que tengan a las prestaciones de salud. Por eso, todas las evaluaciones para TMQAG deberán adaptarse al conocimiento científico, clínico y comunitario donde el consultante presenta su identidad de género, como también a las circunstancias locales. Este capítulo reconoce que las personas pueden experimentar niveles diferentes de tratamiento clínico o regulatorio en un lugar determinado cuando el estado u otros prestadores intervienen en la atención de la salud.

La identidad de género de una persona es su identificación y experiencia interna. El rol del evaluador es evaluar si existe incongruencia de género e identificar si coexisten problemas de salud mental, brindar información sobre los TMQAG, apoyar a la persona TGD al considerar los efectos/riesgos de los TMQAG y determinar si la persona TGD tiene la capacidad de comprender el tratamiento que se le ofrece y si es probable que

el tratamiento sea beneficioso. El evaluador también puede ayudar a la persona TGD a considerar opciones que pueden mejorar los resultados de los TMQAG. El abordaje para la evaluación orientada a TMQAG que describimos en este capítulo toma en cuenta la experiencia vivida y el autoconocimiento de la persona TGD, como así también el conocimiento clínico del profesional de la salud (PS) que evalúa. Por consiguiente, con este abordaje la decisión de avanzar hacia el TMQAG es compartida entre la persona TGD y el PS evaluador, siendo ambos los que tienen un rol fundamental en el proceso de toma de decisión colaborativo.

Algunos sistemas utilizan un modelo de atención de personas TGD adultas solicitantes de TMQAG que prioriza al adulto TGD como decisor, mientras que el PS actúa como asesor, para descartar contraindicaciones serias. Estos modelos se utilizan mayormente cuando se considera la terapia hormonal más que cuando se considera la cirugía y suelen denominarse modelos de “consentimiento informado” (Deutsch, 2011, 2016a). Muchos de estos modelos utilizan una evaluación abreviada, que se concentra primariamente en evaluar la habilidad de la persona TGD para brindar su consentimiento informado y para utilizar información sobre TMQAG para informar su decisión médica. Estos modelos varían significativamente en distintas jurisdicciones, sistemas y PS (Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020). En muchos entornos locales, los modelos de consentimiento informado se han utilizado durante un tiempo para la prescripción de hormonas.

Este capítulo intenta ofrecer una guía global flexible, que debe ser adaptada a las circunstancias locales. Los PS deberán determinar qué abordajes satisfacen mejor las necesidades en su contexto local. La evaluación de estos abordajes será más exitosa si se hace en colaboración con la persona TGD.

Dado que las personas TGD constituyen un abanico diverso de expresiones e identidades de género y tienen necesidades diferentes de TMQAG, ningún proceso de evaluación se

adaptará a todas las personas o a todas las situaciones. Es posible que algunas personas TGD necesiten un proceso de evaluación comparativamente breve. En el caso de personas TGD adultas que presenten un caso complejo o aquellas que requieran tratamientos menos comunes o que cuenten con limitada evidencia científica, se requerirá una evaluación más integral, donde participen diferentes miembros de equipos multidisciplinarios. Las evaluaciones pueden realizarse en persona o en forma remota, por telemedicina. Si bien se han utilizado para algunos casos herramientas de medición psicométricas, éstas no constituyen un requisito para la evaluación para los TMQAG. El asesoramiento y la psicoterapia pueden resultar de utilidad cuando los solicita la persona TGD. Sin embargo, el asesoramiento y la psicoterapia focalizada en la identidad de género de la persona TGD no constituye un requisito para la evaluación o la iniciación de TMQAG. Los exámenes genitales no son un prerrequisito para la iniciación de TMQAG, y sólo deben realizarse cuando están indicados clínicamente.

Los TMQAG pueden llevarse a cabo en diferentes entornos, lo que dependerá de los sistemas de salud disponibles dentro de cada país; dichos entornos pueden ser nacionales/públicos, del sector privado, comunitarios o instituciones de caridad. Es por ello que las circunstancias locales y regionales pueden influir en la disponibilidad de atención de salud. Sin importar el entorno, los servicios que se le prestan a las personas TGD deben ser de la mejor calidad posible. La Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) aboga por que tanto la evaluación como el tratamiento estén siempre disponibles. El acceso a evaluación y tratamiento para las personas TGD que requieren TMQAG es crítico, dado la clara necesidad médica de estas intervenciones y los enormes beneficios que les ofrece (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012). Las guías de este capítulo deberán adaptarse a las circunstancias locales, como también a las individuales, clínicas y sociales.

Los siguientes postulados se basan en publicaciones científicas relevantes, que incluyen estudios que prueban el impacto altamente positivo que se logra al acceder a TMQAG; evidencia empírica disponible; una relación favorable entre riesgos y beneficios y el consenso sobre las mejores prácticas profesionales. La base de evidencia empírica para la evaluación de personas TGD adultas es limitada. Principalmente, incluye un abordaje que utiliza criterios específicos que son examinados por un PS en colaboración estrecha con el adulto TGD y no incluye ensayos controlados aleatorios ni investigaciones longitudinales a largo plazo (Olsen-Kennedy et al., 2016). Esto es comprensible, dada la complejidad y las consideraciones éticas necesarias para asignar pacientes que necesitan atención a diferentes grupos de evaluación y la falta de recursos para la investigación y otros recursos que permitan evaluar los resultados a largo plazo de los protocolos de evaluación.

La creación de esta guía implica una tarea compleja. Los criterios utilizados en este capítulo se han revisado en profundidad a partir de los Estándares de Atención versión 7 (SOC-7) para reducir requisitos y barreras innecesarias. Se espera que la investigación futura explore la efectividad de este modelo, como así también la de otros modelos de evaluación en desarrollo para la terapia hormonal y para la cirugía, lo que permitirá progresos continuos.

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

5.1 Recomendamos que la evaluación de personas transgénero y de género diverso adultas, previa a los tratamientos de afirmación de género esté a cargo de profesionales de la salud que reúnan los siguientes requisitos:

5.1.a Que tengan título habilitante y cuenten con posgrado o experiencia equivalente en un campo clínico relevante para esta tarea; el título debe haber sido otorgado por una institución acreditada a nivel nacional.

5.1.b En los países que requieran un diagnóstico para acceder a la atención, el profesional de la salud debe estar familiarizado con el uso de la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) establecida por la Organización Mundial de la Salud para realizar el diagnóstico. En los países donde no se ha implementado la última versión de la CIE, pueden utilizarse otras taxonomías; sin embargo, se debe intentar utilizar la última versión de la CIE tan pronto estén disponibles.

5.1.c. Que sean capaces de identificar enfermedades mentales coexistentes u otros problemas psicosociales y distinguirlos de la disforia, de la incongruencia y de la diversidad de género.

5.1.d. Que puedan evaluar la capacidad de brindar consentimiento al tratamiento.

5.1.e Que tenga experiencia o que esté calificado para evaluar los aspectos clínicos de la disforia, incongruencia y diversidad de género.

5.1.f Que participe en programas de formación continua para atención en salud de disforia, incongruencia y diversidad de género.

5.2 Sugerimos que los profesionales de la salud a cargo de evaluar personas transgénero y de género diverso adultas que requieren tratamiento de afirmación de género se vinculen con profesionales de diferentes disciplinas dentro del campo de la salud transgénero para efectuar interconsultas y derivaciones, si fueran necesarias.

Las siguientes recomendaciones se formularon según los requerimientos del tratamiento médico o quirúrgico de afirmación de género (todas deben cumplirse):

5.3 Recomendamos que los profesionales de la salud que evalúan personas transgénero y de género diverso adultas para el tratamiento médico y quirúrgico de afirmación de género:

5.3.a Sólo recomienden tratamiento médico de afirmación de género a una persona TGD cuando la experiencia de incongruencia de género es marcada y sostenida.

5.3.b Que se aseguren de que se cumplan todos los criterios de diagnóstico antes de iniciar los tratamientos de afirmación de género en regiones donde se necesita un diagnóstico para acceder a la atención de salud.

5.3.c Que identifiquen y descarten otras causas posibles de incongruencia de género aparente antes de iniciar los tratamientos de afirmación de género.

5.3.d Que se aseguren de evaluar todas las condiciones de salud mental que podrían tener un impacto negativo en el resultado de los tratamientos médicos de afirmación de género, considerando los riesgos y beneficios, antes de tomar una decisión referente al tratamiento.

5.3.e Que se aseguren de evaluar todas las condiciones de salud física que podrían tener un impacto negativo en el resultado de los tratamientos médicos de afirmación de género, considerando los riesgos y beneficios, antes de tomar una decisión referente al tratamiento.

5.3.f Que evalúen la capacidad de brindar consentimiento a los tratamientos específicos de afirmación de género antes de iniciarlos.

5.3.g Que evalúen la capacidad de la persona transgénero y de género diverso adulta para comprender los efectos del tratamiento de afirmación de género sobre la reproducción y que exploren las opciones para la reproducción junto con la persona antes del inicio del tratamiento.

5.4 Sugerimos, como parte de la evaluación para el tratamiento quirúrgico u hormonal de afirmación de género, que los profesionales que tengan competencias para evaluar personas transgénero y de género diverso que solicitan tratamiento médico por cuestiones de género consideren junto a la persona el rol social de la transición.

5.5 Recomendamos que las personas transgénero y de género diverso adultas que reúnan los criterios para tratamiento quirúrgico o médico de afirmación de género busquen una única opinión para el inicio de este tratamiento de un profesional que tenga competencia en la evaluación de personas transgénero y de género diverso que desean un tratamiento médico o quirúrgico relacionado al género.

5.6 Sugerimos que los profesionales de la salud que evalúan personas transgénero y de género diverso que solicitan gonadectomía consideren que el tiempo mínimo apropiado de terapia hormonal para cubrir las expectativas de género de la persona sea de 6 meses antes de que la persona TGD realice una intervención quirúrgica irreversible (a menos que las hormonas no estén clínicamente indicadas para la persona).

5.7 Recomendamos que los profesionales de salud que evalúan personas adultas que desean detransicionar y solicitan intervenciones hormonales relativas al género, intervenciones quirúrgicas o ambas, utilicen una evaluación multidisciplinaria integral que incluya puntos de vista adicionales de profesionales de la salud con experiencia en salud transgénero, y que consideren, junto con la persona, el rol de la transición social como parte del proceso de evaluación.

Postulado 5.1

Recomendamos que la evaluación de personas transgénero y de género diverso adultas previa a los tratamientos de afirmación de género esté a cargo de profesionales de la salud que reúnan los siguientes requisitos:

Postulado 5.1.a

Que tengan título habilitante y cuenten con formación universitaria o experiencia equivalente en un campo clínico relevante para

esta tarea; el título debe haber sido otorgado por una institución acreditada a nivel nacional.

Las personas TGD, como toda otra persona que requiera atención de salud, deben tener a su disposición los servicios de la mejor calidad, lo que se mide en función de la atención que se les brinda a las personas que los utilizan (The Yogyakarta Principles, 2017). Dado que esto varía en distintos lugares del mundo, las características del profesional que lleva a cabo la evaluación para TMQAG serán diferentes según el entorno local, como también según los requerimientos legales establecidos por los órganos de registro y

licenciamiento. Es importante que el profesional a cargo de la evaluación sea competente, tenga título habilitante, que pueda identificar la incongruencia de género y las condiciones que pueden ser malinterpretadas como incongruencia de género, y que tengan la capacidad de acompañar a la persona TGD durante todo el proceso de evaluación (RCGP, 2019). Quienes realizan la evaluación deben tener la capacidad de derivar a los pacientes a PS licenciados para brindar TMQAG.

Los PS deben contar como mínimo con formación universitaria en un campo clínico relativo a la salud transgénero o un entrenamiento clínico adicional equivalente regulado por ley; como, por ejemplo, profesionales de salud mental (PSM), médicos clínicos, enfermeras u otros profesionales de la salud con título habilitante. En algunos contextos, los PS con título habilitante que cuentan con menores niveles de capacitación pueden ejercer su práctica bajo la supervisión clínica de un PS con formación universitaria, quien tomará a su cargo la responsabilidad clínica en última instancia, garantizando la calidad y la precisión de la evaluación integral para el TMQAG. Para información adicional, ver Capítulo 4 – Formación.

Algunas veces puede resultar difícil acceder a un PS competente, profesional con título habilitante, con experiencia en evaluación para TMQAG. Por ello, y con el objeto de asegurar la continuidad del tratamiento y minimizar los lapsos en que éste no se brinda o se demora significativamente (por ejemplo, generando una larga lista de espera), un PS profesional con título habilitante, sin experiencia, puede brindar atención y llevar a cabo la evaluación de una persona TGD para TMQAG. Evitar demoras innecesarias en la atención de salud es fundamental. Sin embargo, las personas TGD deben recibir apoyo para acceder a la atención de un PS con experiencia tan pronto como sea posible (RCGP, 2019).

La práctica establecida requiere competencia para identificar y diagnosticar la incongruencia de género (Hembree et al., 2017; Reed et al., 2016;

T'Sjoen et al., 2020) y la habilidad para identificar diferenciales o condiciones que pueden ser mal interpretadas como incongruencia de género (Byne et al., 2018; Dhejne et al., 2016; Hembree et al., 2017). La práctica establecida enfatiza en la necesidad de formación continua en evaluación y atención de personas TGD (Asociación Americana de Psicología, 2015; T'Sjoen et al., 2020). Para más información, ver Capítulo 4 – Formación.

Postulado 5.1.b

En los países que requieran un diagnóstico para acceder a la atención, el profesional de la salud debe estar familiarizado con el uso de la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) establecida por la Organización Mundial de la Salud para realizar el diagnóstico. En los países donde no se ha implementado la última versión de la CIE, pueden utilizarse otras taxonomías; sin embargo, se debe intentar utilizar la última versión de la CIE tan pronto estén disponibles.

Algunos países disponen que se presente un diagnóstico de incongruencia de género para acceder a los TMQAG (los que se describirán más adelante). Los PS que evalúan personas TGD en estos países deben tener la capacidad de diagnosticar la incongruencia de género utilizando los sistemas de clasificación más actuales necesarios para que las personas TGD accedan a los TMQAG. La CIE-11 (OMS, 2019a) es un sistema de clasificación que se focaliza en la identidad experimentada por la persona TGD y en su necesidad de TMQAG, y no considera a la identidad TGD como una enfermedad mental.

Postulado 5.1.c

Que sean capaces de identificar enfermedades mentales coexistentes u otros problemas psicosociales y distinguirlos de la disforia, de la incongruencia y de la diversidad de género.

La diversidad de género es una variación natural en las personas y no es inherentemente patológica (Asociación Americana de Psicología, 2015). Sin embargo, la evaluación será más eficiente si está a cargo de un PS que tenga

experiencia en salud mental, lo que le permitirá identificar las condiciones que pueden confundirse con la incongruencia de género. Tales condiciones no son frecuentes y, cuando se dan, son de naturaleza psicológica (Byne et al., 2012; Byne et al., 2018; Hembree et al., 2017).

La necesidad de incluir un PS con experiencia en salud mental no implica la inclusión de un psicólogo, psiquiatra o trabajador social para cada evaluación. Por el contrario, un médico clínico, una enfermera u otro profesional de la salud calificado podría cumplir con este requerimiento si cuenta con la suficiente experiencia para identificar la incongruencia de género, reconocer los trastornos de salud mental, distinguir entre estos trastornos y la disforia, incongruencia y diversidad de género, para ayudar a la persona TGD a planificar y preparar su TMQAG, y para derivar al paciente a un profesional de la salud mental (PSM) si fuera necesario. Como se aborda en mayor profundidad en el capítulo referido a la salud mental, los PSM tienen un rol primordial en la atención de las personas TGD. Por ejemplo, el prejuicio y la discriminación que sufren algunas personas TGD (Robles et al., 2016) pueden causar depresión, ansiedad o el agravamiento de otras condiciones de salud mental. En tales casos, un PSM puede diagnosticar, clarificar y tratar las condiciones de salud mental. Los PSM y los PS con experiencia en salud mental cuentan con las herramientas necesarias para evaluar la viabilidad de los TMQAG y para brindar apoyo a las personas TGD que requieren o buscan tener más conocimientos o que se las ayude durante el proceso de transición. Para obtener información adicional, ver Capítulo 18 - Salud Mental.

Postulado 5.1.d

Que puedan evaluar la capacidad de brindar consentimiento al tratamiento.

La evaluación para el TMQAG debe incluir un análisis de la capacidad de la persona TGD para brindar su consentimiento al tratamiento propuesto. El consentimiento requiere capacidad cognitiva para comprender los riesgos y beneficios de un tratamiento y los potenciales resultados negativos y positivos. También

requiere la habilidad de retener la información que se les brinda para poder tomar una decisión (utilizando la ayuda necesaria), como así también la habilidad cognitiva para utilizar esa comprensión al momento de tomar una decisión informada (Asociación Médica Americana, 2021; Applebaum, 2007).

Algunas personas TGD tendrán la capacidad de brindar su consentimiento inmediatamente durante la evaluación. Otros, pueden necesitar un proceso más largo, que incluya discusiones continuas y la práctica de habilidades para toma de decisiones médicas. La presencia de enfermedad psiquiátrica o síntomas de salud mental no constituyen una barrera que impida el TMQAG, a menos que la enfermedad psiquiátrica o los síntomas de salud mental afecten la capacidad de la persona TGD de brindar su consentimiento al tratamiento específico que se está solicitando o que afecten la capacidad de recibir el tratamiento. Esto es especialmente importante porque se ha encontrado que los TMQAG reducen la sintomatología en salud mental en personas TGD (Aldridge et al., 2020).

Los sistemas de salud mental pueden habilitar TMQAG para personas que pueden no estar capacitados para brindar su consentimiento directamente si cuentan con un tutor legal apropiado o un decisor independiente aprobado por las autoridades que pueda dar consentimiento y confirmar que el tratamiento propuesto se alinea a las necesidades y deseos de la persona TGD.

Postulado 5.1.e

Que tenga experiencia o que esté calificado para evaluar los aspectos clínicos de la disforia, incongruencia y diversidad de género. Para más información, ver Postulado 5.1.f.

Postulado 5.1.f

Que participe en programas de formación continua para atención en salud de disforia, incongruencia y diversidad de género.

Como ocurre en cualquier otra área de la práctica clínica, es vital que los PS que realizan las evaluaciones para inicio de los TMQAG tengan el

conocimiento y la experiencia necesaria en atención de personas TGD. Si ello no fuera posible en el contexto local, el PS a cargo de la evaluación debe trabajar en conjunto con un PS que tenga el conocimiento y la experiencia. Como parte de su práctica clínica, los PS deben comprometerse a realizar entrenamiento continuo en atención de TGD, formar parte de asociaciones profesionales relevantes, asistir a reuniones profesionales, talleres o seminarios en la materia, consultar con PS con experiencia y/o ponerse en contacto con la comunidad TGD. Ello reviste especial importancia, dado que el tratamiento de personas TGD es un campo relativamente nuevo y el conocimiento y la terminología están en constante cambio (Asociación Americana de Psicología, 2015; Thorne, Yip et al., 2019). Por consiguiente, actualizarse en las áreas de salud TGD es vital para cualquiera que esté involucrado en evaluaciones para TMQAG.

Postulado 5.2

Sugerimos que los profesionales de la salud a cargo de evaluar personas transgénero y de género diverso adultas que requieren tratamiento de afirmación de género se vinculen con profesionales de diferentes disciplinas dentro del campo de la salud transgénero para efectuar interconsultas y derivaciones, si fueran necesarias.

Si se solicitara y si fuera posible, la evaluación para TMQAG debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario (Costa, Rosa-e-Silva et al., 2018; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; T'Sjoen et al., 2020), integrado por miembros que estén en contacto entre sí en los momentos oportunos y adecuados. Un PSM, un endocrinólogo, un prestador de atención primaria, un cirujano, un especialista en voz y comunicación, un navegador par TGD y otros podrían integrar este equipo. En algunos casos, puede no ser necesario un equipo multidisciplinario; sin embargo, cuando fuera necesario, será importante que los PS puedan tener acceso a colegas de diferentes disciplinas en forma oportuna para completar la evaluación para TMQAG y atender mejor las necesidades de

la persona TGD. También es esencial que la persona TGD tenga consultas de seguimiento con un PS que haya estado involucrado en la evaluación para la TMQAG, antes, durante o una vez iniciados los tratamientos de afirmación de género.

Las siguientes recomendaciones se formularon según los requerimientos del tratamiento médico o quirúrgico de afirmación de género (todas deben cumplirse):

Postulado 5.3

Recomendamos que los profesionales de la salud que evalúan personas transgénero y de género diverso adultas para el tratamiento médico y quirúrgico de afirmación de género:

Postulado 5.3.a

Sólo recomienden tratamiento médico de afirmación de género a una persona TGD cuando la experiencia de incongruencia de género es marcada y sostenida.

Para acceder al TMQAG, la incongruencia de género que presenta una persona TGD debe ser marcada y sostenida. Ello puede incluir la necesidad de TMQAG y el deseo de ser aceptado como persona del género que experimenta. Por consiguiente, es importante considerar la naturaleza, duración y consistencia de la incongruencia de género. Esto puede incluir factores tales como el cambio de nombre y de documentos de identidad, expresar su género frente a terceros, en la documentación sanitaria o cambios en la expresión de género. Sin embargo, la incongruencia de género marcada y sostenida puede darse aun cuando la persona TGD no lo haya compartido con terceros (Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019; Saeed et al., 2018; Sequeira et al., 2020). Un cambio abrupto o superficial de la identidad de género o la falta de persistencia hace que las condiciones sean insuficientes para iniciar los tratamientos de afirmación de género y que se recomiende una evaluación más profunda. En tales circunstancias, una evaluación permanente puede ser de utilidad para garantizar la consistencia y la persistencia de la

incongruencia de género antes de iniciar los TMQAG.

Si bien debe darse la incongruencia de género marcada y sostenida, no es necesario que las personas TGD experimenten grados severos de distrés en cuanto a su identidad de género para acceder a los tratamientos de afirmación de género. En realidad, el acceso al tratamiento de afirmación de género puede actuar como una medida profiláctica para evitar el distrés (Becker et al., 2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al., 2016). Un adulto TGD puede presentar incongruencia de género sostenida sin distrés significativo y aun así beneficiarse de los TMQAG.

La práctica clínica establecida examina la persistencia de la incongruencia de género al considerar el inicio de los TMQAG. (Chen & Loshak, 2020). En una revisión de 200 notas clínicas, Jones, Brewin et al. (2017) identificaron la importancia de la “estabilidad de la identidad de género” cuando se planifica la atención. Brindar TMQAG a personas TGD con incongruencia de género persistente se asocia a bajas tasas de arrepentimiento en el paciente y altas tasas de satisfacción (Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018). Sin embargo, si bien la CIE-11 (OMS, 2019 a) requiere la presencia de incongruencia de género marcada y persistente para realizar un diagnóstico de incongruencia de género, se cuenta con escasa evidencia específica en lo que respecta al periodo de persistencia requerido para el tratamiento de personas adultas. Se alienta a que los PS que están involucrados en la evaluación de personas TGD para TMQAG consideren debidamente la etapa de vida en que se encuentra la persona, sus antecedentes y las circunstancias actuales para hacer la evaluación.

Postulado 5.3.b

Que se aseguren de que se cumplan todos los criterios de diagnóstico antes de iniciar los tratamientos de afirmación de género en regiones donde se necesita un diagnóstico para acceder a la atención de salud.

En algunas regiones, puede ser necesario contar con un diagnóstico de incongruencia de género para acceder a las intervenciones relativas a la transición. Cuando se necesita un diagnóstico para acceder a los TMQAG, la evaluación para los mismos incluirá determinar y asignar un diagnóstico. En estas instancias, los PS deben ser competentes en el uso de la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE) (OMS, 2019 a). En las regiones donde el diagnóstico es necesario para acceder a la atención de salud, debe determinarse un diagnóstico de *HA60 Gender Incongruence of Adolescence or Adulthood* (Incongruencia de género en el Adolescente o en el Adulto) previo a realizarse las intervenciones de afirmación de género. Las intervenciones para la afirmación de género secundarias a un diagnóstico de *HA6Z Gender Incongruence, Unspecified* (Incongruencia de género no especificada) pueden considerarse en el contexto de una evaluación más detallada a cargo de un equipo multidisciplinario.

Existen evidencias de que el uso de herramientas de evaluación rígidas para “preparación para la transición” puede reducir el acceso a la atención y de que no siempre se hace en el mejor interés de la persona TGD (MacKinnon et al., 2020). Por lo tanto, en situaciones en las que asignar un diagnóstico es obligatorio para acceder a la atención, el proceso debe abordarse según un abordaje de confianza y transparencia entre el PS y la persona TGD que requiere el TMQAG, teniendo presente las necesidades de la persona TGD. Aún más, cuando las relaciones entre las personas TGD y sus PS son de alta calidad, este hecho se asocia con un menor distrés emocional y mejores resultados (Kattari et al., 2016). Debido a que muchas personas TGD temen que los PS confundan erróneamente identidad transgénero con enfermedad mental (Ellis et al., 2015)), la evaluación diagnóstica debe realizarse con sensibilidad para facilitar la mejor relación entre el prestador y la persona TGD.

Postulado 5.3.c

Que identifiquen y descarten otras causas posibles de incongruencia de género aparente antes de iniciar los tratamientos de afirmación de género.

En casos raros, las personas TGD pueden presentar una condición que puede confundirse con incongruencia de género o pueden tener otras razones para requerir tratamiento más allá de aliviar la incongruencia de género. En estos casos, y cuando existe ambigüedad en lo que respecta al diagnóstico de incongruencia de género, será importante realizar una evaluación integral y más detallada. Por ejemplo, puede ser necesaria una evaluación más profunda para determinar si la incongruencia de género persiste más allá de darse en un episodio psicótico agudo. Si la incongruencia de género persiste luego de que un episodio psicótico agudo se resuelve, puede habilitarse el TMQAG siempre y cuando la persona TGD tenga la capacidad de brindar su consentimiento y realizar el tratamiento específico. Si la incongruencia de género no persiste y sólo se da durante un episodio de tales características, no debe considerarse el tratamiento. Es importante que dichas circunstancias sean identificadas y se descarten antes del inicio de TMQAG (Byne et al., 2012, 2018; Hembree et al., 2017). Se debe comprender, sin embargo, que las personas TGD pueden presentar incongruencia de género y una condición de salud mental, un trastorno del espectro autista u otra neurodiversidad (Glidden et al., 2016). En efecto, algunas condiciones de salud mental tales como la ansiedad (Bouman et al., 2017), la depresión (Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018) y las autolesiones (Arcelus et al., 2016; Claes et al., 2015) son más prevalentes en personas TGD que no han tenido acceso a TMQAG. Estudios longitudinales recientes sugieren que los síntomas de salud mental experimentados por las personas TGD tienden a mejorar luego de los TMQAG (Aldridge et al., 2020; Heylens, Verroken et al., 2014; White Hughto & Reisner, 2016). No hay evidencia que sugiera un beneficio en negar los TMQAG a las personas TGD que presentan incongruencia de

género solamente porque tienen una condición de salud mental o de neurodesarrollo. Para más información, ver Capítulo 18 - Salud Mental.

Postulado 5.3.d

Que se aseguren de evaluar todas las condiciones de salud mental que podrían tener un impacto negativo en el resultado de los tratamientos médicos de afirmación de género, considerando los riesgos y beneficios, antes de tomar una decisión referente al tratamiento.

Tal como ocurre con las personas cisgénero, las personas TGD pueden presentar problemas de salud mental. El tratamiento de los problemas de salud mental puede y debe darse junto con los TMQAG cuando se necesita transición médica. Es vital que no se impidan la atención de afirmación de género a menos que, como se da en casos extremadamente raros, exista robusta evidencia de que hacerlo es necesario para evitar una descompensación significativa que implique riesgo de dañarse a sí mismo o a terceros. En esos casos, también es importante considerar los riesgos que implica demorar los TMQAG para la salud física y mental de la persona TGD (Byne et al., 2018).

En general, tanto la transición social como la médica se asocian a una reducción de los problemas de salud mental (Aldridge et al., 2020; Bouman et al., 2017; Durwood et al., 2017; Glynn et al., 2016; Hughto & Reisner, 2016; Wilson et al., 2015; Witcomb et al., 2018). Lamentablemente, la falta de contención social y el estrés físico y financiero que implica la inicio de los TMQAG pueden exacerbar problemas de salud mental preexistentes y requerir de apoyo adicional del PS tratante (Budge et al., 2013; Yang, Wang et al., 2016). La evaluación de los síntomas de salud mental puede mejorar los resultados de la transición, en especial cuando se utiliza para facilitar el acceso a la ayuda psicológica y social durante la transición (Byne et al., 2012). Puede considerarse demorar la transición en circunstancias especiales como, por ejemplo, cuando la persona TGD no puede comprometerse con el proceso de transición o si no pudiera manejarse con los cuidados post quirúrgicos, ni aun recibiendo ayuda. Si se considera necesario demorar el TMQAG, como último recurso, el PS deberá poner

a disposición de la persona que consulta los recursos y el apoyo necesario para mejorar su salud mental y facilitar su reincorporación al proceso de TMQAG tan pronto como fuera posible. Cabe destacar que el acceso a la transición médica en personas TGD facilita la transición social y mejora su seguridad en público (Rood et al., 2017). A su vez, el grado de conformidad entre la apariencia de la persona TGD con su identidad de género es el mejor predictor de los resultados en salud mental y calidad de vida luego de la transición médica (Austin & Goodman, 2017). Demorar el acceso a TMQAG debido a la presencia de problemas de salud mental puede exacerbar los síntomas (Owen-Smith et al., 2018) y perjudicar la relación; por lo tanto, sólo debe realizarse cuando todos los otros caminos ya se hayan agotado.

Postulado 5.3.e

Que se aseguren de evaluar todas las condiciones de salud física que podrían tener un impacto negativo en el resultado de los tratamientos médicos de afirmación de género, considerando los riesgos y beneficios, antes de tomar una decisión referente al tratamiento.

En casos poco frecuentes, los TMQAG tales como las intervenciones hormonales y quirúrgicas, pueden tener consecuencias iatrogénicas o exacerbar condiciones de salud física preexistentes (Hembree et al., 2017). En estos casos, debe tenerse la precaución, cuando eso es posible, de tratar las condiciones de salud física preexistentes mientras se inicia (si resulta apropiado) o durante el proceso del tratamiento de afirmación de género. Las interrupciones al tratamiento deben ser lo más breves posibles y éste debe reiniciarse tan pronto como sea practicable. Datos limitados y hallazgos inconsistentes sugieren que existe una correlación entre los riesgos cardiovasculares y metabólicos y la terapia hormonal en personas TGD adultas (Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Iwamoto et al., 2021; Spanos et al., 2020). Es importante evaluar cuidadosamente las condiciones de salud física con anterioridad al inicio del tratamiento por los posibles daños que éste pueda ocasionar y los probables beneficios que aportarían las medidas de prevención si se

aplicaran antes y durante del tratamiento hormonal. Algunas condiciones específicas, tales como antecedentes de cáncer hormono-sensible, pueden requerir evaluaciones más profundas y un tratamiento que pueden imposibilitar el tratamiento hormonal (Centro de Excelencia para la Salud Transgénero, 2016; Hembree et al., 2017).

Similares preocupaciones pueden presentarse en personas TGD adultas que solicitan acceso a intervenciones quirúrgicas. Toda intervención quirúrgica de afirmación de género conlleva riesgos específicos y la posibilidad de consecuencias desfavorables (Bryson & Honig, 2019; Nassiri et al., 2020; Remington et al., 2018). Sin embargo, no se han investigado los riesgos específicos de las intervenciones cuando existen condiciones físicas específicas, por lo cual los tipos de preocupaciones planteadas por las personas TGD durante la evaluación no difieren de los de cualquier otro candidato a cirugía.

Dadas las disparidades en salud mental y física (Brown & Jones, 2016) y las barreras de acceso a la salud (Safer et al., 2016) que experimentan las personas TGD, la evaluación de las condiciones físicas por parte de un PS no debe limitarse a la historia clínica de las intervenciones médicas. Si la persona TGD presenta alguna condición de salud física, es importante que estas condiciones sean tratadas al comienzo o durante los TMQAG, cuando ello sea posible. Toda interrupción del tratamiento debe hacerse con la idea de retomarlo tan pronto como sea posible. También es importante que el PS desarrolle una estrategia de tratamiento para tratar las condiciones físicas de manera de facilitar la salud y promover una buena adherencia al plan de tratamiento.

Postulado 5.3.f

Que evalúen la capacidad de brindar consentimiento a los tratamientos específicos de afirmación de género antes de iniciarlos.

La práctica de obtener el consentimiento informado al tratamiento es central al brindar atención de la salud. El consentimiento informado está contenido en el principio ético por el cual quienes reciben atención para la salud deben comprender qué tipo de atención reciben y

las potenciales consecuencias que puede ocasionar. La importancia del consentimiento informado está contenida en muchas de las prácticas legislativas y regulatorias que guían a los PS en todo el mundo (Jefford & Moore, 2008). No es posible conocer todas las consecuencias potenciales de un tratamiento. Por el contrario, considerar lo que sería “razonable” esperar es lo que se utiliza comúnmente como un criterio mínimo de consentimiento (Jefford & Moore, 2008; Spatz et al., 2016) y del mismo modo se aplica a los TMQAG. Estar capacitado para brindar consentimiento a un procedimiento o intervención clínica requiere de varios procesos cognitivos complejos. El consentimiento requiere la capacidad cognitiva de comprender los riesgos y beneficios de un tratamiento y los resultados potencialmente negativos y positivos, además de la habilidad para retener esa información con el objeto de poder tomar una decisión (contando con ayuda si es necesario), como así también la capacidad cognitiva para utilizar lo que se ha comprendido al tomar una decisión informada (Asociación Médica Americana, 2021; Applebaum, 2007). Es fundamental que la persona TGD y el PS a cargo de la evaluación consideren a priori la naturaleza del tratamiento buscado y los efectos potenciales positivos y negativos que pueden darse en los dominios biológicos, psicológicos y sociales de la vida de la persona TGD.

Es importante reconocer que la enfermedad mental, en especial los síntomas del daño cognitivo o la psicosis, puede impactar en la capacidad de una persona para emitir su consentimiento para TMQAG (Hostiuc et al., 2018). Sin embargo, la presencia de tales síntomas no necesariamente supone incapacidad para brindar consentimiento, porque muchas personas que presentan síntomas de salud mental significativos pueden comprender los riesgos y beneficios de un tratamiento y tomar una decisión informada (Carpenter et al., 2000). Por el contrario, es importante que se realice una evaluación cuidadosa que verifique la habilidad de la persona TGD para comprender la naturaleza del TMQAG específico, considerar opciones de

tratamiento, incluyendo riesgos y beneficios, calcular las consecuencias potenciales a corto y largo plazo de esa decisión, y comunicar su elección para recibir el tratamiento (Grootens-Wiegers et al., 2017).

Puede haber circunstancias en las cuales una persona carezca de la capacidad de brindar consentimiento, como, por ejemplo, durante un episodio agudo de psicosis o en situaciones donde la persona tiene un deterioro cognitivo de largo plazo. Sin embargo, las limitaciones a la capacidad de consentir el tratamiento no deben impedir que las personas reciban los TMQAG apropiados. En algunos casos, comprender los riesgos y beneficios puede requerir el uso de explicaciones repetidas utilizando un lenguaje sin jerga durante un tiempo más prolongado, o la utilización de diagramas que faciliten la explicación y ayuden a la comprensión. Este proceso puede verse favorecido si se realiza con la intervención de un equipo de salud multidisciplinario. En otros casos, será necesario recurrir a otra persona para que tome la decisión, como, por ejemplo, un tutor legal o un decisor independiente designado. Estas situaciones deben considerarse caso por caso para garantizar que se brinde a la persona la atención más afirmativa y menos restrictiva posible. Ver también Capítulo 11 - Entornos Institucionales.

Postulado 5.3.g

Que evalúen la capacidad de la persona transgénero y de género diverso adulta para comprender los efectos del tratamiento de afirmación de género sobre la reproducción y que exploren las opciones para la reproducción junto con la persona antes del inicio del tratamiento.

Dado que las intervenciones médicas de afirmación de género suelen afectar la capacidad reproductiva, los PS deben asegurarse de que la persona TGD sea consciente de las implicancias de los tratamientos sobre la reproducción y esté familiarizada con las opciones para conservar gametas y para reproducción asistida. Se ha demostrado que los tratamientos hormonales de afirmación de género impactan en la función

reproductiva y la fertilidad, aunque las consecuencias son heterogéneas en personas de todos los sexos asignados al nacer (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020). Pueden darse diferencias individuales y fluctuaciones de estos efectos en personas TGD adultas. Por ello, es esencial que los PS informen a la persona TGD sobre el impacto posible del tratamiento en su potencial de reproducción durante la evaluación y como parte de la evaluación de la capacidad de la persona para brindar consentimiento al TMQAG. Las opciones reproductivas deben considerarse y discutirse antes del inicio de los tratamientos de afirmación de género. Dado que la literatura no es clara en cuanto a la posibilidad de concebir durante la terapia hormonal, deberá brindarse la información necesaria referente a la necesidad de utilizar anticonceptivos para evitar embarazos no deseados y sobre los diferentes métodos de anticoncepción disponibles (Light et al., 2014; Schubert & Carey, 2020).

Los estudios transversales sobre muestras clínicas y no clínicas de diferentes poblaciones evidencian en forma consistente que las personas TGD adultas expresan deseo de ser padres y desean buscar la preservación de la fertilidad en porcentajes muy variables según la edad, género y la duración del tratamiento hormonal de afirmación de género (Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, Van Schuvlenbergh et al., 2020; Wierckx, Stuyver et al., 2012). En una muestra limitada, se demostró que brindar información sobre fertilidad tiene una gran influencia en la decisión de recurrir a la preservación de la fertilidad (Chen et al., 2019). Aunque no se compararon los grupos de quienes recibieron asesoramiento sobre fertilidad y quienes no lo recibieron, se observó que las tasas de preservación de la fertilidad aumentaban cuando se había brindado asesoramiento completo en fertilidad a las personas transgénero (Amir et al., 2020). Aún más, un estudio sugirió que la interconsulta con un especialista reducía el arrepentimiento relacionado a la decisión de si se debía recurrir a procedimientos para preservación de la fertilidad (Vyas et al., 2021).

Para más información, ver Capítulo 16 - Salud Reproductiva

Postulado 5.4

Sugerimos, como parte de la evaluación para el tratamiento quirúrgico u hormonal de afirmación de género, que los profesionales que tengan competencias para evaluar personas transgénero y de género diverso que solicitan tratamiento médico por cuestiones de género consideren junto a la persona el rol social de la transición.

La transición social puede ser muy beneficiosa para las personas TGD, aunque no todas ellas pueden o desean encararla (Bränström & Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020). Por consiguiente, algunas personas TGD solicitan intervenciones de afirmación de género luego de la transición social, algunas antes, otras durante, y otro grupo, sin haber hecho la transición social.

La transición social y asumir públicamente su identidad de género puede mejorar la salud mental de la persona TGD que solicita intervenciones de afirmación de género (Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019). Además, las cirugías faciales y de tórax anteriores a la terapia hormonal pueden facilitar la transición social (Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al. 2018; Van Boerum et al., 2019). Como parte del proceso de evaluación, los PS deben discutir con la persona TGD el rol social con el que se siente más cómoda, si planea una transición social y en ese caso en qué momento piensa hacerlo (Barker & Wylie, 2008). Es imperativo que, durante el proceso de evaluación, los PS sean respetuosos de la amplia diversidad de roles sociales de género, lo que incluye identidades y expresiones no binarias como binarias, que varían según la cultura, la comunidad local y la comprensión de cada persona.

No todos los que solicitan TMQAG querrán o podrán hacer la transición social. Se conoce poco acerca de las personas TGD que no realizan la transición social antes, durante o con posterioridad al tratamiento médico, ya que esto

no ha sido estudiado sistemáticamente. Las razones más frecuentes para evitar la transición social que han sido identificadas son el miedo a ser abandonados por la familia o amigos, el miedo a perder la estabilidad económica (Bradford et al., 2013), y a ser discriminados y estigmatizados (Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell et al., 2019; White Hughto et al., 2015). Sin embargo, algunas personas no buscan la transición social porque sienten que los tratamientos quirúrgicos u hormonales les ofrecen una mejora subjetiva suficiente para reducir su disforia de género.

Si no existe un plan claro para la transición social, o si la transición social no es deseada, será necesario realizar una evaluación adicional para determinar la naturaleza específica del tratamiento requerido y si es aconsejable llevarlo a cabo, especialmente si se trata de cirugía. Una evaluación adicional puede ofrecer a la persona TGD una oportunidad para considerar los posibles efectos de no enfrentar la transición social a pesar de obtener TMQAG. Dada la ausencia de datos sobre los resultados en materia de salud de las personas TGD que no encaran la transición social (Evans et al., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et al., 2021) el TMQAG debe encararse con cautela en tales circunstancias.

Postulado 5.5

Recomendamos que las personas transgénero y de género diverso adultas que reúnan los criterios para tratamiento quirúrgico o médico de afirmación de género busquen una única opinión para el inicio de este tratamiento de un profesional que tenga competencia en la evaluación de personas transgénero y de género diverso que desean un tratamiento médico o quirúrgico relacionado al género.

Las versiones anteriores de los SOC requerían que las personas TGD fueran evaluadas por dos PS con título habilitante antes de realizar TMQAG. Se creía que tener dos opiniones independientes era la mejor práctica, dado que brindaba seguridad tanto para la persona TGD como para los PS. Por ejemplo, se asumía que la consulta con dos PS ofrecía seguridad tanto para

la persona TGD como para sus PS evaluadores cuando se requerían intervenciones médicas irreversibles.

Sin embargo, la limitada investigación en el área indica que dos opiniones son, en gran medida, innecesarias. Por ejemplo, Jones, Brewin et al. (2017) revisaron las notas de casos de PS que trabajaban en un servicio estatal para atención de género y hallaron que había un correlato abrumador entre ambas opiniones - lo que hacía que una de ellas resultara redundante. Por otra parte, Bouman et al. (2014) determinaron que el requisito de dos evaluadores independientes reflejaba el paternalismo imperante en los servicios de salud e implicaba una violación potencial a la autonomía de las personas TGD. Los autores afirmaron que cuando los pacientes están adecuadamente preparados y evaluados por un equipo multidisciplinario, una segunda evaluación independiente es innecesaria.

Por consiguiente, si se requieren documentación escrita o una carta que recomiende tratamiento quirúrgico y médico de afirmación de género (TMQAG), las personas TGD que soliciten tratamientos que incluyan hormonas y cirugías de afirmación de género genitales, de tórax, faciales u otras sólo necesitarán una opinión por escrito o firma de un PS competente para evaluar y diagnosticar en forma independiente (Bouman et al., 2014; Yuan et al, 2021). Podrán solicitarse un mayor número de opiniones o firmas cuando el caso clínico específico así lo requiera.

Postulado 5.6

Sugerimos que los profesionales de la salud que evalúan personas transgénero y de género diverso que solicitan gonadectomía consideren que el tiempo mínimo apropiado de terapia hormonal para cubrir las expectativas de género de la persona sea de 6 meses antes de que la persona TGD realice una intervención quirúrgica irreversible (a menos que las hormonas no estén clínicamente indicadas para la persona).

Las guías de práctica clínica de la Endocrine Society recomiendan un período de tratamiento

hormonal regular antes de la cirugía genital (Hembree et al., 2017). Aunque se contaba con investigaciones limitadas para apoyar esta recomendación, se la consideraba una buena práctica clínica, porque permitía una experiencia más reversible antes de la experiencia irreversible de la cirugía. Por ejemplo, puede haber cambios en el deseo sexual luego de la cirugía genital de la orquiectomía (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014). En este contexto, la supresión de testosterona reversible puede ofrecer a la persona TGD un período de prueba para experimentar y decidir si se siente bien con la ausencia de testosterona. Cabe destacar que los efectos de la reducción de estrógenos sobre el deseo y funcionamiento sexual de personas TGD, luego de una ooforectomía están menos documentados.

La cirugía que remueve las gónadas es un procedimiento irreversible que ocasiona la pérdida de fertilidad y pérdida de los efectos de los esteroides sexuales endógenos. Ambos efectos deben ser discutidos como parte del proceso de evaluación. Para información adicional, ver Capítulo 16 - Salud Reproductiva. Desde luego, la terapia hormonal no está clínicamente indicada en personas TGD adultas que no lo solicitan, o en los casos en que está contraindicado por razones de salud. Para más información, ver Capítulo 13 - Cirugía y Cuidados Postoperatorios.

Postulado 5.7

Recomendamos que los profesionales de salud que evalúan personas adultas que desean detransicionar y solicitan intervenciones hormonales relativas al género, intervenciones quirúrgicas o ambas, utilicen una evaluación multidisciplinaria integral que incluya puntos de vista adicionales de profesionales de la salud con experiencia en salud transgénero, y que consideren, junto con la persona, el rol de la transición social como parte del proceso de evaluación.

Muchas personas TGD adultas pueden experimentar un amplio rango de identidades y elementos de expresión de género cuando están explorando su identidad de género y están considerando opciones de transición. Del mismo

modo, las personas pueden permanecer un tiempo con una identidad o expresión de género antes de descubrir que no se sienten cómodas y luego adaptarla o cambiarla a una identidad o expresión anterior (Turban, King et al., 2021). Algunas personas TGD adultas también pueden experimentar cambio de identidad de género con el transcurso del tiempo, por lo que sus necesidades de tratamiento médico evolucionarán. Este es un proceso saludable y razonable para determinar la forma más cómoda y congruente de vivir, que se basa en la identidad de género de la persona y el contexto de su vida. Este proceso de exploración de la identidad no debe ser equiparado necesariamente con arrepentimiento, confusión o un proceso de decisión deficiente porque la identidad de género de una persona TGD adulta puede cambiar sin por ello devaluar las decisiones de transición previas (MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021). Se debe ayudar a las personas TGD adultas en el proceso de exploración y en todos los otros cambios en su identidad (Expósito-Campos, 2021). Mientras continúa el proceso de exploración, deben evitarse los tratamientos de afirmación de género que son irreversibles hasta obtener claridad acerca de los objetivos a largo plazo y los resultados que se busca alcanzar.

La decisión de detransicionar parece no ser común (Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Las estimaciones sobre la cantidad de personas que revierten su transición por un cambio de identidad probablemente estén exageradas porque la investigación mezcla diferentes cohortes (Expósito-Campos, 2021). Por ejemplo, las cohortes donde se investigó la detransición incluyeron personas TGD adultas que habían elegido detransicionar debido a cambios en su identidad y también personas TGD adultas que habían elegido detransicionar sin presentar cambios de identidad. Aunque contamos con escasa investigación que examine sistemáticamente las variables que correlacionan con la decisión de una persona TGD adulta de frenar el proceso de transición o de revertirlo, un estudio reciente determinó que la vasta mayoría

de personas TGD que optaron por la detransición, lo hicieron por factores externos, tales como estigma y falta de apoyo social, y no por cambios en su identidad de género (Turban, King et al., 2021). Las personas TGD adultas que no han experimentado cambio de identidad pueden decidir frenar la transición o revertirla debido a opresión, violencia y conflictos sociales/relacionales, complicaciones quirúrgicas, problemas de salud, contraindicaciones físicas, falta de recursos o insatisfacción con los resultados (Expósito-Campos, 2021). En tales casos, los PSM son los indicados para ayudar a la persona TGD con estos desafíos.

Si bien la decisión de detransicionar es relativamente poco habitual, se espera que un aumento general de la cantidad de personas adultas que se identifican como TGD traiga aparejado un aumento en la cantidad absoluta de personas que solicitan detener o revertir una transición. Sin embargo, aunque los números absolutos pueden aumentar, el porcentaje de personas que solicita detener o revertir los cambios físicos permanentes deberían permanecer estáticos y bajos. El hecho de que existan estos casos infrecuentes no debe utilizarse como justificación para interrumpir la atención médicamente necesaria, incluso los tratamientos quirúrgicos y hormonales, que son críticos para la vasta mayoría de las personas TGD adultas.

Dado que la investigación es limitada en esta área, las guías clínicas están basadas primariamente en estudios de casos individuales y en la opinión experta de los PS que trabajan con personas TGD adultas (Expósito-Campos, 2021; Richards & Barrett, 2020). Por ello, si una persona TGD adulta ha realizado cambios físicos permanentes y solicita revertirlos, el PS evaluador debe ser miembro de un equipo evaluador multidisciplinario e integral. Un equipo multidisciplinario facilita la contribución de puntos de vista adicionales de PS expertos en salud transgénero. En colaboración con el adulto TGD, el equipo multidisciplinario estará dispuesto a comprender acabadamente las motivaciones que llevaron al tratamiento original y las que llevaron a la decisión de detransicionar.

Deben analizarse cuidadosamente todas las preocupaciones que pudieron presentarse sobre cambios físicos anteriores y debe realizarse un esfuerzo significativo para garantizar que preocupaciones similares no se repliquen en la detransición.

Para garantizar la mayor posibilidad de satisfacción y comodidad al revertir los cambios físicos permanentes, la persona TGD adulta y el equipo multidisciplinario deben explorar el rol que tiene la transición social en la evaluación y en la preparación para la detransición. En estos casos, es muy probable que se necesite un periodo prolongado de vivir en este rol antes de que se recomiende realizar nuevos cambios físicos. Los PS deben acompañar a las personas TGD adultas durante sus cambios sociales, como también cuando tengan sentimiento de fracaso, vergüenza, depresión o culpa por decidir hacer tales cambios. Además, debe brindarse apoyo a la persona para que pueda superar los prejuicios o dificultades sociales que puedan haber experimentado y puedan haber llevado a la decisión de detransicionar o que puedan ser la consecuencia de tal decisión. También es importante ayudar a que la persona siga comprometida con su atención de salud a través de todo el proceso (Narayan et al., 2021).

Si bien la investigación disponible arroja resultados positivos consistentes en la mayor parte de las personas TGD adultas que eligieron la transición (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Owen-Smith et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), algunas personas TGD adultas pueden descompensarse o experimentar un empeoramiento de la condición luego de la transición. Se ha realizado escasa investigación para examinar sistemáticamente las variables que tienen un correlato con condiciones biológicas, psicológicas o sociales pobres o empeoradas luego de la transición (Hall et al., 2021; Littman, 2021); sin embargo, la ocurrencia de estas condiciones parece no ser habitual (Hall et al., 2021; Wiepjes et al., 2018). En casos en los cuales la persona se descompensó luego de una transición física o social y luego permaneció en un estado biológico, psicológico o social más pobre

que el que tenía antes de la transición, debe considerarse seriamente si la transición es útil en ese momento, para esa persona. En los casos en que el tratamiento no se tolere, debe brindarse asistencia para apoyar a la persona en el manejo del proceso de suspender el tratamiento y a que pueda enfrentarse a las dificultades concomitantes (Narayan et al., 2021).

Apoyar a la persona que enfrenta una detransición, por la razón que fuera, es de vital importancia. Debe recordarse, sin embargo, que esto no ocurre con frecuencia y que la literatura demuestra resultados consistentemente positivos en la amplia mayoría de las personas TGD adultas que hicieron una transición a un género con el cual se hallan a gusto, incluso aquellos que recibieron TMQAG (Byne et al., 2012; Green & Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et al., 2012; Van de Grift, Elaut et al., 2018).

CAPÍTULO 6 – Adolescencia

Contexto histórico y cambios desde las versiones anteriores de los Estándares de Atención

La atención especializada de adolescentes transgénero comenzó en los años 1980, cuando surgió en el mundo una pequeña cantidad de clínicas especializadas en género para jóvenes que atendían a un número relativamente limitado de niños y adolescentes. En años más recientes, ha habido un gran incremento en el número de adolescentes que solicitaron intervenciones de género (Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020). Desde entonces, han abierto nuevas clínicas, pero los servicios clínicos en muchos lugares no se han desarrollado al mismo ritmo que el número creciente de consultantes jóvenes. Es por ello que existen largas listas de espera para los servicios y barreras que impiden la atención de la juventud transgénero en todo el mundo (Tollit et al., 2018).

Hasta hace poco tiempo, la información referente a la prevalencia de diversidad de género en adolescentes era limitada. Los estudios realizados sobre muestras tomadas de la escuela secundaria indican tasas mucho más altas que las esperadas, con informes de hasta el 1,2% de los participantes identificados como transgénero (Clark et al., 2014) y hasta el 2,7% o más (por ejemplo, 7-9%) que experimentaban algún nivel de diversidad de género autoinformada (Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020). Estos estudios sugieren que la diversidad de género en los jóvenes no debe considerarse como un caso raro. Además, en las clínicas de género se reportaron proporciones desiguales según el sexo asignado: los adolescentes asignados como femenino al nacer (AFAB) comenzaron a atenderse de 2,5 a 7,1 veces más frecuentemente en comparación con los adolescentes asignados masculinos al nacer (AMAB) (Aitken et al., 2015; Arnoldussen et al., 2019; Bauer et al., 2021; de Graaf, Carmichael et al., 2018; Kaltiala et al., 2015; Kaltiala, Bergman et al., 2020).

La primera vez que se incluyó una sección especial dedicada a las necesidades de niños y

adolescentes fue en los Estándares de Atención (SOC) - Versión 5 de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, por su sigla en inglés) del año 1998 (Levine et al., 1998). A los jóvenes de 16 años o más se los consideraba como personas que potencialmente podrían cumplir con los criterios de elegibilidad, pero sólo en casos seleccionados. Las versiones subsiguientes, la sexta (Meyer et al., 2005) y la séptima (Coleman et al., 2012) subclasificaron el tratamiento médico de afirmación de adolescentes en tres categorías y presentaron los criterios de elegibilidad según la edad / etapa puberal, es decir en : un retraso de la pubertad completamente reversible con el uso de inhibidores de la pubertad cuando la misma se haya iniciado; terapia hormonal parcialmente reversible (testosterona, estrógenos) en adolescentes que han alcanzado la mayoría de edad, es decir los 16 años en algunos países europeos; y cirugías irreversibles después de los 18 años, con excepción de la cirugía de masculinización de tórax o mastectomía, para la que se requiere una edad mínima de 16 años. Otros criterios de elegibilidad para atenciones médicas relacionadas al género incluían: tener una larga y persistente historia de “no conformidad” /disforia de género, que haya aparecido o se haya intensificado al comienzo de la pubertad; ausencia o buen manejo de los problemas psicológicos, médicos o sociales que interfieren con el tratamiento; padres/tutores dispuestos a apoyar el comienzo de la intervención; y manifestación del consentimiento informado. Para esta octava edición de los Estándares de Atención, hemos creado un capítulo dedicado a adolescentes transgénero y de género diverso (TGD), diferenciándolo del capítulo de niños, dado que: 1) se evidencia un crecimiento exponencial en las tasas de adolescentes derivados; 2) hay un número mayor de estudios específicos referidos a la atención de adolescentes por cuestiones relacionadas a la diversidad de género; y 3) por la especificidad que requiere este grupo etario debido a cuestiones de su desarrollo y el tipo de intervenciones de afirmación de género.

Se evita utilizar términos no específicos en la atención relacionada al género (por ejemplo, modelo de afirmación de género, modelo exploratorio de género) dado que estos términos no representan prácticas unificadas sino prácticas heterogéneas que están definidas en forma diferente según los distintos entornos.

Descripción general de la adolescencia

La adolescencia es un período del desarrollo que se caracteriza por una maduración física y psicológica relativamente rápida y constituye un puente de transición entre la niñez y la adultez (Sanders, 2013). Múltiples procesos del desarrollo ocurren simultáneamente, incluso cambios que señalan la pubertad. Los sistemas cognitivo, emocional y social maduran, y se dan cambios físicos asociados al progreso de la pubertad. Estos procesos no comienzan y terminan todos en el mismo momento en una persona en particular, ni ocurren a la misma edad para todas las personas. Por lo tanto, los límites inferiores y superiores de la adolescencia son imprecisos y no pueden definirse exclusivamente en términos de la edad. Por ejemplo, los cambios puberales físicos pueden comenzar al final de la niñez, mientras que los sistemas neuronales de control ejecutivo siguen desarrollándose hasta pasados los 20 años (Ferguson et al., 2021). Tampoco es uniforme la forma en que los países y los gobiernos definen la mayoría de edad (es decir, el momento en que según la ley pueden tomar decisiones; Dick et al., 2014). Mientras muchos establecen la mayoría de edad a los 18 años, en algunos países la mayoría se alcanza a los 15 años (como, por ejemplo, en Indonesia y Myanmar) y en otros, a los 21 años (por ejemplo, en el estado de Mississippi en los Estados Unidos y en Singapur).

Para simplificar, este capítulo se refiere a los adolescentes desde el comienzo de la pubertad hasta alcanzar la edad de la mayoría legal (en la mayoría de los casos, los 18 años). Sin embargo, hay elementos de desarrollo en este capítulo que suelen ser relevantes en la atención de personas adultas jóvenes en edad de transición y deben ser considerados apropiadamente, incluso la

conveniencia de contar con el apoyo de los padres/tutores.

El desarrollo cognitivo en la adolescencia suele caracterizarse por alcanzar un mejor pensamiento abstracto, un razonamiento más complejo y la capacidad de metacognición (es decir, la habilidad de una persona joven para reflexionar acerca de sus propios sentimientos con relación a cómo otros la perciben; Sanders, 2013). La capacidad de razonar sobre situaciones hipotéticas permite que la persona joven conceptualice las implicancias relativas a una decisión en especial. Sin embargo, la adolescencia también se asocia a un aumento en las conductas de riesgo. Junto a estos cambios notables, la adolescencia suele caracterizarse por la diferenciación de sus padres y el desarrollo de una mayor autonomía personal. El foco se centra en las relaciones entre pares, lo que puede ser tanto positivo como perjudicial (Gardner & Steinberg, 2005). Es habitual que los adolescentes experimenten una sensación de urgencia que se origina en la hipersensibilidad a la recompensa, y se ha demostrado que su sentido del tiempo es diferente al de las personas adultas (Van Leijenhorst et al., 2010). El desarrollo socioemocional generalmente avanza durante la adolescencia, aunque existe una gran variabilidad entre las personas jóvenes en términos del nivel de madurez que aplican a la comunicación y visión inter e intrapersonal (Grootens-Wiegers et al., 2017). Para que los adolescentes TGD puedan tomar decisiones sobre los tratamientos de afirmación de género -decisiones que pueden tener consecuencias de por vida- es fundamental que entiendan cómo todos estos aspectos del desarrollo pueden impactar en la toma de decisiones en una persona joven, dentro de su contexto cultural específico.

Desarrollo de la identidad de género en la adolescencia

Nuestra comprensión del desarrollo de la identidad de género en la adolescencia está en constante evolución. Al brindar atención clínica a jóvenes de género diverso y a sus familias, es importante saber qué es lo que se sabe y qué es lo

que se desconoce sobre la identidad de género durante el desarrollo (Berenbaum, 2018). Al considerar los tratamientos, las familias pueden tener interrogantes sobre el desarrollo de la identidad de género del adolescente y sobre si el género declarado por él será el mismo con el correr del tiempo. En algunos casos, los padres/tutores no se sorprenden cuando el adolescente declara una identidad de género que difiere del sexo asignado al nacer, dado que sus antecedentes de diversidad de género se remontan hasta la niñez (Leibowitz & de Vries, 2016). Para otros, la declaración no se da hasta que aparecen los cambios puberales, o hasta bien entrada la adolescencia (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020).

Históricamente, las investigaciones sobre el aprendizaje social y el desarrollo cognitivo con relación al desarrollo de género se han realizado principalmente en jóvenes cuya identidad o expresión de género no eran divergentes, y se llevaron a cabo asumiendo que el sexo estaba en correlación con el género especificado, por lo tanto, no se prestó demasiada atención al desarrollo de la identidad de género. Además de los factores biológicos que influyen el desarrollo de género, estas investigaciones demostraron que los factores psicológicos y sociales también cumplen un rol (Perry & Pauletti, 2011). Si bien se ha prestado poca atención al desarrollo de la identidad de género en jóvenes TGD, existen razones suficientes para suponer que además de los factores biológicos, los factores psicosociales también están involucrados (Steensma, Kreukels et al., 2013). En algunos jóvenes, el desarrollo de la identidad de género está presente y por lo general se expresa desde una temprana edad, mientras que, para otros, puede requerirse un proceso que contribuya a desarrollar la identidad de género a lo largo del tiempo.

Estudios de neuro-imágenes, genéticos y hormonales en personas intersex demostraron que existe una contribución biológica al desarrollo de la identidad de género en algunas personas cuyas identidades de género no eran congruentes con el sexo asignado al nacer

(Steensma, Kreukels et al., 2013). Dado que las familias suelen tener interrogantes acerca de este tema en particular, es importante destacar que no es posible distinguir entre aquellos en los cuales la identidad de género parece estar afirmada desde su nacimiento y aquellos en los que el desarrollo de la identidad de género requiere un proceso. Es importante y necesario contar con un abordaje clínico abarcativo, porque es imposible delinear definitivamente la contribución de varios factores relacionados con el desarrollo de la identidad de género en un joven en particular (ver Postulado 3). Investigaciones futuras podrían aportar conocimiento sobre el desarrollo de la identidad de género si se realizan tomando largos periodos de tiempo con grupos de cohorte diversos. También será necesario conceptualizar la identidad de género, cambiando de la categorización dicotómica masculino-femenino a un espectro de género dimensional a lo largo de un continuo (APA, 2013).

La adolescencia puede ser un periodo crítico para el desarrollo de la identidad de género en jóvenes de género diverso (Steensma, Kreukels et al., 2013). Los estudios longitudinales de seguimiento clínico realizados en los Países Bajos en adolescentes con disforia de género en la niñez que recibieron supresión de la pubertad, hormonas de afirmación de género, o ambos, demostraron que ningún joven se arrepintió de la decisión que habían tomado en la adolescencia cuando alcanzaron la adultez (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014). Estos hallazgos sugieren que en los adolescentes que habían sido evaluados exhaustivamente y que presentaban una madurez emocional determinada para tomar decisiones sobre el tratamiento, que incluía intervenciones médicas de afirmación de género, su identidad de género se mantuvo estable durante el período en el cual se realizaron los estudios.

Al extrapolar los hallazgos de los estudios de cohorte longitudinales a largo plazo realizados en los Países Bajos a los adolescentes de género diverso que en la actualidad solicitan intervenciones, es crítico considerar los cambios sociales que se han dado en el tiempo en relación

con las personas TGD. Dado el aumento de visibilidad de las identidades TGD, es importante comprender cómo el aumento de la visibilidad puede impactar en el desarrollo de género de diferentes maneras (Kornienko et al., 2016). Una tendencia identificada es que más personas jóvenes están concurriendo a las clínicas manifestando identidades no binarias (Twist & de Graaf, 2019). Otro fenómeno que se está dando en la práctica clínica es el aumento del número de adolescentes que solicitan intervenciones que aparentemente no experimentaron o expresaron diversidad de género durante su niñez. Un investigador intentó estudiar y describir una forma específica de experiencia de diversidad de género tardía (Littman, 2018). Sin embargo, los hallazgos del estudio deben considerarse dentro del contexto de cuestionamiento metodológico significativo, dado que 1) las encuestas se realizaron a los padres y no tomaron en cuenta las perspectivas de los jóvenes y 2) los padres fueron reclutados en entornos comunales en los cuales los tratamientos para disforia de género eran vistos con escepticismo y eran criticados. Estos hallazgos no fueron replicados. Para un subgrupo selecto de jóvenes, la susceptibilidad a la influencia social que tiene impacto sobre el género puede ser un diferencial importante que considerar (Kornienko et al., 2016). Sin embargo, se debe tener la precaución de evitar asumir que estos fenómenos ocurren prematuramente en un adolescente individual, al confiar en la información proveniente de muestreos potencialmente sesgados (Bauer et al., 2022; WPATH, 2018). Es importante considerar los beneficios que la contención social puede tener en los jóvenes que están en contacto con personas que los apoyan (Tuzun et al., 2022) (ver Postulado 4).

El conocimiento sobre el desarrollo de la identidad de género en adolescentes está en constante expansión. Por ello, se considera que es tanto ético como necesario utilizar un abordaje individualizado para el tratamiento clínico. Como ocurre en todas las áreas de la medicina, todos los estudios presentan limitaciones metodológicas y las conclusiones que se derivan

de los mismos no pueden ni deben aplicarse universalmente a todos los adolescentes. Esto también se aplica al abordar las preguntas habituales formuladas por los padres sobre la estabilidad o inestabilidad del desarrollo de la identidad de género de un joven en particular. Si bien las investigaciones futuras contribuirán a progresar en la comprensión científica del desarrollo de la identidad de género, siempre puede haber vacíos de conocimiento. Además, por razones éticas de autodeterminación en la atención, estos vacíos de conocimiento no pueden dejar al adolescente TGD sin la atención que resulta importante y necesaria.

Evidencia científica sobre tratamiento médico de afirmación de género en adolescentes transgénero

Un desafío clave en la atención de adolescentes transgénero es la calidad de la evidencia según la cual se evalúa la efectividad de los tratamientos médicos y quirúrgicos médicamente necesarios de afirmación de género (TMQAG) a lo largo del tiempo (ver lo establecido sobre necesidad médica en el Capítulo Aplicación Global, Postulado 2.1).

Dado que los tratamientos médicos pueden tener implicancias para toda la vida y que los jóvenes pueden iniciarlos a una edad muy temprana, los adolescentes, sus padres y sus tutores deben recibir información sobre la naturaleza de la base empírica. Parece razonable que las decisiones para avanzar con los tratamientos médicos y quirúrgicos deben tomarse muy cuidadosamente. A pesar de que la evidencia que apoya la efectividad de la intervención médica temprana está aumentando lentamente, la cantidad de estudios es todavía baja, y existen pocos estudios sobre los resultados a partir del seguimiento del joven hasta la adultez. Como no es posible contar con una revisión sistemática en lo que respecta a los resultados del tratamiento en adolescentes, brindaremos una revisión narrativa en su reemplazo.

Al momento de escribir este capítulo, existían varios estudios de seguimiento de cohorte longitudinal a largo plazo que informaban

resultados positivos si se comenzaba el tratamiento a edad temprana (es decir, en la adolescencia); durante un período de tiempo significativo, estos estudios fueron realizados en una clínica de los Países Bajos (por ejemplo, Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al., 2001, 2005). Los hallazgos demostraron que la resolución de la disforia de género está asociada a un mejor funcionamiento psicológico y a satisfacción con la imagen corporal. La mayoría de estos estudios siguieron un diseño metodológico pre-post y compararon el funcionamiento psicológico al inicio con los resultados obtenidos luego de los tratamientos médicos de afirmación de género. Diferentes estudios evaluaron aspectos individuales o combinaciones de intervenciones e incluyeron 1) hormonas de afirmación de género y cirugías (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005); 2) supresión de la pubertad (de Vries, Steensma et al., 2011); y 3) supresión de la pubertad, hormonas de afirmación y cirugías (de Vries et al., 2014). El estudio de seguimiento a largo plazo del año 2014 es el único que hizo un seguimiento del joven desde su adolescencia temprana (pretratamiento, con una media de edad de 13,6) hasta su adultez temprana (post tratamiento, con una media de edad de 20,7). Este fue el primer estudio que demostró que el tratamiento de afirmación de género permitía a los adolescentes transgénero hacer las transiciones apropiadas a su edad mientras vivían según su género afirmado con resultados objetivos y subjetivos satisfactorios en la adultez (de Vries et al., 2014)). Aunque el estudio se realizó sobre una muestra pequeña (n=55), selecta, y cuyos miembros contaban con apoyo social, los resultados fueron convincentes. Cabe destacar que los participantes estaban vinculados a la clínica neerlandesa conocida por utilizar un abordaje multidisciplinario que incluía evaluación constante e integral, manejo de la disforia de género y apoyo orientado a alcanzar el bienestar emocional.

Luego se publicaron varios estudios longitudinales más, que evaluaron a los

participantes en diferentes estadios de sus tratamientos de afirmación de género. En estos estudios, algunos participantes no habían comenzado con el tratamiento médico de afirmación de género, otros realizaron tratamiento de supresión de la pubertad, y otros habían iniciado terapia hormonal de afirmación de género o incluso se habían realizado cirugía de afirmación de género (CAG) (Achille et al., 2020; Allen et al., 2019; Becker-Hebly et al., 2021; Carmichael et al., 2021; Costa et al., 2015; Kuper et al., 2020, Tordoff et al., 2022). Dada la heterogeneidad de los tratamientos y métodos, este tipo de diseño hace que interpretar los resultados sea más desafiante. Sin embargo, los datos demostraron consistentemente que hubo mejoras o estabilidad en la función psicológica, en la imagen corporal y en la satisfacción con el tratamiento durante un período variable que iba de los 3 meses hasta los 2 años posteriores al inicio del tratamiento, al compararlos con las evaluaciones de inicio.

Los estudios de corte transversal brindan otro diseño para evaluar los efectos de los tratamientos de afirmación de género. Uno de ellos comparó el funcionamiento psicológico en adolescentes transgénero al comienzo y mientras la supresión de la pubertad estaba en proceso con el funcionamiento psicológico de sus pares cisgénero del colegio secundario, en dos momentos diferentes. Al comienzo, el joven transgénero demostró un funcionamiento psicológico más bajo en comparación con sus pares cisgénero, mientras que cuando estaba bajo supresión de pubertad, su funcionamiento demostró ser mejor que el de sus pares (van der Miesen et al., 2020). Grannis et al. (2021) demostraron que las masculinidades transgénero que iniciaron tratamiento con testosterona presentaban menos síntomas de problemas de salud mental internalizados (depresión y ansiedad) en comparación con aquellos que no habían iniciado el tratamiento con testosterona.

Cuatro estudios adicionales siguieron diferentes diseños para la obtención de resultados. En un estudio gráfico retrospectivo, Kaltiala, Heino et al. (2020) reportaron que los

adolescentes transgénero que no presentaban problemas de salud mental o que presentaban pocos problemas de salud mental antes de comenzar con la terapia hormonal de afirmación de género por lo general toleraban bien el tratamiento. Sin embargo, los adolescentes que presentaban mayores problemas de salud mental al comienzo continuaban experimentando las manifestaciones de esos problemas de salud mental durante el transcurso del tratamiento médico de afirmación de género. Nieder et al. (2021) plantearon el objetivo de evaluar el grado de satisfacción con la atención y demostraron que los adolescentes transgénero estaban más satisfechos cuanto más progresaban con los tratamientos que habían iniciado. Hisle-Gorman et al. (2021) compararon la utilización de la atención sanitaria pre y post iniciación de fármacos utilizados para terapia de afirmación de género como indicadores de la gravedad de las condiciones de salud mental de 3754 adolescentes TGD de una amplia base de datos. A diferencia de la hipótesis de los autores, que esperaban una mejora en la salud mental, no hubo un cambio significativo en el uso de la atención en salud mental y, por el contrario, aumentó la emisión de recetas para medicación psicotrópica. En una amplia muestra no probabilística de personas adultas identificadas como transgénero, Turban et al. (2022) hallaron que aquellas que reportaron haber tenido acceso a hormonas de afirmación de género en su adolescencia presentaban menores probabilidades de antecedentes de suicidio en comparación con las personas transgénero que accedían a la terapia hormonal de afirmación de género en la adultez.

Los prestadores pueden considerar la posibilidad de que un adolescente pueda arrepentirse de sus decisiones sobre afirmación de género tomadas durante su adolescencia y que un joven puede desear suspender el tratamiento y regresar a su rol de género asignado al nacer en el futuro. Dos estudios realizados en los Países Bajos reportaron bajas tasas de adolescentes que decidieron terminar con la supresión de la pubertad (1.9% y 3.5%) (Brik et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Nuevamente, estos estudios se

realizaron en clínicas que seguían un protocolo que incluía evaluación completa antes de iniciar el tratamiento médico de afirmación de género. En la actualidad, no existen estudios de cohorte clínicos que hayan reportado perfiles de adolescentes que se arrepintieron de su decisión inicial o revirtieron la transición luego de un tratamiento de afirmación irreversible. Investigaciones recientes indican que hay adolescentes que detransicionan, pero no se arrepienten de haber iniciado el tratamiento porque experimentaron el comienzo del tratamiento como parte del proceso de comprender las necesidades de intervenciones relativas a su género (Turban, 2018). Sin embargo, esta puede no ser la perspectiva predominante en las personas que detransicionan (Littman, 2021; Vandebussche, 2021). Algunos adolescentes pueden arrepentirse de los pasos que han dado (Dyer, 2020). Es por ello que es importante darles a conocer el amplio rango de resultados posibles al atender adolescentes transgénero. Los prestadores pueden discutir este tema en forma colaborativa y confiable (es decir como “experiencia a considerar potencialmente en el futuro”) con el adolescente y sus padres/tutores antes de comenzar con los tratamientos médicos de afirmación de género. Además, los prestadores deben estar preparados para brindar apoyo a los adolescentes que detransicionan. En una encuesta por internet de una muestra de 237 personas auto-identificadas como detransicionadoras, con una edad media de 25,02 años y de las cuales más del 90% eran personas asignadas femeninas al nacer, 25% iniciaron la transición médica antes de los 18 años y 14% detransicionaron antes de los 18 años (Vandebussche, 2021). Aunque una muestra de conveniencia tomada de internet puede estar sujeta a selección de los encuestados, este estudio sugiere que la detransición puede ocurrir en adolescentes transgénero jóvenes y los profesionales de la salud deben ser conscientes de ello. Muchos de ellos expresaron dificultades al momento de requerir ayuda durante el proceso de detransición e informaron que la misma les resultó una experiencia solitaria durante la cual

no recibieron ayuda, ni suficiente ni apropiada (Vandenbussche, 2021).

Para concluir, aunque las muestras existentes tomaron grupos relativamente pequeños de jóvenes (por ejemplo, n= 22-101 por estudio) y el tiempo de seguimiento fue variable en los diferentes estudios (6 meses - 7 años), esta incipiente base de evidencia indica una mejora general en las vidas de los adolescentes transgénero quienes, luego de una evaluación cuidadosa, reciben tratamiento médico de afirmación de género médicamente necesario. Por otra parte, las tasas de arrepentimiento reportadas durante los períodos en los cuales se monitorearon los estudios fueron bajas. Tomadas en conjunto, los datos demuestran que las intervenciones médicas tempranas -como parte de un abordaje combinado de evaluación y tratamiento más amplio, orientado a la disforia de género y al bienestar general- pueden ser efectivas y contribuir a que muchos adolescentes transgénero soliciten estos tratamientos.

Perspectivas éticas y de derechos humanos

Las perspectivas éticas y de derechos humanos también se tuvieron en cuenta al formular los postulados de los SOC para adolescentes. Por ejemplo, permitir que continúe la pubertad irreversible en adolescentes que experimentan incongruencia de género no es un acto neutral, dado que puede conllevar efectos inmediatos y perjudiciales para toda la vida de la persona joven transgénero (Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011). Desde la perspectiva de los derechos humanos, consideramos la diversidad de género como una variación normal y esperable en el marco de una amplia diversidad de la experiencia humana; los adolescentes tienen derecho a participar en su propio proceso de decisión en lo que respecta a su salud y a sus vidas, lo que incluye el acceso a servicios relacionados a la salud de género (Amnistía Internacional, 2020).

Breve resumen de los postulados y temas específicos de la adolescencia.

Esta guía está diseñada para explicar lo que se conoce y lo que no se conoce acerca del desarrollo de la identidad de género en adolescentes, la evidencia sobre la atención de afirmación de género en la adolescencia, y los aspectos peculiares que distinguen la adolescencia de otras etapas del desarrollo.

Exploración de la identidad: Una característica que define a la adolescencia es la solidificación de los aspectos de la identidad, lo que incluye la identidad de género. El Postulado 6.2 aborda la exploración de la identidad en el contexto del desarrollo de la identidad de género. El Postulado 6.12.b considera el tiempo necesario para que un joven experimente y/o exprese su identidad de género diverso, a fin de poder tomar una decisión significativa respecto de la atención de afirmación de género.

Consentimiento y toma de decisiones: en la adolescencia, el consentimiento y la toma de decisiones requieren de una evaluación del desarrollo emocional, cognitivo y psicosocial de la persona. El Postulado 6.12.c aborda directamente la madurez emocional y cognitiva y describe los componentes necesarios que debe tener el proceso de evaluación utilizado para evaluar la capacidad de tomar decisiones.

Compromiso de los padres/tutores: los adolescentes comúnmente dependen de la guía de sus padres/tutores de diversas maneras. Esto también se aplica al momento en que el joven navega el proceso de decidir sobre las opciones de tratamiento. El Postulado 6.11 aborda la importancia de lograr el compromiso de los padres/tutores y discute el rol que desempeñan en la evaluación y el tratamiento. Ninguna guía puede abarcar todas las circunstancias individuales a escala mundial.

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

- 6.1 Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes de género diverso:
- 6.1.a Posean matrícula profesional y acrediten formación universitaria o equivalente en un campo clínico relevante para dicha función, otorgado por una institución acreditada a escala nacional.
 - 6.1.b Reciban capacitación teórica y práctica basada en evidencia, y desarrollen experiencia general en salud mental de niños, adolescentes y familia, en todo el espectro de desarrollo.
 - 6.1.c Reciban capacitación y adquieran experiencia en desarrollo de identidad de género, en diversidad de género en niños y adolescentes; tengan la habilidad de evaluar la capacidad para afirmar/consentir, y cuenten con un conocimiento general de la diversidad de género a lo largo de toda la vida.
 - 6.1.d Reciban capacitación y desarrollen experiencia en trastornos del espectro autista y otras presentaciones del desarrollo neurológico, o colaboren con un experto en discapacidad del desarrollo cuando trabajan con adolescentes de género diverso autistas/neuro-divergentes.
 - 6.1.e Continúen comprometiéndose con el desarrollo profesional en todas las áreas relevantes de niños, adolescentes y familias de género diverso.
- 6.2 Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes de género diverso les faciliten la exploración y expresión de su género abierta y respetuosamente, de modo de no favorecer a alguna identidad en particular.
- 6.3 Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes de género diverso encaren una evaluación biopsicosocial completa de los adolescentes que presentan inquietudes relacionadas a la identidad de género y soliciten atención médica/quirúrgica relacionadas a la transición; recomendamos también que la evaluación se realice en forma colaborativa y positiva.
- 6.4 Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con familias, escuelas y otros entornos relevantes promuevan la aceptación de las expresiones e identidades de género diverso de los adolescentes.
- 6.5 Recomendamos que no se ofrezcan terapias de reparación y conversión que intenten cambiar el género de una persona y la expresión de género vivida para hacerla más congruente con el sexo asignado al nacer.
- 6.6 Sugerimos que los profesionales de la salud brinden a los adolescentes transgénero y de género diverso educación para la salud referida a la utilización de fajas en el pecho y trucado en los genitales, incluyendo el análisis de los beneficios y riesgos.
- 6.7 Recomendamos que los prestadores consideren recetar agentes de supresión de la menstruación en adolescentes que experimentan incongruencia de género y no desean recurrir a la terapia con testosterona, o que la desean, pero aún no la han comenzado, o en combinación con la terapia con testosterona para interrumpir el sangrado.
- 6.8 Recomendamos que los profesionales de la salud mantengan una relación permanente con el adolescente transgénero y de género diverso y con las personas que lo tienen a cargo para apoyar al adolescente en el proceso de toma de decisión durante el tratamiento de supresión de la pubertad, el tratamiento hormonal y la cirugía relativa al género hasta que pueda derivarse el caso a atención de personas adultas.
- 6.9 Recomendamos que los profesionales de la salud involucren a disciplinas relevantes, incluidos profesionales médicos y de la salud mental, para llegar a una decisión acerca de si la supresión de la pubertad, el inicio del tratamiento hormonal, o la cirugía de género resultan apropiadas para los adolescentes transgénero y de género diverso y si siguen siendo indicadas a lo largo de todo el tratamiento, hasta que se lleve a cabo la transferencia a atención de personas adultas.
- 6.10 Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes transgénero y de género diverso que solicitan tratamientos médicos o quirúrgicos de afirmación de género les informen, antes del comienzo del tratamiento, sobre los efectos que éstos podrían tener sobre la reproducción, incluso la potencial pérdida de fertilidad, y las opciones disponibles para preservar la fertilidad dentro del contexto de la etapa del desarrollo puberal del joven.
- 6.11 Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes transgénero y de género diverso hagan participar al/a los padre(s)/tutor(s) en el proceso de evaluación y tratamiento cuando se les indica tratamientos médicos o quirúrgicos de afirmación de género, a menos que se determine que involucrarlos puede resultar perjudicial o inviable para el adolescente.

Se hacen las siguientes recomendaciones en relación con los requisitos para el tratamiento médico y quirúrgico de afirmación de género (todos deben cumplirse):

6.12 Recomendamos que los profesionales de la salud que evalúan adolescentes transgénero y de género diverso sólo recomienden tratamientos médicos o quirúrgicos de afirmación de género requeridos por el paciente cuando:

6.12.a el adolescente reúna los criterios diagnósticos de discordancia de género de la CIE-11, en las situaciones donde sea necesario establecer un diagnóstico para acceder a la atención de la salud. En países donde todavía no se implementó la última versión de los CIE, podrán utilizarse otras taxonomías, pero deben realizarse los esfuerzos necesarios para utilizar la última versión de los CIE tan pronto como sea posible.

6.12.b la experiencia de diversidad/incongruencia de género es marcada y sostenida en el tiempo.

6.12.c el adolescente demuestra la madurez emocional y cognitiva necesaria para brindar su consentimiento informado / asentimiento para el tratamiento.

6.12.d ya han sido tratados los problemas de salud mental del adolescente (si los tuviera) que pueden interferir con la claridad del diagnóstico, con la capacidad de consentir y/o con los tratamientos médicos de afirmación de género.

6.12.e el adolescente ha recibido información adecuada a su estadio de desarrollo puberal sobre los efectos del tratamiento en la reproducción, incluso sobre la pérdida potencial de la fertilidad, como así también sobre las opciones disponibles para preservar la fertilidad, durante las consultas.

6.12.f el adolescente ha alcanzado el estadio Tanner 2 del desarrollo puberal para iniciar la inhibición de la pubertad.

6.12.g el adolescente debe recibir al menos 12 meses de terapia hormonal de afirmación de género, cuando así se requiera, para alcanzar los resultados quirúrgicos deseados en procedimientos de afirmación de género, los que incluyen aumento de mamas, orquiectomía, vaginoplastia, histerectomía, faloplastia, metoidioplastia y cirugía facial como parte del tratamiento de afirmación de género, a menos que no desee utilizar la terapia hormonal o esté médicamente contraindicada.

Postulado 6.1

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes de género diverso:

- a. Posean matrícula profesional y acrediten formación universitaria o equivalente en un campo clínico relevante para dicha función, otorgado por una institución acreditada a escala nacional.
- b. Reciban capacitación teórica y práctica basada en evidencia, y desarrollen experiencia general en salud mental de niños, adolescentes y familia, en todo el espectro de desarrollo.
- c. Reciban capacitación y adquieran experiencia en desarrollo de identidad de género, en diversidad de género en niños y adolescentes; tengan la habilidad de evaluar la capacidad para afirmar/consentir, y cuenten con un conocimiento general de la diversidad de género a lo largo de toda la vida.

d. Reciban capacitación y desarrollen experiencia en trastornos del espectro autista y otras presentaciones del desarrollo neurológico, o colaboren con un experto en discapacidad del desarrollo cuando trabajan con adolescentes de género diverso autistas/neuro-divergentes.

e. Continúen comprometiéndose con el desarrollo profesional en todas las áreas relevantes de niños, adolescentes y familias de género diverso.

Al evaluar y atender a adolescentes TGD y a sus familias, los prestadores/profesionales de la salud (PS) necesitan tener conocimiento y entrenamiento, tanto general como específico, en materia de género. Los prestadores que están entrenados para trabajar con adolescentes y sus familias desempeñan un rol importante cuando navegan los aspectos de la dinámica del desarrollo del adolescente y su familia al atenderlos (Adelson et al., 2012; Asociación Americana de Psicológica, 2015; Hembree et al.,

2017). Otros capítulos de estos Estándares de Atención describen con mayor detalle las competencias que deben reunir los profesionales que proveen atención relacionada al género (ver Capítulo 5 -Evaluación en la Adulthood; Capítulo 7 - Niñez; o Capítulo 13 -Cirugía y Cuidados Postoperatorios). Los profesionales que trabajan con adolescentes deben tener en claro lo que se sabe y lo que se desconoce en cuanto al desarrollo de identidad de género en el adolescente y cómo esta base de conocimiento difiere en lo que respecta a personas adultas y niños prepuberales. Entre los profesionales de la salud, los profesionales de salud mental (PSM) son quienes cuentan con el entrenamiento más apropiado y el tiempo de dedicación clínica para realizar una evaluación y dilucidar las prioridades del tratamiento y sus objetivos al trabajar con jóvenes transgénero, incluso aquellos que solicitan atención médica o quirúrgica de afirmación de género. Comprender y manejar las dinámicas de los integrantes de la familia que pueden tener distintas perspectivas en lo que respecta a los antecedentes y las necesidades del joven es una función importante que los PSM están bien preparados para abordar.

Cuando no se puede contar con profesionales entrenados en niños y adolescentes, los PS deben comprometerse a capacitarse en las áreas de la dinámica de la familia y desarrollo del adolescente, incluso en desarrollo de la identidad de género. Del mismo modo, si bien los jóvenes transgénero autistas/neuro-divergentes representan una minoría sustancial entre los jóvenes que se atienden en clínicas de género en el mundo, es importante que los PS busquen capacitación adicional en el campo del autismo y comprendan los elementos peculiares que se requieren para atender jóvenes de género diverso autistas (Strang, Meagher et al., 2018). Si no fuera posible obtener estas calificaciones, se recomienda la interconsulta y colaboración con un prestador que se especialice en autismo y neurodiversidad.

Postulado 6.2

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes de género diverso les faciliten la exploración y expresión de su género abierta y respetuosamente, de modo de no favorecer a alguna identidad en particular.

La adolescencia es un período de desarrollo que implica cambios físicos y psicológicos caracterizados por la individualización y la transición hacia la independencia de las personas que los tienen a cargo (Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009). Es un período durante el cual los jóvenes pueden explorar diferentes aspectos de su identidad, incluso la identidad de género.

El grado en el que exploran y se comprometen con aspectos de su identidad difiere según cada adolescente (Meeus et al., 2012). Para algunos, alcanzar la consolidación de su identidad es rápido, mientras que para otros es más lento. Para algunos adolescentes, el desarrollo físico, emocional y psicológico ocurre simultáneamente, mientras que, en otros casos, se presentan diferencias entre estos aspectos del desarrollo. En forma similar, el período de desarrollo de la identidad de género es variable (Arnoldussen et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017). En algunos jóvenes, se trata de un proceso evidente, que comienza en la niñez temprana, mientras que, en otros casos, son los cambios puberales los que contribuyen a que la persona se considere de un género en particular (Steensma, Kreukels et al., 2013), y para tantos otros, el proceso puede comenzar mucho después de que se hayan completado los cambios puberales. Dadas estas variaciones, no existe un ritmo, proceso o resultado particular que pueda predecirse para un adolescente que requiere atención de afirmación de género.

Por lo tanto, los PS que trabajan con adolescentes deben fomentar entornos positivos que al mismo tiempo respeten la identidad de género afirmada del adolescente y también le permitan explorar abiertamente sus necesidades de género, incluidas las intervenciones sociales, médicas y físicas de afirmación de género, en caso

de que las mismas cambien o evolucionen con el correr del tiempo.

Postulado 6.3

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes de género diverso encaren una evaluación biopsicosocial completa de los adolescentes que presentan inquietudes relacionadas a la identidad de género y soliciten atención médica/quirúrgica relacionadas a la transición; recomendamos también que la evaluación se realice en forma colaborativa y positiva.

En vista de las diferentes formas en que la identidad puede manifestarse durante la adolescencia, recomendamos utilizar una evaluación biopsicosocial integral para orientar las decisiones referidas al tratamiento y optimizar los resultados. Esta evaluación debe tener por objeto comprender las fortalezas, vulnerabilidades, perfil de diagnóstico y necesidades propias del adolescente para personalizar su atención. Tal como lo mencionamos en el Postulado 6.1, los PSM son quienes cuentan con el entrenamiento, experiencia y tiempo dedicado a la clínica más apropiado para obtener la información a la que nos referimos aquí. El proceso de evaluación debe encararse en forma colaborativa con el adolescente y quien(es) lo tiene(n) a cargo, tanto en forma individual como en conjunto, según lo que describimos con mayor detalle en el Postulado 6.11. La evaluación debe tener lugar antes de realizarse una intervención médica o quirúrgica médicamente necesaria (por ejemplo, con medicación para bloquear la pubertad, hormonas de afirmación de género, cirugías). Ver lo dispuesto sobre necesidad médica en el Capítulo 2 - Aplicación Global, Postulado 2.1; también referirse al Capítulo 12 - Terapia Hormonal y al Capítulo 13 -Cirugía y Cuidados Postoperatorios.

Los jóvenes pueden experimentar diferentes trayectorias respecto a su identidad de género. Las definiciones y experiencias socioculturales de género continúan evolucionando con el transcurso del tiempo, lo que hace que los jóvenes

presenten más frecuentemente un amplio rango de identidades y formas de describir sus experiencias y necesidades relativas al género (Twist & de Graaf, 2019). Por ejemplo, algunos jóvenes se darán cuenta de que son transgénero o, en forma más general, de género diverso y tomarán distintas decisiones a fin de presentarse en forma acorde a su identidad. Para algunos jóvenes, obtener tratamiento médico de afirmación de género es importante, mientras que, para otros, este paso puede no ser necesario. Por ejemplo, un proceso de exploración a lo largo del tiempo podría no resultar en autoafirmación del joven o expresión de un género diferente al que le fuera asignado al nacer, y no requeriría intervenciones médicas (Arnoldussen et al., 2019).

La evidencia longitudinal más robusta que da cuenta de los beneficios de los tratamientos médicos y quirúrgicos de afirmación de género en adolescentes se obtuvo en un entorno clínico que incluyó un proceso prolongado de evaluación diagnóstica detallada y completa en su protocolo de atención (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al., 2014). Según esta investigación y la continua evolución de las experiencias de género diverso en la sociedad, la necesidad de evaluación diagnóstica biopsicosocial integral durante la adolescencia no sólo se basa en evidencia, sino que también preserva la integridad del proceso de toma de decisión. Si no se cuenta con un perfil diagnóstico completo, podrían no detectarse otros problemas de salud mental que deberían tener prioridad y tratamiento. No contamos con estudios a largo plazo sobre los resultados de tratamientos médicos relativos a género en jóvenes que no han realizado una evaluación integral. El tratamiento en este contexto (por ejemplo, con una evaluación limitada o sin evaluación) no tiene apoyo empírico y por lo tanto implica el riesgo de que la decisión de comenzar con las intervenciones médicas de afirmación de género no tenga en cuenta el mejor interés a largo plazo del joven en ese momento.

Dado que la atención de la salud y el acceso a especialistas varía en el contexto global, se hace necesario diseñar un proceso particular de evaluación que se adapte a los recursos existentes.

En algunos casos, puede ser de utilidad un proceso evaluativo más extendido, como por ejemplo en el caso de los jóvenes que presentan complejidades (por ejemplo, antecedentes de salud mental complicada (Leibowitz & de Vries, 2016), características del espectro autista concomitantes (Strang, Powers et al., 2018), y/o ausencia de incongruencia de género en la niñez (Ristori & Steensma, 2016). Dados los factores culturales, financieros y geográficos peculiares que se dan en poblaciones específicas, los prestadores deberán diseñar modelos de evaluación que sean flexibles y que permitan la atención en el momento apropiado, para tantos jóvenes como sea posible, siempre y cuando la evaluación obtenga información de manera efectiva acerca de las fortalezas, vulnerabilidades, perfil diagnóstico y necesidades del joven. También se pueden utilizar mediciones psicosociales y de género psicométricamente validadas para obtener información adicional.

La evaluación multidisciplinaria de jóvenes que solicitan intervenciones médicas o quirúrgicas de afirmación de género incluyen los siguientes dominios que corresponden a los postulados relevantes:

- **Desarrollo de la identidad de género:** los postulados 6.12.a y 6.12.b abordan los factores asociados al desarrollo de identidad de género dentro de un contexto cultural específico al evaluar adolescentes TGD.
- **Desarrollo y apoyo social; interseccionalidad:** los postulados 6.4 y 6.11 abordan la importancia de evaluar el estrés de las minorías de género, las dinámicas familiares y otros aspectos que contribuyen al desarrollo social y la interseccionalidad.
- **Evaluación diagnóstica de posibles problemas de salud mental y/o problemas del desarrollo concomitantes:** el postulado 6.12.b aborda la importancia de comprender la relación que existe, si es que la hay, entre problemas de salud mental o del desarrollo concomitantes y la

expresión de identidad o género diverso en los jóvenes.

- **Capacidad para la toma de decisiones:** el postulado 6.12.c aborda la evaluación de la madurez emocional en la persona joven y la relevancia al considerar los tratamientos médicos/quirúrgicos de afirmación de género.

Postulado 6.4

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con familias, escuelas y otros entornos relevantes promuevan la aceptación de las expresiones e identidades de género diverso de los adolescentes.

Múltiples estudios y el consenso de los expertos apoyan la implementación de abordajes que promuevan la aceptación y afirmación de los jóvenes de género diverso en todos los entornos, lo que incluye: en las familias, en las escuelas, en las instituciones de salud y en todas las otras organizaciones y comunidades en las que ellos interactúan (por ejemplo, Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). La aceptación y la afirmación se logran a través de una variedad de abordajes, acciones y políticas que recomendamos que se implementen en todas las relaciones y entornos en los que un joven se encuentra y funciona. Es importante que los miembros de la familia y los miembros de la comunidad relacionados con la vida del adolescente trabajen colaborativamente en estos esfuerzos, a menos que se considere que su involucramiento sea perjudicial para el adolescente. Los ejemplos propuestos por Pariseau et al. (2019) y otros con respecto a aceptación y afirmación de diversidad de género y de consideración y expresión de identidad que la familia, el personal y las organizaciones pueden implementar incluyen:

1. Acciones que apoyan el involucramiento en actividades e intereses de género expansivo (por ejemplo, no conforme);
2. Comunicaciones positivas, cuando el joven expresa su género y su exploración de género;

3. Utilización del nombre/pronombres afirmados por el joven.
4. Apoyo, cuando el joven usa ropa, uniformes, peinados y elementos que él piensa que lo ayudan a afirmar su género (por ejemplo, joyería, maquillaje);
5. Comunicación positiva y contenedora con el joven al hablar de su género y de sus inquietudes respecto al género;
6. Capacitación necesaria de las personas que rodean al joven (por ejemplo, familiares, prestadores de salud, redes de contención social) en materia de diversidad de género, que incluye información sobre cómo defender al joven de género diverso en la comunidad, en la escuela, en entornos de salud y otros;
7. Ayuda para que los jóvenes de género diverso puedan ponerse en contacto con comunidades de contención (por ejemplo, grupos de LGBTQ, eventos, amigos);
8. Oportunidades para tratar, considerar y explorar las distintas opciones de tratamiento médico, cuando estuvieran indicadas;
9. Aplicar políticas anti-bullying;
10. Inclusión de experiencias no binarias de la vida cotidiana, materiales de lectura y curriculares (por ejemplo, libros, clases de salud y educación sexual, proponer temas para ensayos que traspasen los límites de lo binario, LGBTQ y grupos aliados);
11. Instalaciones género-inclusivas a las cuales el joven pueda concurrir sin sentirse segregado por sus pares que no son de género diverso (por ejemplo, baños, vestuarios).

Recomendamos que los PS trabajen con los padres, las escuelas y otras organizaciones/grupos para fomentar la aceptación y afirmación de las identidades y expresiones TGD, implementando intervenciones sociales o médicas o sin hacerlo, dado que la aceptación y la afirmación están asociadas a una cantidad menor de síntomas negativos de salud mental y de conducta y a una salud mental y funcionamiento conductual más positivos (Day

et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Taliaferro et al., 2019; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). Russell et al. (2018) descubrieron que las mejoras en salud mental aumentan si la aceptación y la afirmación se da en un mayor número de entornos (ejemplo, en el hogar, en la escuela, en el trabajo y con los amigos). El rechazo de la familia, de los pares y de las autoridades de la escuela (como por ejemplo, cuando se utiliza intencionalmente el nombre y pronombre con el que el joven no se identifica, cuando no se acepta su identidad de género afirmado, cuando es víctima de bullying, acoso, abuso verbal o físico, cuando se generan relaciones deficientes, cuando se lo rechaza o expulsa por ser TGD) está fuertemente relacionado a resultados negativos tales como la ansiedad, la depresión, ideación suicida, intentos de suicidio y uso de sustancias (Grossman et al., 2005; Klein & Golub; 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013). Es importante reconocer que los síntomas negativos aumentan - y continúan en la adultez- cuando aumentan los niveles de rechazo (Roberts et al., 2013).

Las respuestas neutrales o indiferentes a la diversidad y exploración de género de un joven (por ejemplo, permitiendo que el joven le diga a otros el nombre que eligió, pero no usarlo, no compartir la información con la familia o amigos cuando el joven desea que lo hagan), no defender al joven frente a conductas de rechazo que reciba del personal de la escuela o de sus pares, no comprometerse o participar en otros mecanismos de apoyo (por ejemplo, con psicoterapeutas y grupos de contención) acarrear consecuencias negativas tales como el aumento de los síntomas depresivos (Pariseau et al., 2019). Por estas razones, es fundamental no ignorar el cuestionamiento de género por parte del joven o demorar la consideración de las necesidades de atención relacionadas con su género. Se valoran especialmente los profesionales que reconocen que los jóvenes necesitan abordajes personalizados, apoyo y comprensión de sus

necesidades en lo que respecta a la expresión de género, identidad y la forma de expresarlo en el cuerpo, a lo largo del tiempo y en todos los dominios y relaciones. Los jóvenes pueden necesitar ayuda para enfrentar la tensión que les genera tolerar el proceso/ajuste de los demás cuando explora su identidad y se producen los cambios (por ejemplo, Kuper, Lindley et al., 2019). Es importante que los profesionales colaboren con los padres y otras personas responsables mientras procesan sus preocupaciones y sentimientos y se informan sobre diversidad de género, porque tales procesos pueden no necesariamente reflejar rechazo o neutralidad, sino representar los esfuerzos que realizan para tener actitudes y recibir información que permita la aceptación (por ejemplo, Katz-Wise et al., 2017).

Postulado 6.5

Recomendamos que no se ofrezcan terapias de reparación y conversión que intenten cambiar el género de una persona y la expresión de género vivida para hacerla más congruente con el sexo asignado al nacer.

Algunos efectores del sistema de salud, sean éstos seculares u organizaciones religiosas, y familias rechazantes pueden orientar sus esfuerzos a torcer la expresión de diversidad de género de un adolescente o a imponer una identidad de género diferente a la expresión y conducta conformante con el sexo asignado al nacer. Tales esfuerzos de impedir la expresión o transición social reversible pueden incluir la decisión de no usar el nombre y pronombres con los que el joven se identifica o impedirle la autoexpresión en cuanto a elegir sus ropas y peinados (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Estas conductas desafirmantes típicamente tienen por objetivo reforzar el punto de vista de que la identidad/expresión de género de una persona debe ser congruente con el género que corresponde al sexo asignado al nacer o con las expectativas basadas en el sexo asignado al nacer. Se han intentado actividades y abordajes (algunas veces llamados “tratamientos”) para cambiar la identidad y expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado

al nacer, pero estos abordajes no han dado como resultado cambios en la identidad de género (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Recomendamos que no se realicen tales esfuerzos, porque se ha comprobado que no son efectivos y están asociados a un aumento de enfermedades mentales y un peor funcionamiento psicológico (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020).

Gran parte de la investigación científica que evalúa la “terapia de conversión” y la “terapia reparatoria” se enfocó en el impacto de los esfuerzos para cambiar la expresión de género (masculinidad o feminidad) y combinó el concepto de orientación sexual con identidad de género (APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017). Algunos de estos esfuerzos se enfocaron tanto en la identidad de género como en la expresión de género (AACAP, 2018). La terapia de conversión/reparatoria se asoció a un aumento de la ansiedad, depresión, ideación suicida, intentos de suicidio y decisión de evitar la atención médica (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). Aunque algunos de estos estudios fueron criticados debido a la metodología y conclusiones (por ejemplo, D’Angelo et al., 2020), ello no quita la importancia de enfatizar que los esfuerzos que se realizan a priori para cambiar la identidad de una persona son clínica y éticamente irrazonables. Recomendamos que no se realice ningún tipo de conversión o intento de cambiar la identidad de género de una persona, porque 1) tanto los esfuerzos seculares como los religiosos de cambiar la identidad/expresión de género están asociados con un funcionamiento psicológico negativo que persiste hasta en la adultez (Turban, Beckwith et al., 2020); y 2) existe gran cantidad de razones éticas que deberían subrayar el respeto por las identidades de género diversas.

Cabe destacar que existen factores potenciales que pueden llevar a que un joven se exprese y se identifique como de género incongruente; en estos casos, los esfuerzos no se consideran terapia reparatoria si se realizan en el contexto de apoyar al adolescente para su autodescubrimiento y siempre que el objetivo a priori no sea cambiar o

promover una identidad o expresión de género en particular (AACAP, 2018; ver Postulado 6.2). Para garantizar que estas exploraciones sean terapéuticas, recomendamos utilizar consideración afirmativa y tono de apoyo al abordar los pasos que se intentan, consideran y planifican para la expresión de género del adolescente. Preguntas tales como qué cuestiones las sintió de ayuda o afirmantes y cuáles no le resultaron de ayuda o fueron un factor de distrés, así como también el motivo por el cual resultó de esa forma, pueden incluirse como temas de discusión. Recomendamos recurrir a respuestas afirmativas en estos pasos y discusiones, como las identificadas en el Postulado 6.4 de los SOC-8.

Postulado 6.6

Sugerimos que los profesionales de la salud brinden a los adolescentes transgénero y de género diverso educación para la salud referida a la utilización de fajas en el pecho y trucado en los genitales, incluyendo el análisis de los beneficios y riesgos.

Los jóvenes TGD pueden experimentar distrés relacionado con la anatomía del tórax y genitales. Prácticas tales como fajar el pecho, utilizar relleno de pecho, trucar los genitales o abultar los genitales son intervenciones reversibles, no médicas, que pueden contribuir a aliviar el distrés (Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020). Es importante evaluar el grado de distrés relacionado con el desarrollo físico o la anatomía, informar al joven acerca de las intervenciones no médicas disponibles para tratar el distrés y discutir el uso seguro de estas intervenciones.

Fajar las mamas implica la compresión del tejido mamario para generar una apariencia más plana del pecho. Los estudios sugieren que hasta un 87% de los pacientes masculinos trans reportan haberlo hecho (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). Para el fajado se utilizan cintas comerciales, corpiños deportivos o elásticos u otros vendajes (Peitzmeier, 2017). En la actualidad, la mayoría de los jóvenes informan que aprendieron esta práctica a través de las comunidades de pares

online (Julian, 2019). Los prestadores pueden cumplir un rol importante, asegurándose de que los jóvenes reciban información precisa y confiable acerca de los beneficios y riesgos potenciales del fajado de mamas. Además, pueden aconsejar a los pacientes sobre prácticas de vendaje seguro y monitorear los potenciales efectos negativos sobre la salud. Si bien el fajado ocasiona un impacto físico potencialmente negativo, los jóvenes que recurrieron a esta práctica informaron haber tenido muchos beneficios, incluso mayor comodidad, mejora en la seguridad y menores tasas de uso de género errado por parte de otras personas (Julian, 2019). Las consecuencias negativas más comunes sobre la salud del vendaje de las mamas en los jóvenes incluyen dolor de espaldas o de pecho, problemas para respirar y sofocamiento (Julian, 2019). Otros efectos negativos más serios, tales como infecciones de la piel, infecciones respiratorias y fractura de costillas no son habituales y están asociados al vendaje de mamas en personas adultas (Peitzmeier, 2017). Si se emplea el vendaje, se debe aconsejar a los jóvenes que sólo usen aquellos métodos considerados seguros para hacerlo, tales como vendas específicamente diseñadas para la población de género diverso, para reducir el riesgo de efectos negativos serios. Los métodos que se consideran inseguros para el vendaje incluyen el uso de cinta adhesiva, cinta de envolver, cintas plásticas, dado que ellas pueden restringir el flujo sanguíneo, dañar la piel e impedir la respiración. Si un joven reporta efectos negativos del vendaje de pecho, los mismos deberían idealmente ser tratados por un prestador médico de afirmación de género con experiencia de trabajo con jóvenes TGD.

Trucar los genitales es la práctica de colocar al pene y los testículos en una posición que reduzca en apariencia la protrusión del aparato genital. Los métodos de trucado incluyen presionar el pene y los testículos entre las piernas o llevar los testículos dentro del canal inguinal y tirar del pene hacia atrás para colocarlo entre las piernas. Por lo general, los genitales se sujetan por medio de la ropa interior o de un gancho, elemento que se puede confeccionar o comprar. Existen escasos

estudios sobre los riesgos y beneficios específicos del trizado en personas adultas, y ninguno se ha realizado en jóvenes. Estudios anteriores han informado que la ropa interior ajustada está asociada con una menor concentración de esperma y menor motilidad de los espermatozoides. Además, la temperatura elevada del escroto puede asociarse a baja calidad del esperma, y el trizado genital teóricamente puede afectar la espermatogénesis y la fertilidad (Marsh, 2019), aunque no existen estudios definitivos que evalúen estos resultados adversos. Se necesita mayor investigación para determinar los beneficios y riesgos específicos del trizado en jóvenes.

Postulado 6.7

Recomendamos que los prestadores consideren recetar agentes de supresión de la menstruación en adolescentes que experimentan incongruencia de género y no desean recurrir a la terapia con testosterona, o que la desean, pero aún no la han comenzado, o en combinación con la terapia con testosterona para interrumpir el sangrado.

Al considerar las opciones disponibles de medicaciones para suprimir la menstruación en los jóvenes de género diverso, los prestadores deben comprometerse a tomar una decisión en conjunto, a utilizar lenguaje de género inclusivo (por ejemplo, preguntándole a los pacientes qué palabras utilizan para referirse a sus menstruaciones, a sus órganos reproductivos y a sus genitales) y realizar exámenes físicos en forma sensible y afirmativa de género (Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020). No existe investigación formal que evalúe cómo puede impactar la supresión menstrual en la incongruencia y/o disforia de género. Sin embargo, recurrir a la supresión menstrual puede ser una intervención de arranque que permita explorar mejor los objetivos de las intervenciones relacionadas con el género, establecer prioridades para otras intervenciones en salud mental o ambas cosas, en especial para aquellos que experimentan un agravamiento de la disforia de género originada en el sangrado uterino no

deseado (ver Postulado 6.12.d; Mehringer & Dowshen, 2019). Cuando no se utiliza testosterona, puede lograrse la supresión menstrual vía un progestágeno. Para excluir cualquier trastorno menstrual subyacente, es importante obtener el historial menstrual detallado y realizar una evaluación antes de implementar la terapia para supresión de la menstruación (Carswell & Roberts, 2017). Como parte de la discusión acerca de las medicaciones para suprimir la menstruación, también deben abordarse la necesidad de anticoncepción y la información sobre efectividad de las medicaciones para supresión menstrual como métodos anticonceptivos (Bonnington et al., 2020). Se debe ofrecer una variedad de opciones para supresión menstrual, tales como medicaciones combinadas de estrógeno-progestágeno, progestágenos orales, de depósito o subdérmicos, y dispositivos intrauterinos (DIU) para facilitar una planificación personalizada, tomando en cuenta la disponibilidad, el costo y la cobertura médica, como también las contraindicaciones y los efectos adversos (Kanj et al., 2019).

La medicación hormonal con progestágenos solos es una opción, especialmente en jóvenes masculinos trans o no binarios que no están interesados en someterse a terapias médicas que contengan estrógenos y para aquellos que presentan riesgo de eventos tromboembólicos o presentan otras contraindicaciones a la terapia con estrógenos (Carswell & Roberts, 2017). La medicación hormonal con progestágenos solos incluye progestágenos orales, inyección de medroxiprogesterona de depósito, implante de etonogestrel, y DIU con levonorgestrel (Schwartz et al., 2019). Las opciones con progestágenos varían en términos de eficacia en cuanto a alcanzar la supresión menstrual y presentan menores tasas de amenorrea que las que se obtienen mediante la anticoncepción oral combinada (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Brindaremos una descripción más detallada de los estudios clínicos relevantes en el Capítulo 12 - Terapia Hormonal. Los PS no deben asumir la forma de administración preferida por las

personas, ya que algunos jóvenes masculinos trans preferirán los anillos vaginales o implantes de DIU (Akgul et al., 2019). Si bien las medicaciones hormonales requieren monitorización dado que potencialmente pueden generar labilidad emocional, tener efectos depresivos o ambos, los riesgos y beneficios de no tratar la supresión menstrual en el contexto de disforia de género deben ser evaluados en forma personalizada. Algunos pacientes pueden optar por anticoncepción oral combinada, que incluye diferentes combinaciones de etinilestradiol en diversas dosis y progestágenos de diferentes generaciones (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Menores dosis de etinilestradiol en pastillas anticonceptivas combinadas están asociadas a un aumento en la interrupción del sangrado uterino. Se pueden utilizar anticonceptivos orales combinados en forma continua para permitir la supresión menstrual continua, los que pueden administrarse en forma transdérmica o en los anillos vaginales.

La utilización de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) también puede ocasionar la supresión menstrual. Sin embargo, se recomienda que los jóvenes de género diverso reúnan los criterios de elegibilidad (establecidos en el Postulado 6.12) antes de prescribirles esta medicación para este único propósito (Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Por último, la medicación para supresión menstrual puede indicarse como terapia conjunta para interrumpir el sangrado uterino que puede tener lugar mientras se está administrando testosterona exógena o como medicación puente mientras se espera la supresión menstrual con terapia con testosterona. Cuando se emplea testosterona exógena como hormona de afirmación de género, es habitual que se alcance la supresión menstrual durante los 6 primeros meses de la terapia (Ahmad & Leinung, 2017). Sin embargo, es vital que los adolescentes sepan que puede haber ovulación y embarazo en el contexto de la amenorrea (Gomez et al., 2020; Kanj et al., 2019).

Postulado 6.8

Recomendamos que los profesionales de la salud mantengan una relación permanente con el adolescente transgénero y de género diverso y con las personas que lo tienen a cargo para apoyar al adolescente en el proceso de toma de decisión durante el tratamiento de supresión de la pubertad, el tratamiento hormonal y la cirugía relativa al género hasta que pueda derivarse el caso a atención de personas adultas.

Los PS que cuentan con experiencia en desarrollo de niños y adolescentes, como se describe en el Postulado 6.1, tienen un rol importante en la continuidad de la atención para la persona joven sobre sus necesidades de tratamiento relacionadas al género. Apoyar a los adolescentes y a sus familias presupone encarar las intervenciones con perspectiva de desarrollo para comprender la madurez emocional en evolución del joven y sus necesidades de intervenciones a lo largo del tiempo. Dado que los caminos para el tratamiento de afirmación de género son diferentes según las necesidades y experiencias individuales de los adolescentes TGD, la decisión de encarar estos tratamientos (supresión de la pubertad, estrógenos/andrógenos, cirugías de afirmación de género) puede ocurrir en distintos momentos, dentro de un lapso de varios años. Estudios longitudinales demostraron los beneficios de la supresión de la pubertad y de las terapias hormonales de afirmación de género (THAG) que se llevaron a cabo en un entorno donde se mantuvo una relación clínica constante entre los adolescentes/familias y el equipo multidisciplinario (de Vries et al., 2014).

Los entornos clínicos que ofrecen turnos más largos brindan el espacio para que los adolescentes y las personas responsables compartan importantes aspectos psicosociales del bienestar emocional (por ejemplo, dinámicas familiares, escuela, experiencias románticas y sexuales) que contextualizan las necesidades de tratamiento de afirmación de género personalizado y las decisiones como se describen en otras partes de este capítulo. Una relación clínica permanente puede tener lugar en distintos

entornos, ya sea dentro de un equipo multidisciplinario o con los prestadores de diferentes localizaciones que colaboran entre sí. Dada la amplia variabilidad en las posibilidades de obtener acceso a centros especializados para atender cuestiones de género, en especial en el caso de los grupos marginalizados que experimentan disparidades en el acceso, es importante que el PS comprenda la existencia de barreras a la atención y al mismo tiempo mantenga flexibilidad al definir la forma en que se puede dar una relación clínica permanente en ese contexto específico.

Una relación clínica permanente, que aumenta la resiliencia en el joven y apoya a los padres/tutores, quienes pueden tener sus propias necesidades de tratamiento, puede llevar a una mayor aceptación de los padres -cuando eso es necesario- lo que se asocia a mejores resultados en salud mental en el joven (Ryan, Huebner et al., 2009).

Postulado 6.9

Recomendamos que los profesionales de la salud involucren a disciplinas relevantes, incluidos profesionales médicos y de la salud mental, para llegar a una decisión acerca de si la supresión de la pubertad, el inicio del tratamiento hormonal, o la cirugía de género resultan apropiadas para los adolescentes transgénero y de género diverso y si siguen siendo indicadas a lo largo de todo el tratamiento, hasta que se lleve a cabo la transferencia a atención de personas adultas.

Los adolescentes TGD que presentan disforia de género/incongruencia de género y solicitan tratamientos médicos o quirúrgicos de afirmación de género se benefician cuando se involucran profesionales de la salud (PS) de distintas disciplinas. Atender a adolescentes TGD implica abordar 1) cuestiones de diagnóstico (ver postulados 6.3, 6.12.a y 6.12.b) a cargo de un PS especializado en género (como se define en el postulado 6.1) cuando ello es posible y necesario; y 2) cuestiones del tratamiento, cuando recetar, administrar y monitorear las medicaciones y atención quirúrgica de afirmación de género

requiere el entrenamiento del profesional médico/cirujano relevante. El listado de disciplinas clave incluye, pero no se limita a atención en medicina del adolescente/atención primaria, endocrinología, psicología, psiquiatría, patología del habla/lenguaje, trabajo social, personal de apoyo y equipo de cirugía.

La evidencia en constante evolución ha demostrado los beneficios clínicos que tienen los jóvenes transgénero que reciben sus tratamientos de afirmación de género en clínicas de género multidisciplinarias (de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019). Por último, los adolescentes que solicitan atención de afirmación de género en clínicas multidisciplinarias deben enfrentar complejidades significativas, por lo que necesitan la colaboración estrecha entre salud mental y profesionales médicos y/o cirujanos (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2015).

Dado que no todos los pacientes y sus familias están en posición o en el lugar para poder acceder a atención multidisciplinaria, la falta de disponibilidad de disciplinas no debe impedir que la persona joven acceda a la atención necesaria en forma oportuna. Cuando las disciplinas están disponibles, en especial en centros que cuentan con equipos multidisciplinarios, diferentes disciplinas o ambos, se recomienda que se hagan esfuerzos para incluir a los prestadores relevantes al organizar un equipo para atención de género. Sin embargo, esto no implica que todas las disciplinas sean necesarias para atender a un joven en especial y a su familia.

En el caso de que se requiera documentación escrita o una carta de recomendación para tratamiento médico y quirúrgico de afirmación de género (TMQAG) para un adolescente, sólo se necesitará una carta de evaluación emitida por un miembro del equipo multidisciplinario. Es necesario que esta carta refleje la evaluación y la opinión del equipo, lo que incluye tanto a los PS médicos como a los PSM (Asociación Americana de Psicología 2015; Hembree et al., 2017; Telfer et al., 2018). Podrán solicitarse otros informes de evaluaciones y opiniones por escrito cuando

existe una necesidad clínica específica o cuando los miembros del equipo se encuentran en diferentes localizaciones o deciden escribir sus propios resúmenes. Para más información, ver Capítulo 5 - Evaluación en la Adulthood, Postulado 5.5.

Postulado 6.10

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes transgénero y de género diverso que solicitan tratamientos médicos o quirúrgicos de afirmación de género les informen, antes del comienzo del tratamiento, sobre los efectos que éstos podrían tener sobre la reproducción, incluso la potencial pérdida de fertilidad, y las opciones disponibles para preservar la fertilidad dentro del contexto de la etapa del desarrollo puberal del joven.

Durante la evaluación de adolescentes que solicitan tratamientos médicos o quirúrgicos de afirmación de género, los PS deben conversar con ellos sobre las formas específicas en las que el tratamiento solicitado puede afectar la capacidad reproductiva. Trataremos con mayor detalle los temas de fertilidad y opciones específicas para preservación en el Capítulo 12 - Terapia Hormonal y en el Capítulo 16 - Salud Reproductiva.

Es importante que los PS conozcan las opciones para preservación de la fertilidad a fin de poder transmitirselas a los adolescentes. Se recomienda que los padres se involucren en este proceso y que también comprendan los pros y contras de las diferentes opciones. Los PS deben comprender que los adolescentes y sus padres pueden tener diferentes puntos de vista en lo que respecta a capacidad reproductiva y por lo tanto podrían querer tomar diferentes decisiones (Quain et al., 2020); es por esta razón que los PS pueden ser de ayuda al guiarlos en este proceso.

Los PS deben prestar especial atención a los aspectos psicológicos y del desarrollo que implica la preservación de la fertilidad y a la capacidad de la persona para tomar decisiones. Si bien los adolescentes pueden creer que están decididos en lo que respecta a su capacidad reproductiva, deben tratar el tema con un PS que cuente con la

suficiente pericia, que conozca sobre el desarrollo de los adolescentes, y que tenga experiencia trabajando con padres, ya que sus decisiones sobre tener hijos biológicos en el futuro pueden cambiar con el correr del tiempo.

Abordar las consecuencias a largo plazo sobre la fertilidad de los tratamientos médicos de afirmación de género y garantizar que los adolescentes transgénero tengan expectativas realistas en lo que concierne a las opciones de preservación de la fertilidad o la adopción no puede hacerse en una sola consulta, sino que debe formar parte de una conversación continua. Esta conversación debe darse no sólo antes de iniciar cualquier intervención médica (supresión de la pubertad, hormonas o cirugías) sino también durante otros tratamientos y durante la transición.

En la actualidad, sólo contamos con resultados preliminares de estudios retrospectivos que evalúan a los personas transgénero adultas y las decisiones que ellos tomaron cuando eran jóvenes en lo que respecta a las consecuencias de los tratamientos de afirmación médica sobre la capacidad de reproducción. Es importante no hacer presunciones acerca de los objetivos que puede tener un adolescente en su futuro como adulto. Las investigaciones en niños sobrevivientes de cáncer mostraron que los participantes que reconocieron que perdieron oportunidades de preservar la fertilidad reportaron distrés y arrepentimiento en lo que respecta a la infertilidad potencial (Armuañ et al., 2014; Ellis et al., 2016; Lehmann et al., 2017). Además, personas sobrevivientes al cáncer que no priorizaron tener hijos biológicos antes del tratamiento reportaron "haber cambiado de opinión" luego (Armuañ et al., 2014).

Dadas las complejidades de las diferentes opciones para preservación de la fertilidad y los desafíos que deben enfrentar los PS cuando tratan temas de fertilidad con los adolescentes y sus familias (Tishelman et al., 2019), los adolescentes transgénero que solicitan tratamientos de afirmación de género deben considerar seriamente hacer una consulta sobre fertilidad a menos que, debido a restricciones locales, la

misma no esté cubierta por el seguro de salud o por la salud pública, que no esté disponible localmente o que las circunstancias de la persona hagan que sea preferible no hacer esa consulta.

Postulado 6.11

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes transgénero y de género diverso hagan participar al/a los padre(s)/tutor(s) en el proceso de evaluación y tratamiento cuando se les indica tratamientos médicos o quirúrgicos de afirmación de género, a menos que se determine que involucrarlos puede resultar perjudicial o inviable para el adolescente.

Cuando haya indicios de que un adolescente se puede beneficiar de acceder a un tratamiento médico o quirúrgico de afirmación de género, incluir al padre/los padres o responsable(s) primario(s) en el proceso de evaluación es recomendable en la mayoría de los casos (Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty et al., 2018). Las excepciones incluyen situaciones en las que el adolescente está en un orfanato, a cargo de servicios de protección de menores o ambos y la custodia por parte de los padres sería imposible, inapropiada o perjudicial. El apoyo de los padres y la familia en los adolescentes es un predictor primario del bienestar del joven TGD y es protector de su salud mental (Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman et al., 2019; Lefevor et al., 2019; McConnell et al., 2015; Pariseau et al., 2019; Ryan, 2009; Ryan et al., 2010; Simons et al., 2013; Wilson et al., 2016). Por lo tanto, incluir a los padres/tutores en el proceso de evaluación para que puedan brindarle al adolescente una mayor comprensión y apoyo puede ser una de las prácticas más beneficiosas de las que se dispone.

Los padres/tutores pueden brindar información clave al equipo clínico, tal como el género del joven y un historial completo de su desarrollo y antecedentes médicos y de salud mental, como también sus perspectivas sobre el nivel de apoyo actual, el funcionamiento general y el bienestar. La concordancia o divergencia de los informes brindados por el adolescente y por

sus padres/tutores puede constituir información importante para el equipo de evaluación y puede contribuir a diseñar e individualizar el apoyo necesario para el joven y su familia (De Los Reyes et al., 2019; Katz-Wise et al., 2017). Conocer el contexto familiar, incluso los factores de resiliencia y los desafíos, puede ayudar a los prestadores a conocer qué tipo de apoyo será necesario durante el proceso de tratamiento médico. El involucramiento de los padres/tutores también es importante para educar a las familias acerca de los distintos abordajes, seguimiento continuo y necesidades de cuidados como así también de las complicaciones potenciales del tratamiento. Por medio de la psico-educación en materia de opciones para tratamiento clínico de género y de la participación en el proceso de evaluación, que puede darse con el correr del tiempo, los padres/tutores podrían alcanzar un conocimiento más profundo sobre la experiencia y las necesidades relativas al género de su hijo (Andrzejewski et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017).

Las preocupaciones o preguntas de los padres/tutores sobre la estabilidad de las necesidades relacionadas al género con el paso del tiempo y las implicaciones de las diferentes intervenciones para afirmar género son comunes y no deben ser desatendidas. Es apropiado que los padres/tutores formulen preguntas, ya que hay casos en los cuales las preguntas o preocupaciones son de particular importancia al brindar información para las decisiones y planes de tratamiento. Por ejemplo, el informe de un padre/tutor puede revelar el contexto crítico en situaciones en las que el joven experimenta un autodescubrimiento de su diversidad de género muy reciente o muy rápido y solicita el correspondiente tratamiento, o cuando existe la preocupación de que su solicitud se debe a una posible excesiva influencia de los pares y de los medios sociales en su propio concepto de género actual. La contextualización que proviene del informe de los padres/tutores también es crítica, dado que el informe sobre la historia de género del joven que ellos brindan puede o no ser concordante con lo que el propio joven reporta. Es importante decir que las historias de género

pueden no ser conocidas por los padres/tutores porque el género puede ser una experiencia interna para el joven, desconocida para terceros, a menos que se trate el tema. Por esta razón, el informe del adolescente sobre su historia y experiencia de género es central para el proceso de evaluación.

Algunos padres pueden presentar creencias negativas o antagonistas acerca de las identidades TGD, de la atención clínica relativa al género, o de ambas (Clark et al., 2020). Tales perspectivas no colaborativas constituyen un objetivo terapéutico para las familias. Aunque en algunos casos, las perspectivas desafiantes de los padres pueden parecer rígidas, los prestadores no deben juzgar que ese sea el caso. Hay muchos ejemplos de padre(s)/tutor(es) que, con el tiempo, apoyo y psicoeducación han ido aceptando la diversidad de género y las necesidades de atención de su hijo TGD.

Ayudar a que los jóvenes y sus padres/tutores trabajen juntos en las decisiones relativas a las intervenciones de género importantes es un objetivo primordial. Sin embargo, en algunos casos, los padres/tutores pueden presentar una posición demasiado rechazante hacia el joven y hacia sus necesidades de género como para integrarse al proceso de evaluación clínico. En estas situaciones, es posible que el joven necesite la participación de sistemas más amplios de contención para avanzar con el apoyo y atención necesarios (Dubin et al., 2020).

Postulado 6.12

Recomendamos que los profesionales de la salud que evalúan adolescentes transgénero y de género diverso sólo recomienden tratamientos médicos o quirúrgicos de afirmación de género requeridos por el paciente cuando:

Postulado 6.12.a

El adolescente reúna los criterios diagnósticos de discordancia de género de la CIE-11, en las situaciones donde sea necesario establecer un diagnóstico para acceder a la atención de la salud. En países donde todavía no se

implementó la última versión de los CIE, podrán utilizarse otras taxonomías, pero deben realizarse los esfuerzos necesarios para utilizar la última versión de los CIE tan pronto como sea posible.

Al trabajar con adolescentes TGD, los PS deben tener presente que, si bien clasificar facilita la atención, patologizar las identidades transgénero puede considerarse estigmatizante (Beek et al., 2016). Las evaluaciones de salud y diversidad de género han sido criticadas y existen controversias acerca de los sistemas de diagnóstico. (Drescher, 2016).

Los PS deben tener acceso a las historias clínicas completas y a las necesidades de atención relacionadas al género del joven. Por medio de este proceso de evaluación, los PS pueden brindar un diagnóstico cuando se lo soliciten a fin de acceder a la atención relacionada a la salud transgénero.

Discordancia de género y disforia de género son dos términos diagnósticos utilizados por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud y el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (DSM, por su sigla en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Americana respectivamente. De estos dos sistemas de clasificación muy utilizados, el DSM sólo se utiliza para clasificaciones psiquiátricas, y el CIE contiene todas las enfermedades y condiciones referidas tanto a la salud física como mental. Las versiones más recientes de estos dos sistemas, el DSM-5 y la CIE-11, reflejan el largo trayecto recorrido en la reconceptualización y despsicopatologización de los diagnósticos relacionados al género (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2019a). En comparación con la versión anterior, el DSM-5 reemplazó el término trastorno de identidad de género por el de disforia de género, que toma en cuenta el estrés que sufren algunas personas debido a la incongruencia entre la identidad de género que experimentan y el sexo que se les asignó al nacer. En la revisión más reciente, el DSM-5-TR, no se hicieron cambios en los criterios diagnósticos de disforia de género.

Sin embargo, se adaptó la terminología al lenguaje actual apropiado (por ejemplo, género asignado al nacer y tratamiento de afirmación de género en reemplazo de género de nacimiento y reasignación de género, respectivamente (Asociación Psiquiátrica Americana, 2022). En comparación con la décima edición del CIE, la categoría incongruencia de género fue desplazada del capítulo Salud Mental al capítulo Condiciones Referidas a la Salud Sexual, en el CIE-11. Si se compara la clasificación de disforia de género del DSM-5, se verá que una reconceptualización importante es que el estrés ya no es un indicador requerido en la clasificación de discordancia de género del CIE-11 (OMS, 2019a). Ello se debe a que el estrés y el criterio de impedimento, inherentes a todas las condiciones de salud mental, pueden no estar presentes si el joven crece en un entorno de apoyo y aceptación. (Drescher, 2012). De esta forma, la clasificación de discordancia de género del CIE-11 abarca mejor la totalidad de las experiencias de diversidad de género y las necesidades clínicas que ellas originan.

El criterio de clasificación de discordancia de género en personas adolescentes y en adultas según los criterios de la CIE-11 requiere la presencia de una incongruencia marcada y persistente entre el género que experimenta la persona y el sexo asignado, que a menudo requiere de “transición” para vivir y ser aceptado como una persona del género que experimenta. En algunos casos, ello incluirá terapia hormonal, cirugía, u otros servicios de atención de salud que permitan que el cuerpo de la persona se alinee, tanto como sea necesario, y en la medida de lo posible, al género experimentado. En el caso de los adolescentes, es relevante el indicador de que no se puede hacer una clasificación “antes del inicio de la pubertad”. Por último, debemos destacar que “las variables comportamiento y preferencias de género no constituyen por sí solas una razón suficiente para la clasificación” (OMS, CIE-11, 2019a).

Los criterios para clasificación de disforia de género en personas adolescentes y adultas del DSM-5 y del DSM-5-TR denotan “una marcada

incongruencia entre el género experimentado/expresado y el asignado al nacer, de al menos 6 meses de duración (criterio A, que se cumple cuando se manifiestan 2 de los 6 subcriterios; DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022).

Cabe destacar que, aunque la clasificación según el género es uno de los requisitos para recibir atención médica de afirmación de género, esa clasificación por sí sola no indica que una persona necesita atención médica de afirmación. La variedad de experiencias de incongruencia de género en los jóvenes hace necesario que los profesionales brinden diferentes tratamientos o intervenciones según las necesidades de la persona. Se puede indicar orientación, exploración de género, evaluación de salud mental y, si es necesario, tratamiento con PSM especializados en desarrollo de género, con o sin la implementación de tratamiento médico afirmante.

Postulado 6.12.b

La experiencia de diversidad/incongruencia de género es marcada y sostenida en el tiempo.

La exploración y consolidación de la identidad es experimentada por muchos adolescentes (Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik & Ciecuch, 2018). La exploración de la identidad durante la adolescencia puede incluir un proceso de autodescubrimiento alrededor del género y de la identidad de género (Steensma, Kreukels et al., 2013). Poco se sabe sobre la manera en que los procesos subyacentes a la consolidación de la identidad de género durante la adolescencia (ej. el proceso de compromiso con identidades específicas) pueden impactar a lo largo del tiempo en las experiencias o en las necesidades de un joven.

Por ello, debe tenerse en cuenta el nivel de reversibilidad de las intervenciones médicas de afirmación de género junto con la duración sostenida de la experiencia de incongruencia de género de un joven al iniciar el tratamiento. Dado que pueden presentarse cambios en las experiencias y necesidades de género durante la adolescencia, es importante que se compruebe

que el joven haya experimentado incongruencia/diversidad de género en forma persistente durante varios años antes de iniciar tratamientos menos reversibles tales como hormonas o cirugías de afirmación de género. El tratamiento de supresión de la pubertad, que le da más tiempo a los adolescentes más jóvenes para adquirir la capacidad de tomar sus propias decisiones, también plantea importantes consideraciones (ver Postulado 6.12.f y Capítulo 12 / Terapia Hormonal) que sugieren la importancia de haber experimentado incongruencia/diversidad de género en forma sostenida en el tiempo antes de la iniciación del tratamiento. Sin embargo, en este grupo etario de adolescentes más jóvenes, el hecho de que transcurran varios años no es un criterio práctico ni necesario, dado que el tratamiento busca ganar tiempo y evitar el estrés que se origina en los cambios irreversibles que tienen lugar durante la pubertad. Para los jóvenes que han experimentado un periodo más corto de incongruencia de género, la ayuda para la transición social y/u otro tipo de apoyo médico (por ejemplo, supresión de la menstruación / bloqueo de andrógenos) también pueden aliviar y al mismo tiempo brindar información al equipo clínico sobre las intervenciones que necesita el joven (ver Postulados 6.4, 6.6, y 6.7).

Comprobar la evidencia de diversidad/incongruencia de género persistente por lo general requiere una evaluación cuidadosa del joven durante un lapso de tiempo. (ver Postulado 6.3). Siempre que sea posible y apropiado, el proceso de evaluación y discernimiento debe involucrar al/los padre/s / tutor/es (ver Postulado 6.11). La evidencia que muestre la diversidad/incongruencia de género sostenida en el tiempo puede darse a través del relato obtenido directamente del adolescente y de los padres/tutores cuando esta información no está registrada en la historia clínica.

Las publicaciones de las investigaciones sobre la continuidad versus la discontinuidad de las necesidades/solicitudes de atención médica de afirmación de género son complejas y en cierto punto, difíciles de interpretar. Una serie de

estudios que se llevaron a cabo en las últimas décadas, algunos de los cuales incluyeron desafíos metodológicos (como lo destacaron Temple Newhook et al., 2018; Winters et al., 2018) sugiere que la experiencia de incongruencia de género no es consistente en todos los niños cuando ingresan a la adolescencia. Por ejemplo, un subgrupo de jóvenes que experimentaban incongruencia de género o que habían hecho la transición social antes de la pubertad presentaron una reducción, y hasta una completa remisión de su incongruencia de género (de Vries et al., 2010; Olson et al., 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh et al., 2021; Wagner et al., 2021). Sin embargo, ha habido menos investigación sobre las tasas de continuidad y discontinuidad de incongruencia de género y necesidades relacionadas con el género en poblaciones de púberes y adolescentes. Los datos disponibles sobre cohortes amplias de púberes/adolescentes no seleccionados y derivados por cuestiones de género, (de la Clínica Transgénero de Amsterdam) sugieren que, al seguir con la evaluación extendida en el tiempo, un subgrupo de adolescentes con incongruencia de género que solicitaron intervenciones de género decidieron no seguir adelante con las atenciones médicas de afirmación de género (Arnoldussen et al., 2019; de Vries, Steensma et al., 2011). Debemos destacar que los hallazgos en estudios de cohortes sobre púberes/adolescentes de género incongruente que habían recibido una evaluación completa a lo largo del tiempo, mostraron una incongruencia de género y necesidades relacionadas con el género en forma persistente, y que fueron derivados a intervenciones médicas de género, presentaron bajos niveles de arrepentimiento por su decisión (de Vries et al., 2014; Wiepjes et al., 2018). Desde un punto de vista crítico, estos hallazgos de bajo nivel de arrepentimiento sólo pueden aplicarse ahora a jóvenes que han demostrado incongruencia de género sostenida y necesidades relacionadas con el género a lo largo del tiempo como se determinó por medio de una evaluación iterativa completa (ver Postulado 6.3).

Postulado 6.12.c**El adolescente demuestra la madurez emocional y cognitiva necesaria para brindar su consentimiento informado / asentimiento para el tratamiento.**

El proceso de consentimiento informado incluye comunicación entre un paciente y su prestador sobre la comprensión del paciente acerca de una potencial intervención, como así también, en última instancia, la decisión del paciente sobre si aceptar la intervención o no. En la mayoría de los entornos, en el caso de los menores, es necesario informar al guardián legal (por lo general, el/los padre/s /tutor/es) para el proceso de consentimiento informado, quién será el encargado de firmar dicho consentimiento. En la mayoría de los entornos, el asentimiento es un proceso parecido y paralelo por el cual el menor y el prestador se ponen en contacto sobre la intervención y el prestador evalúa el nivel de comprensión e intención del joven.

Un paso necesario en el proceso de consentimiento informado/asentimiento para considerar atenciones médicas de afirmación de género es tener una conversación cuidadosa con un PS calificado, entrenado en evaluar la madurez emocional y cognitiva de los adolescentes. Los efectos reversibles e irreversibles del tratamiento, como así también las opciones para preservar la fertilidad (si correspondiera), y todos los potenciales riesgos y beneficios de la intervención son temas importantes de esta conversación. Estas discusiones son requeridas para obtener el consentimiento informado / asentimiento. Evaluar la madurez cognitiva y emocional es importante, porque contribuye a que el equipo de tratamiento comprenda la capacidad del adolescente para recibir información.

Las habilidades necesarias para asentir/consentir cualquier intervención o tratamiento médico incluyen 1) capacidad para comprender la naturaleza del tratamiento, 2) capacidad de razonar acerca de las opciones de tratamiento, incluso sobre los riesgos y beneficios, 3) capacidad de distinguir la naturaleza de la decisión, incluso las consecuencias a largo plazo,

y 4) capacidad de comunicar su decisión (Grootens-Wiegers et al., 2017). En el caso de los tratamientos médicos de afirmación de género, el joven debe estar bien informado sobre lo que se puede y lo que no se puede conseguir con el tratamiento, los tiempos en los que generalmente se producen los cambios (por ejemplo, cuando se utilizan hormonas de afirmación de género) y cualquier implicancia de suspender el tratamiento. Los jóvenes de género diverso deben comprender detalladamente los aspectos reversibles, parcialmente reversibles e irreversibles del tratamiento, como así también los límites de lo que se conoce acerca de determinados tratamientos (por ejemplo, el impacto de la supresión puberal sobre el desarrollo del cerebro (Chen and Loshak, 2020). Los jóvenes de género diverso también deben comprender que, aunque muchos de ellos comienzan las atenciones médicas de afirmación de género y sienten que éstas se ajustan a sus necesidades de largo plazo, hay un subgrupo de personas que con el correr del tiempo descubren que las mismas no son lo buscado (Wiepjes et al., 2018). Los jóvenes deben saber que tales cambios están a veces vinculados a un cambio en las necesidades de género por el paso del tiempo, y en algunos casos, a un cambio en la misma identidad de género. Con este conocimiento, los jóvenes de género diverso deben estar capacitados para razonar concienzudamente acerca de las opciones de tratamiento, considerando las implicancias de las elecciones de que disponen. Además, como base para el asentimiento, el joven de género diverso debe estar capacitado para comunicar su elección.

Las competencias necesarias para cumplir con las tareas requeridas por el asentimiento/consentimiento pueden no surgir a edades específicas per se (Grootens-Wiegers et al., 2017). Puede haber variabilidad en estas capacidades relacionadas a diferencias en el desarrollo y a condiciones de salud mental (Shumer & Tishelman, 2015) así como también con las oportunidades que ha tenido el joven de ponerlas en práctica (Alderson, 2007). Por otra parte, la evaluación de la madurez emocional y

cognitiva debe hacerse por separado, para cada decisión sobre tratamiento relativo al género (Vrouenraets et al., 2021).

Las siguientes preguntas pueden resultar de utilidad para evaluar si el joven está preparado emocional y cognitivamente para asentir o brindar consentimiento a un tratamiento de afirmación de género específico:

- ¿Puede el joven pensar cuidadosamente sobre el futuro y considerar las implicancias de una intervención parcial o completamente irreversible?
- ¿Cuenta con la suficiente capacidad autorreflexiva para considerar la posibilidad de que las necesidades y prioridades relacionadas con el género pueden evolucionar con el correr del tiempo, y que las prioridades en relación con el género pueden cambiar en un momento determinado?
- ¿Ha considerado exhaustivamente las implicancias de lo que haría si sus prioridades de género cambiaran en el futuro?
- ¿Puede comprender y manejar los aspectos del día a día, a corto y largo plazo, de un tratamiento médico específico (por ejemplo, adherencia a la medicación, administración y controles de seguimiento necesarios)?

La evaluación de la madurez emocional y cognitiva puede realizarse a lo largo de las consultas con el equipo de atención, cuando se tratan las opciones, para darle al joven la oportunidad de ejercitar pensar en su futuro y de considerar con flexibilidad las opciones e implicancias. En el caso de los jóvenes con divergencias del neurodesarrollo y/o condiciones diferenciales de salud mental, la capacidad de pensar en el futuro, planificar, pensar en abstracto, pensar en macro y auto-reflexionar pueden estar menos desarrolladas (Dubbelink & Geurts, 2017). En estos casos, puede ser necesario un abordaje más exhaustivo para el consentimiento y el asentimiento, lo que puede incluir un tiempo adicional y oportunidades estructuradas para que el joven ponga en práctica

las competencias necesarias para la toma de decisiones médicas (Strang, Powers et al., 2018).

Para los casos especiales en los que un adolescente menor de edad preste consentimiento a su propio tratamiento sin autorización de los padres (ver Postulado 6.11), debe tenerse un mayor cuidado al apoyar la toma de decisión informada del adolescente. Por lo general, se requerirán niveles mayores de compromiso y colaboración entre los PS que trabajan con el adolescente para brindarle el apoyo cognitivo y emocional necesario al momento de considerar opciones, sopesar los beneficios y potenciales desafíos/costos, y desarrollar un plan para conseguir la colaboración necesaria (y potencialmente continua) asociada al tratamiento.

Postulado 6.12.d

Ya han sido tratados los problemas de salud mental del adolescente (si los tuviera) que pueden interferir con la claridad del diagnóstico, con la capacidad de consentir y/o con los tratamientos médicos de afirmación de género.

La evidencia indica que los adolescentes TGD presentan un aumento de riesgo de problemas de salud mental, que por lo general están asociados al rechazo de su familia / persona responsable, entornos comunitarios no afirmantes y factores relativos a la neurodiversidad (por ejemplo, de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Weinhardt et al., 2017). Los problemas de salud mental del joven pueden impactar en su conceptualización de la historia de desarrollo de su género y en sus necesidades relativas a su identidad de género, en su capacidad para brindar consentimiento, y en su habilidad para comprometerse con, o encarar un tratamiento médico. Por otra parte, como ocurre con los jóvenes cisgénero, los jóvenes TGD pueden experimentar problemas de salud mental que no están relacionados con la presencia de disforia de género o incongruencia de género, en especial la depresión y autolesiones, y que pueden ser un motivo de especial preocupación. Varios estudios revelan que las puntuaciones en las escalas de

depresión y los problemas emocionales y conductuales se comparan a los informados respecto de poblaciones derivadas a clínicas de salud mental (Leibowitz & de Vries, 2016). También se han reportado tasas más altas de ideación suicida, intentos de suicidio y de autolesiones (de Graaf et al., 2020). Además, los trastornos alimentarios se dan con mayor frecuencia que lo esperado en poblaciones no derivadas (Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012). Cabe destacar que los adolescentes TGD presentan tasas más altas de trastornos/características del espectro autista (Øien et al., 2018; van der Miesen et al., 2016; ver también Postulado 6.1.d). También pueden darse otras presentaciones del neurodesarrollo y/o problemas de salud mental, (como, por ejemplo, TDAH, discapacidad intelectual y trastornos psicóticos (de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes & Hall, 2006).

Cabe destacar que muchos adolescentes transgénero tienen un buen funcionamiento y experimentan pocos o ningún problema de salud mental. Por ejemplo, los adolescentes puberales que han hecho la transición social y reciben tratamiento médico de afirmación de género en clínicas especializadas en género pueden tener resultados de salud mental equivalentes a los de sus pares cisgénero (por ejemplo, de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020). La función principal de un prestador es evaluar la dirección de las relaciones que existen entre cualquier problema de salud mental y la autocomprensión del joven de sus necesidades para priorizarlas adecuadamente.

Las dificultades de salud mental pueden presentar un desafío para la evaluación y tratamiento de las necesidades relativas al género de los adolescentes TGD en diversas formas:

1. En primer lugar, cuando un adolescente TGD experimenta crisis agudas de suicidio, autolesiones, trastornos alimentarios u otras crisis de salud mental que amenazan la salud física, debe darse prioridad a la seguridad. De conformidad con el contexto local y las guías existentes, las atenciones apropiadas deben

orientarse a mitigar la o las crisis para poder contar con el tiempo suficiente para estabilizar la situación y proceder a evaluar la cuestión de género acabadamente y tomar una decisión. Por ejemplo, un adolescente suicida activo puede no estar apto emocionalmente para tomar una decisión informada relacionada con el tratamiento médico/quirúrgico de afirmación de género. Si estuvieran indicadas, las intervenciones para garantizar la seguridad no deberían impedir el comienzo de las intervenciones de afirmación de género.

2. En segundo lugar, la salud mental también puede complicar la evaluación del desarrollo de género y las necesidades relativas al mismo. Por ejemplo, es necesario diferenciar incongruencia de género de problemas específicos de salud mental, tales como las obsesiones y las compulsiones, intereses especiales en el autismo, pensamiento rígido, problemas de identidad más amplios, dificultades en la interacción padre/hijo, ansiedades severas del desarrollo (por ejemplo, miedo a crecer y a los cambios puberales no relacionados con la identidad de género), trauma o pensamientos psicóticos. Los problemas de salud mental que interfieren con la claridad del desarrollo de la identidad y con la toma de decisiones relacionadas con el género deben tener prioridad y ser tratadas.
3. En tercer lugar, la toma de decisiones referidas a los tratamientos médicos de afirmación de género que impliquen consecuencias a largo plazo requiere que el adolescente las analice cuidadosamente, pensando en el futuro, con el apoyo de sus padres/ tutores, como se indica en el Postulado 6.11. Para poder tomar tal decisión informada, el adolescente debe estar capacitado para comprender los problemas, expresar su elección, considerar y pensar acabadamente su deseo de realizar tratamiento médico

afirmante (ver Postulado 6.12c). Las divergencias en el neurodesarrollo, como las características de autismo o el trastorno del espectro autista (ver Postulado 6.1.d, por ejemplo, diferencias en la comunicación, preferencia por pensamiento concreto o rígido, diferencias en su autopercepción, pensamiento a futuro y planificación) pueden presentar un desafío para la evaluación y para el proceso de toma de decisiones. Los jóvenes neurodivergentes pueden necesitar apoyo adicional, estructura, psicoeducación y tiempo para llevar a cabo el proceso de evaluación (Strang, Powers et al., 2018). Otros problemas de salud mental que implican comunicación restringida y autodefensa, dificultad para comprometerse con la evaluación, dificultades de la memoria y de la concentración, desaliento y dificultad para encarar pensamiento a futuro pueden complicar la evaluación y la toma de decisiones. En esos casos, puede necesitar un tiempo más prolongado para tomar las decisiones relativas a tratamiento médico afirmante.

4. Por último, si bien es importante atender los problemas de salud mental durante el curso del tratamiento médico, eso no significa que todos los problemas puedan o deban resolverse completamente. Sin embargo, es importante que cualquier problema de salud mental se atienda lo suficiente como para permitir que el tratamiento médico de afirmación de género pueda brindarse en condiciones óptimas (es decir, garantizando la adherencia a la medicación, asistencia a las consultas de seguimiento, y autocuidados, en especial en el periodo postoperatorio).

Postulado 6.12.e

El adolescente ha recibido información adecuada a su estadio de desarrollo puberal sobre los efectos del tratamiento en la reproducción, incluso sobre la pérdida potencial

de la fertilidad, como así también sobre las opciones disponibles para preservar la fertilidad, durante las consultas.

Para obtener las guías en lo que respecta al abordaje clínico, los fundamentos científicos y la justificación, ver Capítulo 12 - Terapia Hormonal y Capítulo 16 - Salud Reproductiva.

Postulado 6.12.f

El adolescente ha alcanzado el estadio Tanner 2 del desarrollo puberal para iniciar la inhibición de la pubertad.

El comienzo de la pubertad es un punto de inflexión para muchos jóvenes de género diverso. Para algunos, genera una intensificación de su incongruencia de género y para otros, el comienzo de la pubertad puede llevar a la fluidez de género (por ejemplo, transicionar desde una identidad binaria a una identidad de género no binaria) o incluso hasta la atenuación de una identidad de género afirmado previamente (Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011, Steensma, Kreukels et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). El uso de medicación inhibidora de la pubertad, tal como los análogos de GnRH, no está recomendado antes de que el niño alcance como mínimo el estadio Tanner 2 del desarrollo puberal porque para algunos adolescentes TGD, la experiencia de la pubertad física puede ser crítica si el desarrollo de identidad de género está en proceso (Steensma et al., 2011). Por lo tanto, no deben implementarse los bloqueadores de pubertad en jóvenes de género diverso prepuberales (Waal & Cohen-Kettenis, 2006). En algunos casos, los agonistas GnRH pueden resultar apropiados en estadios tardíos o en el periodo post puberal (por ejemplo, durante los estadios Tanner 4 o 5) y el tratamiento debe ser altamente individualizado. Ver Capítulo 12 - Terapia Hormonal, para una revisión más completa sobre el uso de agonistas GnRH.

Las variaciones en los tiempos de inicio de la pubertad se deben a múltiples factores (por ejemplo, al sexo asignado al nacer, la genética, la nutrición, etc.). Los estadios de Tanner brindan cinco momentos del desarrollo puberal que van del pre-puberal (estadio de Tanner 1) al post

puberal y madurez sexual en el adulto (estadio de Tanner 5) (Marshall & Tanner, 1969, 1970). En el caso de las personas asignadas femeninas al nacer, el comienzo de la pubertad (ej. gonadarquia) está definido por la aparición del botón mamario (estadio de Tanner 2), y en el caso de las personas asignadas masculinas al nacer, cuando el volumen testicular alcanza o supera los 4 ml (Roberts & Kaiser, 2020).

Un prestador médico experimentado deberá diferenciar entre el comienzo de la pubertad y los cambios físicos producidos por los esteroides sexuales (ej. adrenarca), tales como la aparición de vello púbico o de olor corporal apocrino, ya que la adrenarca no justifica el uso de medicaciones bloqueadoras de la pubertad (Roberts & Kaiser, 2020). Brindar la información pertinente a los padres y a las familias sobre la diferencia que existe entre adrenarca y la gonadarquia contribuye a que las familias comprendan los límites de tiempo durante los cuales se deben tomar decisiones acerca de las terapias médicas de afirmación de género junto con el equipo multidisciplinario.

La importancia de discutir otros riesgos y beneficios de la supresión puberal, ya sea hipotéticos o reales, no debe desestimarse. La evidencia indica que proceder a la supresión puberal en niñas transgénero conlleva implicaciones quirúrgicas (van de Griff et al., 2020). Existen datos longitudinales que demuestran una mejora en la satisfacción romántica y sexual de las adolescentes que recibieron supresión puberal, terapia hormonal y cirugía (Bungener et al., 2020). En un estudio sobre los resultados quirúrgicos de la vaginoplastia intestinal laparoscópica (que se realiza debido al escaso tejido genital existente luego de la utilización de inhibidores de la pubertad) en mujeres transgénero, la mayoría (84%) experimentó orgasmo luego de la cirugía, pero el estudio no presentó una correlación específica entre los resultados relativos al placer sexual y el momento de iniciación de la inhibición puberal (Bouman, van der Sluis et al., 2016), ni tampoco puede aplicarse este estudio a aquellas que prefirieron un procedimiento quirúrgico

diferente. Esto subraya la importancia de tratar con las familias las cuestiones desconocidas a futuro en lo que respecta a resultados sobre la salud sexual y la cirugía.

Postulado 6.12.g

El adolescente debe recibir al menos 12 meses de terapia hormonal de afirmación de género, cuando así se requiera, para alcanzar los resultados quirúrgicos deseados en procedimientos de afirmación de género, los que incluyen aumento de mamas, orquiectomía, vaginoplastia, histerectomía, faloplastia, metoideoplastia y cirugía facial como parte del tratamiento de afirmación de género, a menos que no desee utilizar la terapia hormonal o esté médicamente contraindicada.

La THAG provoca cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos. El comienzo de los efectos anatómicos (por ejemplo, crecimiento del clítoris, de las mamas, atrofia de la mucosa vaginal) puede darse tempranamente luego del inicio de la terapia, y el efecto pico se espera entre el primer y segundo año (T'Sjoen et al., 2019). Para garantizar que el adolescente cuente con tiempo suficiente para su adaptación psicológica al cambio físico durante esta etapa importante del desarrollo, se sugiere realizar terapia hormonal durante 12 meses. Según el resultado quirúrgico buscado, el periodo de terapia hormonal podría ser más largo (por ejemplo, para realizar la metoideoplastia/faloplastia es necesario obtener suficiente virilización del clítoris previo a la cirugía, para realizar un aumento del tamaño mamario es necesario lograr previamente el crecimiento mamario y expansión de la piel, así como también es necesaria la suavización de la piel y cambios en la distribución de la grasa facial previo a una CAG facial) (de Blok et al., 2021).

En el caso de las personas que no reciben hormonas previo a las intervenciones quirúrgicas, es importante que los cirujanos revisen el impacto de la terapia hormonal sobre la cirugía propuesta. Además, en el caso de las personas que van a realizarse una gonadectomía y no están recibiendo hormonas, el profesional a cargo

puede prescribir un plan de reemplazo hormonal antes de la cirugía.

Consideración de las edades apropiadas para el tratamiento médico y quirúrgico de afirmación de género en la adolescencia

La edad tiene un fuerte, aunque imperfecto, correlato con el desarrollo cognitivo y psicológico, por lo que puede constituir un marcador objetivo útil para determinar el momento potencialmente oportuno para las intervenciones (Ferguson et al., 2021). Pueden requerirse edades más avanzadas para tratamientos que impliquen una mayor irreversibilidad, complejidad o ambas cosas. Este abordaje facilita la maduración cognitiva/emocional continua que puede resultar necesaria para que el adolescente considere concienzudamente y brinde su consentimiento a tratamientos cada vez más complejos (ver Postulado 6.12.c)

Existe cada vez más evidencia que indica que realizar tratamientos de afirmación de género en jóvenes de género diverso que cumplen con los criterios lleva a resultados positivos (Achille et al., 2020; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020). Sin embargo, contamos con datos limitados en lo que respecta al momento óptimo para las intervenciones de afirmación de género, como también en lo que se refiere a los resultados físicos, psicológicos y del neurodesarrollo a largo plazo en los jóvenes (Chen et al., 2020; Chew et al., 2018; Olson-Kennedy et al., 2016). En la actualidad, los únicos estudios longitudinales que evalúan los resultados relativos a personas de género diverso jóvenes y adultas están basados en un modelo específico (es decir, el abordaje neerlandés) que incluyó una evaluación inicial completa y seguimiento. En este abordaje, la supresión puberal se consideró a la edad de 12 años, la THAG a la edad de 16 años y las intervenciones quirúrgicas luego de los 18 años, con excepciones en algunos casos. No está claro si las desviaciones de este abordaje ocasionarían los mismos resultados o diferentes. En este momento se están realizando estudios longitudinales para definir mejor los resultados, como así también la

seguridad y eficacia de los tratamientos de afirmación de género en jóvenes (Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019). Si bien los efectos a largo plazo de los tratamientos de afirmación de género que se iniciaron en la adolescencia no se conocen completamente, también deben considerarse las consecuencias potencialmente negativas sobre la salud si se demora el tratamiento (de Vries et al., 2021). Dado el aumento en la evidencia en lo que respecta a los resultados de las intervenciones de afirmación de género en jóvenes, es probable que podamos actualizar las recomendaciones sobre el momento oportuno para estas intervenciones.

En guías anteriores, se recomendó que las THAG parcialmente reversibles podían iniciarse aproximadamente a los 16 años de edad (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009). Guías más recientes sugieren que existen razones contundentes para iniciarlos antes de la edad de 16 años, aunque los estudios de jóvenes que han iniciado la terapia hormonal antes de los 14 años son limitados (Hembree et al., 2017). Una razón fuerte para el inicio temprano de la THAG podría ser evitar la supresión puberal prolongada, dado los potenciales problemas sobre la salud ósea y las implicancias psico-sociales de demorar la pubertad, tal como se describe en mayor detalle en el Capítulo 12 - Terapia Hormonal (Klink, Caris et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017; Zhu & Chan, 2017). La pubertad es un momento de desarrollo significativo del cerebro y la cognición. El impacto potencial de la inhibición puberal extendida en jóvenes de género diverso sobre el neurodesarrollo se ha identificado específicamente como un área que requiere mayor estudio (Chen et al., 2020). Si bien los análogos GnRH han mostrado ser seguros cuando fueron utilizados en el tratamiento de la pubertad precoz, quedan dudas sobre si demorar la exposición a las hormonas sexuales (endógenas o exógenas) en el momento del pico de mineralización ósea, puede provocar un descenso de la densidad mineral ósea. El potencial descenso de la densidad mineral ósea, así como su significancia clínica, requiere mayor estudio (Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al.,

2020; Schagen et al., 2020). Las potenciales implicancias negativas a nivel psicosocial de no iniciar la pubertad junto a sus pares pueden generar estrés adicional en los jóvenes de género diverso, aunque esta situación no ha sido explícitamente estudiada. Al considerar el momento del inicio de la terapia hormonal de afirmación de género, los prestadores deben sopesar los potenciales beneficios y riesgos físicos y psicológicos que implica comenzar el tratamiento, así como los potenciales riesgos y beneficios de demorarlo. Este proceso también puede ayudar a identificar los factores importantes que pueden garantizarse con un abordaje individualizado.

Estudios realizados en masculinidades trans jóvenes demostraron que la disforia de tórax se asocia a mayores tasas de ansiedad, depresión y distrés y pueden provocar limitaciones funcionales tales como evitar el ejercicio o bañarse (Mehringer et al., 2021; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Sood et al., 2021). Desafortunadamente, la testosterona contribuye muy poco para aliviar este distrés, aunque la masculinización de tórax es una opción de tratamiento de este distrés para algunas personas a largo plazo. Los estudios en jóvenes que solicitaron cirugía de masculinización de tórax para aliviar su disforia demostraron buenos resultados quirúrgicos, satisfacción con los resultados, y mínimos reportes de arrepentimiento durante el período de monitoreo de los estudios (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018). Puede considerarse la cirugía de masculinización de tórax en menores si es apropiado desde el punto de vista clínico y del desarrollo, cuando así lo determina el equipo multidisciplinario experimentado en adolescentes y desarrollo de género (ver los postulados relevantes en este capítulo). La duración o el uso concomitante de terapia con testosterona no debe impedir la cirugía, si está indicada. Las necesidades de algunos jóvenes TGD pueden satisfacerse solamente con cirugía de masculinización de tórax. Las feminidades trans jóvenes pueden requerir aumento de tamaño mamario, aunque no contamos con

suficiente información acerca de este procedimiento en jóvenes, posiblemente debido a que una cantidad muy baja de personas solicitaron este procedimiento (Boskey et al., 2019; James, 2016). La THAG, específicamente con estrógenos, puede contribuir al desarrollo de tejido mamario y está recomendado realizarla durante 12 meses o más previo a la cirugía, en caso de que se indique el procedimiento quirúrgico, a menos que la terapia hormonal no esté clínicamente indicada o esté médicamente contraindicada.

Los datos referidos al momento óptimo para iniciar otros tratamientos quirúrgicos de afirmación de género en adolescentes son limitados. Ello se debe en parte al acceso limitado a estos tratamientos, que varía según las diferentes localizaciones geográficas (Mahfouda et al., 2019). Los datos indican que las tasas de cirugías de afirmación de género han aumentado desde el año 2000 y que ha habido un incremento del número de jóvenes TGD que solicitan vaginoplastia (Mahfouda et al., 2019; Milrod & Karasic, 2017). En el año 2017, una encuesta a 20 cirujanos miembros la WPATH en los Estados Unidos arrojó como resultado que poco más de la mitad de ellos habían realizado vaginoplastia en menores (Milrod & Karasic, 2017). Contamos con datos limitados sobre los resultados de la vaginoplastia en jóvenes. Estudios pequeños reportaron mejoras en el funcionamiento psicosocial y disminución de la disforia de género en adolescentes que se habían realizado la vaginoplastia (Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001). Aunque el tamaño de la muestra fue limitado, estos estudios sugieren que podría haber un beneficio para algunos adolescentes si se realizan estos procedimientos antes de los 18 años de edad. Los factores que pueden apoyar la realización de estos procedimientos en jóvenes menores de 18 años de edad incluyen: mayor soporte familiar, mayor facilidad para manejar los cuidados posoperatorios antes de involucrarse con las tareas que requiere la adultez temprana (por ejemplo, entrar a la universidad o comenzar a trabajar) y la seguridad en los espacios públicos

(por ejemplo, para reducir la violencia transfóbica) (Boskey et al., 2018; Boskey et al., 2019; Mahfouda et al., 2019). Dada la complejidad e irreversibilidad de estos procedimientos, es crucial que se realice una evaluación de la capacidad del adolescente para adherir a las recomendaciones de cuidados postquirúrgicos y para comprender el impacto a largo plazo de estos procedimientos sobre la función reproductiva y sexual (Boskey et al., 2019). En vista de la complejidad que implica la faloplastia y las altas tasas actuales de complicaciones en comparación con otros tratamientos quirúrgicos de afirmación de género, no se recomienda considerar esta cirugía en menores de 18 años en este momento (ver Capítulo 13 - Cirugía y Cuidados Postoperatorios).

En los postulados 6.12 a-f, se describen otros factores clave que deben ser tenidos en cuenta al discutir con los jóvenes y sus familias el momento oportuno para las intervenciones. Para un resumen de los criterios/recomendaciones de los tratamientos médicos de afirmación de género médicamente necesarios en adolescentes, ver el Anexo D.

CAPÍTULO 7 – Niñez

Esta sección de estos Estándares de Atención (SOC, por sus siglas en inglés) corresponde a niños de género diverso prepúberes, y los postulados aquí propuestos se basan en investigaciones, principios éticos y el conocimiento acumulado de los expertos en la materia. Los principios que subyacen a esta guía son: 1) la diversidad de género en niños es un aspecto esperable del desarrollo humano en general. (Sociedad de Endocrinología y Sociedad de Endocrinología Pediátrica, 2020; Telfer et al., 2018); 2) la diversidad de género en niños no es una patología ni un trastorno de la salud mental (Sociedad de Endocrinología y Sociedad de Endocrinología Pediátrica, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018); 3) no se puede dar por sentado que las expresiones de género diverso en niños siempre reflejan una identidad transgénero o una incongruencia de género (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019); 4) la guía de los profesionales de la salud mental (PSM) con experiencia en atención de género en niños puede ser de gran utilidad al apoyar una adaptación positiva y también para el discernimiento de las necesidades relativas al género a lo largo del tiempo. (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al., 2018); 5) las terapias de reconversión por diversidad de género en niños (es decir, todos los intentos “terapéuticos” de forzar a un niño de género diverso, a través del discurso, de acciones, o ambas cosas, para que se identifique o actúe según el género asociado al sexo asignado al nacer son perjudiciales, y repudiamos su utilización (APA, 2021; Ashley, 2019b, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al., 2018; Consejo de Derechos Humanos de la ONU, 2020).

En todo el texto, utilizamos el término “profesional de la salud” (PS) en sentido amplio, para referirnos a los profesionales que trabajan con niños de género diverso. A diferencia de las personas jóvenes púberes y adultas, los niños de género diverso prepúberes no pueden acceder a intervenciones médicas (Sociedad de Endocrinología Pediátrica, 2020), por lo que cuando se busca el asesoramiento de un

profesional, por lo general será un PS especializado en apoyo psicosocial y desarrollo de género. Por ello, este capítulo hace foco exclusivamente en las prácticas psicosociales apropiadas al desarrollo, aunque otros PS, como los pediatras o los médicos de familia podrán también recurrir a estos estándares para atender a niños de género diverso y sus familias.

En este capítulo, utilizamos el término “género diverso” dado que las trayectorias de género en niños prepúberes no pueden predecirse, y pueden evolucionar con el devenir del tiempo. (Steensma, Kreukels et al., 2013).

A su vez, este capítulo reconoce que algunos niños permanecerán estables en la identidad de género con la que articularon a temprana edad, que difiere del sexo asignado al nacer (Olson et al., 2022). El término “género diverso” incluye niños transgénero binario y no binario, así como también niños de género diverso que no se identificarán como transgénero más adelante en sus vidas. La terminología está íntimamente ligada a la cultura y evoluciona con el correr del tiempo. Es así que es posible que los términos utilizados en estos estándares queden desactualizados, y que en el futuro encontremos mejores descriptores.

Este capítulo describe aspectos de la atención médica necesaria para promover el bienestar y las necesidades relativas al género en los niños. (ver lo referido a necesidad médica en el capítulo Aplicación Global, Postulado 2.1). Este capítulo promueve el uso general de estos estándares, en la medida de lo posible. Puede haber situaciones o geografías en las que los recursos que recomendamos o parte de ellos no estén disponibles. Los PS/equipos que carezcan de los recursos deberán esforzarse en cumplir con estos estándares. Sin embargo, si existieran limitaciones inevitables que impidieran cumplir con estas recomendaciones, ello no debería impedir que se brinde el mejor servicio disponible. En aquellos lugares en los que existan algunos, pero no todos los servicios recomendados, decidir no implementar las atenciones potencialmente beneficiosas pone en peligro de daño al niño. (Murchison et al., 2016;

Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020). En rasgos generales, es necesario priorizar el interés superior del niño.

La vasta investigación empírica en materia de psicología indica que las experiencias de una persona en su niñez temprana determinan los patrones de riesgo y/o resiliencia y contribuyen a una trayectoria de desarrollo más o menos conducente al bienestar y a una calidad de vida positiva (Anda et al., 2010; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012). Las publicaciones disponibles indican, en general, que la juventud de género diverso presenta mayor riesgo de experimentar dificultades psicológicas (Ristori & Steensma, 2016) que sus pares cisgénero de la misma edad, como resultado de experiencias destructivas, incluidos el trauma y el maltrato resultantes del rechazo a la diversidad de género y otras interacciones agresivas, de no aceptación (Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2006; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2014; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Por otra parte, la investigación indica que los niños prepúberes que son bien acogidos, aceptando sus identidades de género diverso, están generalmente bien adaptados. (Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016). La evaluación y el tratamiento de los niños habitualmente hace énfasis en un abordaje *ecológico*, que reconoce que los niños necesitan estar seguros y satisfechos en todos los entornos que frecuentan (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman & Tishelman, 2018; Lynch & Cicchetti, 1998; Tishelman et al., 2010; Zielinski & Bradshaw, 2006). La perspectiva de este capítulo se nutre de la literatura básica en psicología y el conocimiento de que los niños de género diverso se enfrentan a riesgos únicos, por lo que enfatiza en utilizar un abordaje ecológico para comprender sus necesidades y para facilitar una salud mental positiva en toda la atención respecto al género. Esta perspectiva prioriza la búsqueda del bienestar y calidad de vida del niño durante todo su desarrollo. Además, este capítulo también adhiere al punto de vista, apoyado por una parte sustancial de la investigación citada

anteriormente, de que las atenciones psicosociales de afirmación de género (Hidalgo et al., 2013) en niños prepúberes ofrecen una ventana de oportunidad para promover una trayectoria de bienestar que les servirá de apoyo en el futuro, en especial, durante la transición hacia la adolescencia. Este abordaje podría, potencialmente, mitigar algunos de los riesgos de salud mental comunes que suelen enfrentar los adolescentes transgénero y de género diverso (TGD), descriptos frecuentemente en la literatura (Chen et al., 2021; Edwards-Leeper et al., 2017; Haas et al., 2011; Leibowitz & de Vries, 2016; Reisner, Bradford et al., 2015; Reisner, Greytak et al., 2015).

Las investigaciones sobre el desarrollo se han concentrado en comprender los diferentes aspectos del desarrollo de género en las etapas más tempranas de la niñez, basándose en niños prepúberes de la población general. Estas investigaciones se basaron en la presunción de que los niños participantes eran cisgénero (Olezeski et al., 2020) y reportaron que la estabilidad de la identidad de género se alcanzaba en los años de pre-escolaridad en niños de la población general, los que en su mayoría no eran probablemente de género diverso (Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et al., 2013). Recientemente, los estudios de desarrollo han demostrado que la diversidad de género puede observarse e identificarse en niños pequeños prepúberes (Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz, 2018; Robles et al., 2016). Sin embargo, los estudios empíricos en esta área son limitados y, por el momento, no contamos con medidas de evaluación psicométricamente capaces de determinar en forma confiable y/o completa la autocomprensión de un niño prepúber de su propio género y/o de sus necesidades y preferencias con respecto al mismo (Bloom et al., 2021). Por lo expuesto, este capítulo pone énfasis en la importancia de adoptar un abordaje clínico individualizado y matizado para la evaluación del género, que se adecue a las recomendaciones brindadas en varias guías y publicaciones (Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma &

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

- 7.1- Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con niños de género diverso reciban capacitación y cuenten con experiencia en desarrollo de género y diversidad de género en niños, y que tengan conocimientos generales de diversidad de género a lo largo de toda la vida de una persona.
- 7.2- Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con niños de género diverso reciban formación teórica y basada en evidencia, y que desarrollen experiencia en salud mental general para niños y familias en todo el espectro del desarrollo.
- 7.3- Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con niños de género diverso reciban formación y desarrollen experiencia en trastornos del espectro autista y otras neurodiversidades, o que colaboren con un profesional experto que cuente con experiencia relevante cuando trabajen con niños autistas/neurodivergentes de género diverso.
- 7.4- Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con niños de género diverso se comprometan con la formación continua en materia de diversidad de género del niño y su familia.
- 7.5- Recomendamos que los profesionales de la salud a cargo de evaluar a niños de género diverso tengan acceso y reciban información proveniente de múltiples fuentes para la evaluación.
- 7.6- Recomendamos que los profesionales de la salud a cargo de evaluar niños de género diverso tomen en cuenta los factores relevantes de desarrollo, funcionamiento neurocognitivo y habilidades lingüísticas.
- 7.7- Recomendamos que los profesionales de la salud a cargo de evaluar niños tomen en cuenta los factores que pueden dificultar que el niño y/o su familia/tutores exprese(n) con precisión el género/identidad de género.
- 7.8- Recomendamos que los profesionales de la salud estén dispuestos a derivar al niño de género diverso y a su familia/adultos responsables a interconsultas, psicoterapia, o ambas cosas cuando las familias y el profesional de la salud crean que hacerlo beneficiaría el bienestar y el desarrollo del niño y/o de su familia.
- 7.9- Recomendamos que los profesionales de la salud que brindan consultas, psicoterapia o ambas a niños de género diverso y sus familias/ adultos responsables trabajen con otros entornos y personas que sean importantes para que el niño desarrolle su resiliencia y bienestar emocional.
- 7.10- Recomendamos que los profesionales de la salud que brindan consultas, psicoterapia o ambas a niños de género diverso y sus familias/ adultos responsables les faciliten psico-educación sobre desarrollo de género apropiada a la edad.
- 7.11- Recomendamos que los profesionales de la salud informen a los niños de género diverso y a sus familias / tutores cuando el niño se acerca a la etapa de la pubertad sobre las posibilidades que brindan las intervenciones médicas de afirmación de género, los efectos de estos tratamientos sobre la fertilidad futura y las opciones disponibles para preservar la fertilidad.
- 7.12- Recomendamos que los padres / tutores y los profesionales de la salud apoyen a los niños que desean ser reconocidos por el género que concuerda con su percepción interna sobre su identidad de género.
- 7.13- Recomendamos que los profesionales de la salud y los padres / tutores apoyen a los niños en su exploración de género durante los años de su pre-pubertad, sin tener en cuenta la transición social.
- 7.14- Recomendamos que los profesionales de la salud discutan con las familias que lo solicitan los beneficios y riesgos potenciales de la transición social.
- 7.15- Sugerimos que los profesionales de la salud estén dispuestos a trabajar en forma colaborativa con otros profesionales y organizaciones para promover el bienestar de los niños de género diverso y minimizar las adversidades que pueden tener que enfrentar.

Wensing-Kruger, 2019). La investigación y la experiencia clínica indican que la diversidad de género en niños prepúberes puede, en algunos casos, ser fluida; que no existen formas confiables de predecir la evolución del género de un niño en particular (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013), y que las necesidades de un niño en particular con respecto a su género pueden variar durante el curso de la niñez.

Es importante comprender el significado del término “evaluación” (algunas veces, utilizado como sinónimo de “prueba”). Existen múltiples contextos donde utilizamos este término

(Krishnamurthy et al., 2004) incluso para referirnos a una evaluación rápida realizada ante una crisis inmediata (por ejemplo, evaluación de seguridad cuando un niño puede ser suicida) y evaluaciones focalizadas, cuando una familia puede tener una pregunta circunscripta, por lo general en el contexto de una consulta relativamente breve (Berg & Edwards-Leeper, 2018). El término evaluación incluso se utiliza en referencia a “evaluación diagnóstica”, que también puede denominarse “de admisión” y tiene el objetivo de determinar si existen problemas que puedan diagnosticarse y/o que pudieran beneficiarse con un proceso terapéutico.

Este capítulo se centra en evaluaciones integrales, que sirven para comprender las necesidades y objetivos del niño y su familia (APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). Este tipo de evaluación psicosocial no es necesaria para todos los niños de género diverso, pero puede solicitarse por diferentes razones. Las evaluaciones pueden brindar una oportunidad útil para comenzar un proceso de apoyo para un niño de género diverso y su familia, comprendiendo que el niño se beneficia cuando la dinámica familiar incluye la aceptación de su diversidad de género y con una orientación parental si lo solicita. Las evaluaciones integrales son apropiadas cuando las solicita la familia, para poder comprender las necesidades de género y salud mental de su hijo dentro del contexto de la diversidad de género.

En estas circunstancias, deben tenerse en cuenta antecedentes de problemas de salud mental en la familia, la dinámica familiar y el contexto social y cultural, ya que todos ellos impactan en el niño de género diverso (Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma, 2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Nos referiremos a este tema con mayor profundidad en el siguiente párrafo.

Es importante que los PS que trabajan con niños de género diverso hagan sus mejores esfuerzos para comprender diversos aspectos de la identidad y experiencia tanto del niño como de su familia, como, por ejemplo, la raza, la etnia, si es inmigrante o refugiado, la religión, aspectos geográficos y socio/económicos, y que sean respetuosos y sensibles al contexto cultural durante las interacciones en la consulta (Telfer et al., 2018). Muchos factores pueden ser relevantes para la cultura y el género, incluso para sus creencias religiosas, las expectativas en razón del género y el grado de aceptación a la diversidad de género (Oliphant et al., 2018). Las intersecciones entre la diversidad de género, la diversidad sociocultural y la condición de minoría pueden ser fuentes de fortaleza, de estrés

social, o ambos (Brown & Mar, 2018; Oliphant et al., 2018; Riggs & Treharne, 2016).

Cada niño, cada miembro de la familia y la dinámica familiar son únicos y están potencialmente envueltos en culturas y patrones de creencias múltiples. Por ello, los PS de todas las disciplinas deben evitar los estereotipos basados en ideas preconcebidas que pueden ser incorrectas o sesgadas (por ejemplo, la creencia de que una familia que es miembro de una congregación religiosa que se opone a aceptar la diversidad de género no brindará apoyo a su hijo en su diversidad de género) (Brown & Mar, 2018). Por el contrario, es esencial dirigirse a la familia abiertamente, y comprender que cada estructura familiar, y cada uno de sus miembros, son distintos.

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulado 7.1

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con niños de género diverso reciban capacitación y cuenten con experiencia en desarrollo de género y diversidad de género en niños, y que tengan conocimientos generales de diversidad de género a lo largo de toda la vida de una persona.

Los PS que trabajan con niños de género diverso deben capacitarse y mantener el entrenamiento y los certificados necesarios relativos a sus incumbencias profesionales. Ello incluye los grados académicos y/o certificaciones emitidas por instituciones acreditadoras nacionales y/o regionales. Reconocemos que las características específicas de las certificaciones y las regulaciones profesionales varían en distintos lugares del mundo, por ello, la formación básica,

una certificación, o ambas podrían resultar insuficientes para garantizar la competencia profesional necesaria para trabajar con niños de género diverso, dado que se requiere específicamente que los PS posean una formación exhaustiva y cuenten con experiencia supervisada en desarrollo y diversidad de género en niños para brindar una atención apropiada.

Postulado 7.2

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con niños de género diverso reciban formación teórica y basada en evidencia, y que desarrollen experiencia en salud mental general para niños y familias en todo el espectro del desarrollo.

Los PS deben recibir entrenamiento y contar con experiencia supervisada en el campo de la salud mental general para niños y familias en todo el espectro del desarrollo, desde la niñez, hasta la adolescencia, incluso en lo que respecta a evaluaciones basadas en evidencia y abordajes para intervenciones. La diversidad de género no constituye un trastorno de salud mental, pero, como ya lo mencionáramos precedentemente, sabemos que puede impactar negativamente en niños de género diverso (por ejemplo, por estrés de las minorías de género) (Hendricks & Testa, 2012). Dado que la exploración y el apoyo en estos casos puede ser beneficioso, contar con experiencia en salud mental es altamente recomendable. Trabajar con niños es complejo, porque implica comprender las necesidades de desarrollo en diferentes edades, la habilidad para entender los factores que tienen impacto en el bienestar del niño, tanto al interior como fuera del entorno familiar (Kaufman & Tishelman, 2018), y la habilidad para evaluar en profundidad cuando un niño no es feliz o experimenta dificultades de la salud mental significativas, ya sea relacionadas al género o no. Las investigaciones han detectado altos niveles de experiencias adversas y trauma en la comunidad de niños de género diverso, incluso susceptibilidad al rechazo y hasta maltrato (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-

Mascis, 2018). Los PS deben ser conocedores del potencial de las experiencias adversas y estar capacitados para iniciar las intervenciones efectivas que impidan el daño y promuevan un bienestar positivo.

Postulado 7.3

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con niños de género diverso reciban formación y desarrollen experiencia en trastornos del espectro autista y otras neurodiversidades, o que colaboren con un profesional experto que cuente con experiencia relevante cuando trabajen con niños autistas/neurodivergentes de género diverso.

La experiencia en diversidad de género en niños autistas, como así también en niños que presentan otras formas de neurodivergencias, puede implicar complejidades clínicas adicionales (de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et al., 2018). Por ejemplo, puede resultar difícil para los niños autistas defender por sí solos sus necesidades relativas al género, ya que pueden comunicarse en formas altamente individualistas (Kovalanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018). Pueden tener variadas interpretaciones de experiencias de género debido a sus habituales diferencias en la comunicación y estilo de pensamiento. Dadas las necesidades específicas de los niños de género diverso neurodivergentes, el riesgo de no ser comprendidos es alto (es decir, el riesgo de que se malinterprete su comunicación). Por lo tanto, los profesionales que atiendan a estos niños les brindarán un mejor servicio si están bien capacitados y desarrollan experiencia en autismo y otras presentaciones relacionadas al desarrollo neurológico y/o si colaboran con los especialistas en autismo (Strang, Meagher et al., 2018), dado que las investigaciones han demostrado que existen tasas más altas de autismo entre la juventud de género diverso que en la población general (de Vries et al., 2010; Hisle-Gorman et al., 2019; Shumer et al., 2015).

Postulado 7.4

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con niños de género diverso se comprometan con la formación continua en materia de diversidad de género del niño y su familia.

La capacitación profesional continua en materia de diversidad de género del niño y su familia puede obtenerse por diferentes medios, incluso a través de lecturas (de publicaciones, libros, páginas web vinculadas a organizaciones de género reconocidas), asistiendo a cursos, tanto presenciales como on-line, y formando parte de grupos de supervisión/consulta entre pares (Bartholomaeus et al., 2021).

La formación continua incluye: 1) mantenerse actualizado sobre las investigaciones relevantes disponibles en materia de desarrollo de género y diversidad de género en niños pre-puberales y diversidad de género a lo largo de toda la vida de las personas; 2) mantenerse actualizado en lo que respecta a las mejores prácticas para evaluar, brindar apoyo y tratar a los niños de género diverso y sus familias. Esta es un área relativamente nueva, a la que los profesionales de la salud deberán adaptarse, dado que continuamente surge información nueva gracias a las investigaciones y otras fuentes (Bartholomaeus et al., 2021).

Postulado 7.5

Recomendamos que los profesionales de la salud a cargo de evaluar a niños de género diverso tengan acceso y reciban información proveniente de múltiples fuentes para la evaluación.

Una evaluación integral, cuando se hace a pedido de la familia y/o de un PS puede resultar de utilidad para formular recomendaciones sobre intervenciones necesarias en beneficio del bienestar del niño y de otros miembros de su familia. Tal evaluación puede ser beneficiosa en una amplia variedad de situaciones en las que el niño y/o su familia/tutores, en forma conjunta con los prestadores, consideren que algún tipo de intervención podría contribuir. Jamás deben utilizarse las evaluaciones ni las intervenciones

como una forma encubierta o descubierta de desestimar las expresiones o identidad de género diverso de un niño. Por el contrario, si están a cargo de prestadores apropiadamente entrenados, las evaluaciones pueden constituir una forma efectiva de comprender mejor cómo brindar apoyo a un niño y a su familia sin privilegiar a alguna expresión o identidad de género en particular. La evaluación puede ser especialmente importante para algunos niños y sus familias porque contribuyen a promover la salud de género del niño, su bienestar y su realización personal.

Una evaluación integral puede facilitar el desarrollo de un plan personalizado para ayudar al niño prepuberal de género diverso y a los miembros de su familia (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al., 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al., 2018; Tishelman & Kaufman, 2018). En dicha evaluación, integrar la información proveniente de múltiples fuentes es importante para 1) comprender mejor las necesidades de género del niño y formular recomendaciones; y 2) identificar las áreas de fortaleza en el niño, su familia/tutores y la comunidad y el tipo de apoyo necesario según la condición de género y su desarrollo, como así también, los riesgos y problemas que presentan el niño, su familia/tutores y el entorno. La información, tanto para la evaluación como para planificar el apoyo/intervención, puede provenir del niño, de sus padres/tutores, de otros miembros de su familia, hermanos, personal de la escuela a la que asiste, PS, de la comunidad, de contextos culturales y legales más amplios y de otras fuentes ya mencionadas (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

Un PS a cargo de la evaluación de niños de género diverso debe explorar los temas relacionados al género, pero también debe observar al niño y su entorno, según lo propuesto por el modelo ecológico descrito anteriormente (Bronfenbrenner, 1979) para poder comprender en profundidad los factores que impactan en el bienestar del niño y las áreas en las que necesita apoyo o que constituyen un factor de riesgo (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa,

2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Ello incluye comprender las fortalezas y los desafíos que enfrentan el niño/su familia y que están presentes en su entorno. Recomendamos que los PS a cargo de evaluar niños de género diverso estén dispuestos a incorporar múltiples dominios de evaluación, según las necesidades y circunstancias del niño y su familia. Si bien algunos de estos dominios no tratan específicamente cuestiones de género en niños (ver puntos 7-12 más adelante), deben ser tenidos en cuenta en una evaluación de género, según el juicio clínico, para comprender la compleja red de factores que pueden estar afectando el bienestar del niño en forma integral, lo que incluye la salud de género, según las mejores prácticas para evaluaciones (APA, 2015; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al., 2018) y para desarrollar intervenciones de estrategias múltiples cuando son necesarias.

Resumiendo, según las investigaciones y experiencia clínica relevantes, los dominios de evaluación generalmente incluyen: 1) la identidad y expresión de género expresada por el niño, en el momento actual, y en el pasado; 2) evidencia de disforia, incongruencia de género, o ambas; 3) fortalezas y desafíos que presentan el niño, su familia, sus pares y terceros en lo que respecta a las creencias y actitudes acerca de la diversidad de género, de la aceptación y del apoyo al niño; 4) las experiencias de rechazo y estrés de las minorías de género, hostilidad, o ambas circunstancias vividas por el niño y su familia, debido a la diversidad de género del niño; 5) el nivel de apoyo a la diversidad de género en los contextos sociales que frecuenta (por ejemplo, en la escuela, comunidad religiosa, familia extendida); 6) evaluación de conflicto por el género del niño, y/o por la conducta de los padres/tutores/hermanos debido a la diversidad de género del niño; 7) salud mental del niño, fortalezas y desafíos que presentan la comunicación y/o la cognición, la neurodivergencia y/o las conductas que originan dificultades funcionales significativas; 8) antecedentes médicos y de desarrollo relevantes;

9) áreas que pueden implicar riesgos (por ejemplo, exposición a violencia doméstica y/o en la comunidad, todo tipo de maltrato infantil, antecedentes de trauma; seguridad y/o victimización con sus pares o en otros entornos; posibilidad de suicidio); 10) estresores familiares significativos concomitantes, tales como enfermedad crónica o terminal, falta de un hogar o pobreza; 11) enfermedad mental y/o problemas de conducta de un padre/tutor/hermano que ocasionan dificultades funcionales significativas; y 12) fortalezas y desafíos del niño y su familia.

Una evaluación exhaustiva, que incorpore múltiples formas de obtener información contribuye a comprender las necesidades, fortalezas, factores protectores y riesgos que presenta un niño en particular y su familia en todos los entornos (por ejemplo, en el hogar/ en la escuela). Los métodos para obtener información habitualmente incluyen 1) entrevistas al niño, a miembros de su familia y a terceros (por ejemplo, a maestros), en forma estructurada o no estructurada; 2) evaluación estandarizada en el niño y sus cuidadores respecto a cuestiones de género, el bienestar general del niño, las habilidades comunicacionales y cognitivas del niño, como también de los trastornos/discapacidades del desarrollo; apoyo y aceptación de los padres/tutores, hermanos, familia extendida y los pares; estrés en los padres; antecedentes de adversidades en la niñez; y/u otros problemas que se consideren pertinentes (APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

Según las características de la familia, del perfil de desarrollo del niño, o de ambas cuestiones, podría resultar beneficioso incluir otros métodos para obtener información, tales como 1) observación del niño y/o de la familia, en forma estructurada o no estructurada; y 2) utilización de técnicas estructuradas con apoyo visual (hojas de trabajo, autorretratos, dibujos de la familia, etc.) (Berg & Edwards-Leeper, 2018).

Postulado 7.6

Recomendamos que los profesionales de la salud a cargo de evaluar niños de género diverso

tomen en cuenta los factores relevantes de desarrollo, funcionamiento neurocognitivo y habilidades lingüísticas.

Dadas las complejidades que presenta la evaluación de niños que, a diferencia de las personas adultas, están en proceso de desarrollo en un amplio rango de dominios (cognitivo, social, emocional, psicológico), es importante considerar el estadio del desarrollo del niño y orientar las modalidades e interacciones evaluativas a sus habilidades individuales. Ello implica adecuar la evaluación al estadio evolutivo del niño y a sus destrezas (pre-escolar, escolar, pubertad temprana previa a la adolescencia), incluso utilizando lenguaje y abordajes que prioricen la comodidad del niño, sus habilidades lingüísticas y sus medios de expresión. (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). Por ejemplo, factores evolutivos relevantes, tales como las diferencias neurocognitivas (por ejemplo, condiciones del espectro autista), y habilidades de lenguaje receptivo y expresivo deben tenerse en cuenta al conducir la evaluación. Los profesionales de la salud deberán solicitar ayuda a los especialistas si no cuentan ellos mismos con las competencias especializadas para hacerlo (Strang et al., 2021).

Postulado 7.7

Recomendamos que los profesionales de la salud a cargo de evaluar niños tomen en cuenta los factores que pueden dificultar que el niño y/o su familia/tutores exprese(n) con precisión el género/identidad de género

Los PS a cargo de evaluar a los niños de género diverso y a sus familias deben detectar los factores del desarrollo, emocionales y del entorno que pueden dificultar que el niño, los adultos responsables, sus hermanos u otros terceros se expresen con relación al género o que ejerzan influencia sobre sus sistemas de creencias (Riggs & Bartholomaeus, 2018). Tal como ocurre en todas las evaluaciones psicológicas en niños, las reacciones del entorno y de su familia/adultos responsables (por ejemplo, los castigos), y/o determinados factores sociales y cognitivos pueden influir sobre la disposición del niño y/o

sobre su habilidad para discutir directamente ciertos temas, como la identidad de género y cuestiones vinculadas a la misma (Srinath, 2019). En forma similar, los miembros de la familia pueden sentirse cohibidos para expresar sus preocupaciones e ideas libremente, lo que depende de los conflictos o dinámicas familiares y/u otras influencias (por ejemplo, culturales / religiosas; presión de la familia extendida) (Riggs & Bartholomaeus, 2018).

Postulado 7.8

Recomendamos que los profesionales de la salud estén dispuestos a derivar al niño de género diverso y a su familia/adultos responsables a interconsultas, psicoterapia, o ambas cosas cuando las familias y el profesional de la salud crean que hacerlo beneficiaría el bienestar y el desarrollo del niño y/o de su familia.

El objetivo de la psicoterapia no ha de ser modificar la identidad de género del niño (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Consejo de Derechos Humanos de la ONU, 2020), ni en forma solapada, ni abiertamente. No todos los niños de género diverso o sus familias necesitan consultar a un PSM, dado que la diversidad de género no es un trastorno de la salud mental (Sociedad de Endocrinología Pediátrica, 2020; Telfer et al., 2018). Sin embargo, suele ser apropiado y beneficioso recurrir a la psicoterapia cuando hay distrés o cuando los padres expresan su preocupación por mejorar la salud psicosocial y evitar distrés a futuro (APA, 2015). Algunas de las razones habituales que llevan a que un niño de género diverso y su familia recurran a la psicoterapia son 1) porque el niño manifiesta conflictos significativos, confusión, estrés o distrés debido a su identidad de género o necesita un espacio protegido donde explorar su género (Ehrensaft, 2018; Spivey and Edwards-Leeper, 2019); 2) porque el niño sufre presión externa para expresar su género de forma que entra en conflicto con su autoconocimiento, deseos y creencias (APA, 2015); 3) porque el niño está confrontando sus problemas de salud mental, relacionados o no con su género (Barrow

& Apostle, 2018); 4) porque el niño se beneficiará del fortalecimiento de su resiliencia al enfrentarse a las respuestas negativas de su entorno a su identidad o presentación de género (Craig & Auston, 2018; Malpas et al., 2018); 5) porque el niño puede estar sufriendo problemas de salud mental y/o ambientales, incluso problemas del sistema familiar que pueden ser malinterpretados como congruencia o incongruencia de género (Berg & Edwards-Leeper, 2018); y 6) el niño expresa su deseo de consultar a un PSM para que lo ayude con sus cuestionamientos de género. En estas situaciones, la psicoterapia se enfocará en apoyar al niño, entendiendo que, de ser necesario, se incluirá en la consulta al / a los padre(s) / quien(es) lo tiene(n) a cargo y hasta a otros miembros de la familia (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). A menos que esté contraindicado, es extremadamente útil que los padres / tutores participen en el proceso de psicoterapia que encara el niño prepuberal, ya que los factores familiares suelen ser clave para el bienestar del niño. Si bien las investigaciones en niños de género diverso son relativamente escasas, parece importante prestar atención a la relación existente entre el niño de género diverso y sus hermanos (Pariseau et al., 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021).

Los PS deben recurrir a intervenciones personalizadas, adecuadas a las necesidades individuales del niño, con el objeto de 1) fomentar el desarrollo de habilidades sociales y emocionales protectoras que promuevan la resiliencia para enfrentar posibles reacciones negativas a la identidad de género del niño, a su expresión o a ambas (Craig & Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021); 2) solucionar los desafíos sociales en forma colaborativa para reducir el estrés de las minorías de género (Barrow & Apostle, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018); 3) fortalecer la contención del entorno, para el niño y/o los miembros de su familia cercana o extendida (Kaufman & Tishelman, 2018); y 4) brindarle al niño una oportunidad para que pueda comprender mejor sus experiencias de género internas. (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018;

Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Es de utilidad que los PS construyan una relación perdurable con el niño de género diverso y su familia, ya que ello permitirá que el niño/su familia establezcan una relación de confianza durante toda la niñez, en la que el PS pueda ayudar y guiar al niño hasta su madurez, ya que podrían surgir desafíos o necesidades potencialmente diferentes para el niño/su familia (Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016). Por otra parte, y si se cuenta con los recursos necesarios, lo más apropiado para un niño neurodivergente es que un PS capacitado para tratar tanto las divergencias de género como las derivadas del neurodesarrollo trate ambas cuestiones (Strang et al., 2021).

Tal como se describe en la literatura, existen numerosas razones por las cuales los padres/tutores, hermanos y miembros de la familia extendida de un niño prepuberal pueden considerar que es útil recurrir a la psicoterapia para ellos mismos (Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Como se sintetiza más adelante, algunos de los catalizadores más comunes para buscar ese tratamiento ocurren cuando uno o más miembros de la familia 1) desean recibir información sobre el desarrollo de género (Spivey & Edwards-Leeper, 2019); 2) sufren confusión significativa o estrés debido a la identidad y/o expresión de género del niño (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018); 3) necesitan que los guíen en sus preocupaciones emocionales y conductuales debidas al niño de género diverso (Barrow & Apostle, 2018; 4) necesitan apoyo para promover entornos afirmantes fuera del hogar (por ejemplo, en la escuela, en los campos de deportes) (Kaufman & Tishelman, 2018); 5) buscan ayuda para tomar decisiones informadas sobre la transición social, incluso sobre cómo llevarla adelante de forma que sea óptima para el desarrollo y la salud de género del niño (Lev & Wolf-Gould, 2018); 6) buscan asesoramiento para lidiar con la condena de terceros, incluso con las entidades políticas y sus legislaciones en lo que respecta al apoyo a la causa de niños de género diverso (reacciones

negativas dirigidas hacia los padres / tutores, que pueden incluir algunas veces rechazo y/o violencia/abuso por parte del entorno social provocadas por las decisiones afirmantes (Hidalgo & Chen, 2019); 7) buscan procesar sus propias reacciones emocionales y sus necesidades debidas a la identidad de género de su hijo, incluso sus sentimientos de pena, miedos y ansiedades por el bienestar presente y futuro del niño (Pullen Sansfaçon et al., 2019); y 8) sufren estrés emocional y/o entran en conflicto con otros miembros de la familia por la diversidad de género de su hijo (si es necesario, el PS puede agendar sesiones por separado para los padres / tutores, hermanos y miembros de la familia extendida, para brindarles apoyo, guía y/o psicoeducación) (McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019).

Postulado 7.9

Recomendamos que los profesionales de la salud que brindan consultas, psicoterapia o ambas a niños de género diverso y sus familias/adultos responsables trabajen con otros entornos y personas que sean importantes para que el niño desarrolle su resiliencia y bienestar emocional.

En concordancia con el modelo ecológico descrito anteriormente y, como es apropiado, en base a circunstancias individuales/familiares, es extremadamente beneficioso que los PS prioricen la coordinación con terceros relevantes en la vida del niño (por ejemplo, con maestros, entrenadores, líderes religiosos) para promover la seguridad física y emocional en todos los entornos (por ejemplo, en la escuela, en los deportes y otras actividades recreativas, en entidades religiosas) (Kaufman & Tishelman, 2018). Se recomiendan los grupos terapéuticos y/o de apoyo como recursos valiosos para las familias / personas que tienen a cargo al niño y/o para los mismos niños de género diverso (Coolhart, 2018; Horton et al., 2021; Malpas et al., 2018; Murchison et al., 2016).

Postulado 7.10

Recomendamos que los profesionales de la salud que brindan consultas, psicoterapia o ambas a niños de género diverso y sus familias/adultos responsables les faciliten psicoeducación sobre desarrollo de género apropiada a la edad.

Los padres / tutores y el niño de género diverso deben tener la oportunidad de desarrollar su conocimiento en lo que concierne a las formas en las que las familias / tutores pueden brindarle al niño su mejor acompañamiento para maximizar la resiliencia, la auto-conciencia y el funcionamiento (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). No es posible, ni tampoco es el rol del PS predecir con certeza cuál será la identidad de género definitiva del niño; por el contrario, la tarea de los PS consiste en brindarles un espacio seguro para el desarrollo y la evolución de la identidad del niño en el tiempo, sin intentar dar prioridad a alguna trayectoria en particular en lo que respecta al género (APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Los niños y adolescentes jóvenes de género diverso tienen necesidades y experiencias social y fisiológicamente distintas de las de los adolescentes mayores, y tales diferencias deben verse reflejadas en el abordaje individualizado que propone el PS para cada niño / familia (Keo-Meir & Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021).

Los padres / tutores y sus hijos también deben tener la oportunidad de desarrollar su conocimiento sobre el desarrollo del género, a través de una psicoeducación con información apropiada para su edad. (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). El conocimiento de género implica comprender las diferencias entre sexo asignado al nacer, identidad de género, y expresión de género, incluyendo las formas en las que estos tres factores se unen en el niño en una forma particular (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). A medida que el niño va ganando conocimientos en materia de género, comienza a entender que las partes de su cuerpo no

necesariamente definen su identidad y/o su expresión de género (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). El conocimiento en materia de género también implica aprender a identificar los mensajes y experiencias relativas al género dentro de la sociedad. A medida que el niño adquiere ese conocimiento, puede observar cómo se desarrollan tanto su identidad como su expresión de género con una mirada más positiva, lo que promueve la resiliencia y la autoestima y disminuye el riesgo de avergonzarse frente a mensajes negativos provenientes del entorno. Adquirir conocimientos en materia de género a través de la psicoeducación también puede ser importante para los hermanos y/o miembros de la familia extendida relevantes para el niño (Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021).

Postulado 7.11

Recomendamos que los profesionales de la salud informen a los niños de género diverso y a sus familias / tutores cuando el niño se acerca a la etapa de la pubertad sobre las posibilidades que brindan las intervenciones médicas de afirmación de género, los efectos de estos tratamientos sobre la fertilidad futura y las opciones disponibles para preservar la fertilidad.

A medida que el niño madura y se acerca a la pubertad, los PS deben priorizar el trabajo con los niños y sus padres / tutores para integrar la psicoeducación sobre la pubertad, hacerlos participar de la toma de decisiones sobre las posibles intervenciones médicas de afirmación de género y conversar sobre las implicancias de los tratamientos médicos sobre la fertilidad y la salud reproductiva (Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021). Aunque contamos con investigación empírica limitada para evaluar tales intervenciones, el consenso de los expertos y la literatura sobre psicología del desarrollo avalan la noción de que la comunicación abierta con los niños al referirse a sus cuerpos y prepararlos para los cambios fisiológicos de la pubertad, junto a la aceptación afirmante de género, promueven la resiliencia y contribuyen a fomentar una

sexualidad positiva durante la maduración del niño hacia la adolescencia (Spencer, Berg et al., 2019). Todas estas discusiones pueden extenderse (por ejemplo, iniciándose más tempranamente) para incluir a niños neurodivergentes, para asegurarse de contar con el tiempo suficiente para la reflexión y la comprensión, en especial porque podrían surgir elecciones en lo que respecta a futuras intervenciones médicas de afirmación de género (Strang, Jarin et al., 2018). Estas discusiones podrían incluir los siguientes temas:

- Revisión de las partes del cuerpo y sus diferentes funciones;
- Formas en que cambia el cuerpo de un niño con el correr del tiempo, con o sin intervenciones médicas;
- Impacto de las intervenciones médicas sobre el funcionamiento sexual y la fertilidad;
- Impacto de la supresión de la pubertad sobre las potenciales intervenciones médicas en el futuro;
- Aceptación de la falta de datos clínicos en la actualidad, en ciertas áreas, con referencia a las consecuencias de la supresión de la pubertad;
- Importancia de la educación sexual apropiada antes del comienzo de la pubertad.

Durante estas conversaciones, se debe utilizar un lenguaje y estilos de enseñanza apropiados a la etapa de desarrollo, y éstas deben orientarse a las necesidades específicas de cada niño (Spencer, Berg et al., 2021).

Postulado 7.12

Recomendamos que los padres / tutores y los profesionales de la salud apoyen a los niños que desean ser reconocidos por el género que concuerda con su percepción interna sobre su identidad de género.

La transición social de género es el proceso por el cual un niño es reconocido por otros según la identidad de género afirmada, lo que le da la oportunidad de vivirla públicamente, ya sea en todas las situaciones o en ciertas situaciones, sin

parámetros o acciones específicas (Ehrensaft et al., 2018).

En el pasado, la transición social de género se concebía como binaria – una niña transicionaba a niño, un niño, a niña. El concepto se ha expandido, de modo de incluir a niños que cambian a no-binarios o a una iteración propia de identidad de género (Chew et al., 2020; Clark et al., 2018). Las investigaciones recientes dan cuenta de que el proceso de transición social puede cumplir una función protectora para algunos niños pre-puberales, y sirve para promover una salud mental positiva y el bienestar (Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016). Por consiguiente, reconocer que el género del niño puede fluir y desarrollarse con el correr del tiempo (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013) no es justificación suficiente para denegar u obstaculizar la transición social de un niño pre-puberal cuando ello podría ser beneficioso. La evolución de la identidad de género puede continuar, aún después de que se haya dado un proceso de transición social parcial o completo (Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et al., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al., 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Aunque los datos empíricos siguen siendo limitados, las investigaciones dan cuenta de que los niños que son más asertivos respecto de su diversidad de género son más propensos a persistir en una identidad de género diverso en el tiempo, incluso aquellos niños que hicieron la transición social antes de la pubertad (Olson et al., 2022; Rae et al., 2019; Steensma, McGuire et al., 2013). Por lo tanto, al considerar la transición social, sugerimos que los padres / tutores y los PS presten especial atención a los niños que, en forma consistente y a menudo persistente, articulan una identidad de género que no es congruente con el sexo asignado al nacer. Ello incluye a los niños que piden explícitamente o desean ser reconocidos socialmente por el género que perciben más congruente con su identidad de género y/o a los niños que evidencian distrés cuando consideran que el género que autoperciben es incongruente

con el sexo asignado al nacer (Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013).

A pesar de la escasez de literatura empírica referente a las mejores prácticas para los procesos de transición social, las publicaciones clínicas y la experiencia permiten formular la siguiente guía que prioriza el interés superior del niño (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018): 1) la transición social debe surgir del niño, y debe reflejar sus deseos en el proceso de tomar la decisión para iniciarla; 2) puede contar con la colaboración de un PS que lo ayude a explorar las ventajas/beneficios, y los potenciales desafíos de la transición social; 3) la transición social puede darse en todos los contextos/ entornos, o solamente en algunos específicos (por ejemplo, en la escuela, en el hogar); y 4) el niño puede optar por hacer pública su transición social o no hacerla, o puede designar, por lo general con la ayuda de sus padres / tutores a un grupo selecto de personas con quienes compartir la información.

En síntesis, la transición social, cuando se da, debe servir al bienestar del niño, si se hace en forma concienzuda e individualizada para cada niño. La transición social en el niño (y también la transición de género) puede evolucionar con el correr del tiempo; no es necesariamente estática, sino que refleja la intersección del autoconocimiento del niño respecto de su identidad de género actual y las acciones deseadas para expresar esa identidad (Ehrensaft et al., 2018).

El proceso de transición social puede incluir una o más acciones diferentes consistentes con el género afirmado por el niño (Ehrensaft et al., 2018), las que incluyen:

- Cambio de nombre;
- Cambio de pronombres;
- Cambio registral de sexo/género (por ejemplo, certificado de nacimientos, documento de identidad, pasaporte, documentos escolares y médicos, etc.);
- Participación en programas que incluyen división según el género (por ejemplo, equipos deportivos, clubes y campamentos recreativos, escuelas, etc.);

- Uso de los baños y de los vestuarios correspondientes al género afirmado;
- Expresión personal (por ejemplo, peinado, vestimenta, etc.);
- Comunicación del género afirmado a terceros (por ejemplo, en las redes sociales, en el aula, o en anuncios escolares, por carta a la familia extendida o a los contactos sociales; etc.).

Postulado 7.13

Recomendamos que los profesionales de la salud y los padres / tutores apoyen a los niños en su exploración de género durante los años de su pre-pubertad, sin tener en cuenta la transición social.

Es importante que los niños que hayan decidido hacer la transición social cuenten con las mismas oportunidades que otros niños de continuar evaluando significaciones y expresiones de género a lo largo de toda la niñez (Ashley 2019e; Spencer, Berg et al., 2021). Algunas investigaciones determinaron que los niños pueden experimentar fluidez de género, y hasta detransición luego de una transición social inicial. Las investigaciones no fueron concluyentes sobre el momento de la vida en que es más probable que se den las detransiciones, o qué porcentaje de jóvenes experimentarán fluidez de género y/o deseo de detransicionar -por razones de evolución de género, u otras causas potenciales (por ejemplo, problemas de seguridad, estrés de las minorías de género) (Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013). Una investigación reciente reportó que, en los Estados Unidos, la detransición ocurre en un pequeño porcentaje de jóvenes, transcurridos cinco años luego de la transición social binaria (Olson et al., 2022); Un mayor seguimiento de estos casos sería de gran utilidad. También es importante replicar estos hallazgos, dado que este estudio se realizó sobre una muestra de participantes autoconvocados en los Estados Unidos, por lo que no puede extrapolarse a todos los niños de género diverso. En síntesis, contamos con una capacidad limitada para predecir la forma en que evolucionarán la identidad y la expresión de género de un niño,

dado que pueden cambiar en el tiempo, y tampoco podemos predecir si o por qué pueden detransicionar. Además, no todos los niños de género diverso desean explorar su género (Telfer et al., 2018). No se espera que los niños cisgénero lo hagan, por lo tanto, intentar forzarlo en niños de género diverso, si no está indicado o es solicitado, puede sentirse patologizante, intrusivo y/o cisnormativo (Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomaeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018).

Postulado 7.14

Recomendamos que los profesionales de la salud discutan con las familias que lo solicitan los beneficios y riesgos potenciales de la transición social.

La transición social en niños pre-púberes consiste en una variedad de elecciones, puede ocurrir como un proceso que lleva tiempo, es individualizada y se basa en los deseos del niño y otras consideraciones psicosociales (Ehrensaft, 2018), y se trata de una decisión que debe plantear una discusión sobre los posibles beneficios y desafíos.

La transición social puede conllevar potenciales beneficios, como se describe en las publicaciones clínicas (por ejemplo, Ehrensaft et al., 2018) apoyadas por las investigaciones (Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019). Éstos incluyen facilitar la congruencia de género y al mismo tiempo reducir la disforia de género y mejorar la adaptación psicosocial y el bienestar (Ehrensaft et al., 2018). Los estudios indicaron que los niños de género diverso que encararon la transición social presentaban en gran medida las mismas características de salud mental que sus hermanos y pares cisgénero de la misma edad (Durwood et al., 2017). Estos hallazgos difieren marcadamente de los problemas de salud mental que surgieron en investigaciones anteriores en niños y adolescentes de género diverso (Barrow & Apostle, 2018) y sugieren que el impacto de la transición social puede ser positivo. Además, la transición social en niños por lo general sólo puede darse con el apoyo y aceptación de los padres / tutores, lo que también ha demostrado facilitar el bienestar de los niños de género

diverso (Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019), aunque otras formas de apoyo, como la de la escuela, también se identificaron como importantes (Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021). Los PS deben discutir los beneficios potenciales de la transición social con los niños y sus familias en situaciones en las que 1) existe una articulación consistente y estable de una identidad de género que es incongruente con el sexo asignado al nacer (Fast & Olson, 2018). Esto debe diferenciarse de las expresiones / conductas / intereses de género diverso (por ejemplo, jugar con determinados juguetes, expresarse por medio de vestimenta o apariencia y/o realizar actividades socialmente definidas y típicamente asociadas con el otro género en un modelo de género binario) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018); 2) el niño expresa un fuerte deseo o necesidad de transicionar al género que siente como su género auténtico (Ehrensaft et al., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019); y 3) el niño estará seguro emocional y físicamente durante la transición y luego de la misma (Brown & Mar, 2018). Se deben tener en cuenta los prejuicios y la discriminación, especialmente en lugares donde la aceptación de la diversidad de género es limitada o está prohibida (Brown & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King et al., 2021). Cabe destacarse que un niño de género diverso que no encara la transición social puede correr riesgos de 1) ser condenado al ostracismo o ser sometido a bullying por percibirse como no conformante con los roles de géneros establecidos en la comunidad y/o con los patrones de conducta socialmente esperados; y 2) vivir con el estrés o distrés interno porque el género que él siente es incongruente con el género que se le pide que exprese frente al mundo.

Para promover la salud de género, el PS debe plantear los potenciales desafíos de la transición social. Una preocupación recurrente se refiere al miedo de que el niño quede imposibilitado, considerando la posible evolución de su identidad de género a medida que madure, o que esté reticente a iniciar otra transición de género, aún si ya no considera que su transición social es

congruente con su identidad de género actual (Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori & Steensma, 2016). Aunque son limitadas, las investigaciones recientes dan cuenta de que algunos padres / tutores de niños que han hecho la transición social pueden discutir con sus hijos la opción de nuevas iteraciones de género (por ejemplo, la reversión a una expresión de género anterior) y se sienten cómodos con esta posibilidad (Olson et al., 2019). Otra preocupación usualmente identificada con respecto a la transición social es que el niño pueda sufrir secuelas negativas si revierte a la identidad de género anterior, que es congruente con el sexo asignado al nacer (Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Desde este punto de vista, los padres / tutores deben estar atentos a los efectos potenciales del desarrollo de la transición social en el niño.

Los PS deben guiar a los padres / tutores y apoyar al niño cuando se considere o se inicie una transición social de género 1) brindándoles asesoramiento, evaluación y apoyo de género cuando es necesario y solicitado por los padres / tutores; 2) ayudando a los miembros de la familia, si es necesario, para que comprendan los deseos de transición social del niño y los propios sentimientos de los miembros de la familia acerca de los deseos expresados por el niño; 3) explorando con y aprendiendo de los padres / tutores si creen y cómo creen que la transición social beneficiaría al niño tanto en el momento actual como durante el desarrollo; 4) guiándolos, cuando los padres / tutores no están de acuerdo con la transición social, y ofreciéndoles la oportunidad de trabajar en conjunto en la comprensión consistente de la condición y necesidades de género de su hijo; 5) guiándolos sobre las formas seguras y favorables para expresar públicamente la transición social de su hijo frente a terceros, y para que se le facilite al niño la transición en varios entornos sociales (por ejemplo, en la escuela, en la familia extendida); 6) facilitando la comunicación, cuando el niño lo desea, con sus pares acerca del género y de la transición social, como también fortaleciendo las relaciones positivas entre pares; 7) guiándolos,

cuando la transición social no es socialmente aceptada o segura, ya sea en todos los entornos, o en situaciones específicas, o cuando el niño tiene dudas sobre iniciar la transición a pesar de desear hacerlo; las dudas pueden deberse a distintas causas, incluso miedos y ansiedades; 8) trabajando colaborativamente con los miembros de la familia y los PSM para facilitar la transición social de forma que resulte óptima para el desarrollo de género en curso del niño, para el bienestar general y para la seguridad física y emocional; y 9) brindando psicoeducación sobre las múltiples y diferentes trayectorias que puede recorrer el género del niño a lo largo del tiempo, dejando caminos abiertos para futuras iteraciones de género y enfatizar en que no es necesario predecir la identidad de género en el futuro de un niño en particular (Malpas et al., 2018).

Todas estas tareas incluyen mejorar la calidad de las comunicaciones entre el niño y los miembros de su familia y brindarles la oportunidad de que todos los miembros de la familia involucrados oigan y escuchen al niño. Estos procesos relacionales a su vez facilitan el éxito de los padres / tutores al tomar decisiones informadas sobre la conveniencia y/o los parámetros de la transición social para el niño (Malpas et al., 2018).

Una de las funciones de los PS es brindar asesoramiento y apoyo en situaciones en las que el niño y sus padres / tutores desean proceder a la transición social pero se dan cuenta de que el entorno social no aceptaría esas elecciones, 1) contribuyendo a que los padres / tutores definan y presenten espacios seguros en los cuales el niño pueda expresar su género auténtico libremente; 2) discutiendo con los padres / tutores diferentes formas que permitan aumentar la posibilidad de que el entorno social sea positivo en el futuro, si ese es un objetivo realista; 3) interviniendo, si es necesario, para ayudar al niño / su familia frente al estrés y/o la vergüenza provocada por la represión continua de la identidad de género auténtica y la necesidad de mantenerla en secreto; y 4) construyendo la resiliencia, tanto para el niño como para su familia, insistiendo en el concepto de que si es difícil que el entorno social acepte la

transición social del niño y su identidad de género afirmada, no es por una deficiencia del niño, sino por falta de competencia en materia de género en el entorno social (Ehrensaft et al., 2018).

Postulado 7.15

Sugerimos que los profesionales de la salud estén dispuestos a trabajar en forma colaborativa con otros profesionales y organizaciones para promover el bienestar de los niños de género diverso y minimizar las adversidades que pueden tener que enfrentar.

Todos los niños tienen derecho a recibir apoyo y respeto por sus identidades de género (Campaña por los Derechos Humanos, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). Como se destacó anteriormente, los niños de género diverso constituyen un grupo particularmente vulnerable (Barrow & Apostle, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2007; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Ristori & Steensma, 2016; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Las responsabilidades de los PS en su función de defensores comprenden aceptar que los determinantes sociales de la salud son críticos para las minorías marginalizadas (Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012). Los PS se comprometen a defender y apoyar al niño y a su familia (APA, 2015; Malpas et al., 2018).

Algunos PS pueden ser convocados para defender a los niños de género diverso en el ámbito de la comunidad ampliada, fuera de los límites de sus consultorios particulares o de los programas de los que son parte, por lo general, formando asociaciones con partes interesadas, que incluyen padres / tutores, aliados y jóvenes (Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009). Estos esfuerzos pueden servir para mejorar la salud de género del niño y promover sus derechos civiles (Lopez et al., 2017).

Las voces de los PS pueden ser esenciales en las escuelas, en los cuerpos parlamentarios, en las cortes de justicia, y en los medios (Kupalanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). Por otra parte, los PS pueden ejercer un rol de defensa más generalizado al aceptar y abordar la frecuente negación intencional o sin intención de la experiencia de los niños de género diverso que puede ser transmitida o comunicada por los adultos, los pares, o los medios (Rafferty et al., 2018). Los profesionales que estén preparados y se vean en situaciones apropiadas, pueden formular expresiones despatologizantes claras sobre las necesidades y los derechos de los niños de género diverso y sobre el daño que causan las regulaciones, las leyes y las normas discriminatorias y transfóbicas (Rafferty et al., 2018).

CAPÍTULO 8 - Personas No Binarias

La expresión no binario se utiliza como un término paraguas para referirse a las personas que experimentan su género como no perteneciente al género binario. Se asocia predominantemente, aunque no exclusivamente, con los contextos mundiales del norte global y puede algunas veces utilizarse para describir géneros indígenas y géneros no occidentales. El término no binario incluye a las personas cuyos géneros comprenden más de una identidad de género simultáneamente o en diferentes momentos (por ejemplo, bi-género), a quienes no tienen identidad de género o tienen una identidad de género neutral (por ejemplo agénero o neutral), a quienes tienen identidades de género que comprenden o mezclan elementos de otros géneros (por ejemplo, poli-género, demi-chico, demi-chica) y/o a quienes tienen un género que cambia con el tiempo (por ejemplo género fluido) (Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019). Las personas no binarias pueden identificarse en grados variables con géneros binarios, por ejemplo, hombre/mujer no binario, o con múltiples términos de género, por ejemplo, no-binario y de género fluido (James et al., 2016; Kuper et al., 2012). No binario también funciona como identidad de género por su propio derecho (Vincent, 2020). Es importante destacar que esta no es una lista exhaustiva: las mismas identidades pueden tener distintos significados para diferentes personas, y el uso de los términos puede variar con el correr del tiempo o según el lugar donde se utilizan.

Género queer, término utilizado por primera vez en los años '90, describe una categoría algo más antigua que no binario, que apareció hacia fines de los años 2000 (Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995). Género queer puede utilizarse algunas veces como sinónimo de no binario o puede comunicar una dimensión específica conscientemente politizada del género de una persona. Si bien la palabra transgénero se utiliza en muchos contextos culturales como un término paraguas que incluye a las personas no binarias, no todas ellas se consideran a sí mismas como

transgénero, debido a una variedad de razones que incluyen que, a su entender, ser transgénero significa exclusivamente ser de género binario, o porque no se sienten “suficientemente trans” como para describirse como transgénero (Garrison, 2018). Algunas personas no binarias no están seguras o tienen sentimientos ambivalentes acerca de describirse como transgénero (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

En el contexto de la lengua inglesa, las personas no binarias pueden utilizar los pronombres *they / them / theirs*, o neo-pronombres que incluyen *el/leir, zel/zir/hir, er/ers/erself* entre otros (Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018). Algunas personas no binarias utilizan una combinación de pronombres (ya sea mezclando el uso deliberadamente, permitiendo la libre elección, o cambiándola según el contexto social), o prefieren evitar los pronombres de género explícito directamente, usando sus nombres en lugar de éstos. Además, algunas personas no binarias usan las palabras *she/her/hers*, o *he/him/his* en algunas oportunidades o exclusivamente, mientras que en algunas regiones del mundo el lenguaje descriptivo de las personas no binarias (todavía) es inexistente. En contextos externos al inglés, se puede observar una amplia variedad de adaptaciones y evoluciones lingüísticas específicas de la cultura del lugar (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). Asimismo, cabe destacar que algunos idiomas utilizan un pronombre que no lleva marca de sexo o género, mientras que otros asignan género a todos los sustantivos. Estas variaciones lingüísticas podrían ejercer influencia sobre la experiencia de género de las personas no binarias y cómo ellas interactúan con otros.

Estudios recientes sugieren que las personas no binarias constituyen aproximadamente entre el 25 y más del 50% de la población transgénero más amplia, donde el mayor porcentaje está representado por los jóvenes (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020). En estudios recientes sobre personas transgénero adultas, las personas no binarias tienden a ser más jóvenes que los hombres y mujeres transgénero, y en estudios sobre personas jóvenes y adultas, las

personas no binarias tienen mayor probabilidad de ser asignadas femeninas al nacer (AFAB, por su sigla en inglés). Sin embargo, estos hallazgos deben ser interpretados con precaución, ya que es probable que existan factores socioculturales complejos que ejerzan una influencia sobre la calidad, representatividad y precisión de estos datos (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021) (Ver también Capítulo 3 - Estadísticas de Población).

Comprender las identidades de género y las expresiones de género como un espectro no lineal.

Los géneros no binarios han sido reconocidos históricamente y en todas las culturas (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017). Muchas categorías de identidad de género son culturalmente específicas y no pueden traducirse fácilmente de un contexto a otro, ya sea por cuestiones lingüísticas o por la dificultad de relacionarlas con el paradigma de género occidental. Las históricas interacciones entre los colonizadores y los indígenas que presentaban géneros no-occidentales continúan siendo altamente relevantes dado que el borramiento cultural y las intersecciones de racismo y cisnormatividad podrían perjudicar la información suministrada acerca de los determinantes sociales de la salud de las personas indígenas de género diverso. A partir de los años '50, se utiliza el género para referenciar la categorización de comportamientos, actividades, apariencia, etcétera como un constructo social, en relación con un modelo binario de macho/hombre/masculino y hembra/mujer/femenino circulante dentro de los contextos occidentales contemporáneos. No obstante ello, el concepto de género es mucho más abarcativo y contempla conceptos interrelacionados y distinguibles que incluyen la biología de género (sexo), roles de género, expresiones de género, e identidad de género (Vincent, 2020). Es posible que personas de cualquier tipo de identidad de género, ya sea no

binario o no, expresen legítimamente aspectos de género que podrían interpretarse en la cultura tradicional como “masculino”, “femenino” o “andrógino”. Por ejemplo, una persona no binaria que presenta comportamiento femenino no debe necesariamente ser identificada como mujer o acceder a intervenciones asociadas con mujeres transgénero tales como la vaginoplastia. La no conformidad de género en relación con las expectativas culturales no debería ser vista como motivo de preocupación ni asumirse como indicativo de complejidad clínica -como, por ejemplo, en el caso de una persona no binaria que fue asignada masculina al nacer (AMAB, por sus siglas en inglés), que se viste con ropas rotuladas como femeninas, utiliza los pronombres “ella y su”², pero conserva un nombre de pila codificado como masculino.

Entender al género como un espectro permite mayores matices que el modelo binario. Sin embargo, aún existen limitaciones significativas del modelo de espectro lineal que pueden dar origen a generalizaciones sin sentido crítico acerca del género. Por ejemplo, aunque resulta intuitivo ubicar las “opciones binarias” (hombre/masculino, mujer/femenino) en cada extremo de ese continuo, hacerlo ubica a la masculinidad en posición opuesta a la feminidad, lo que no permite ubicar la neutralidad de género, la expresión de masculinidad y feminidad simultánea, y el género queer o los conceptos no occidentales de género. Es necesario que los PS dejen de considerar a los géneros no binarios como articulaciones “parciales” de la masculinidad transgénero (en personas no binarias AFAB), o de la feminidad transgénero (en personas no binarias AMAB), o de ubicarlas directamente “en algún lugar del espectro de masculinidad/feminidad”. Algunas personas no binarias se consideran completamente fuera de la dicotomía masculino/femenino. Un espectro *no lineal* indica que no deberían compararse diferencias de expresión de género, de identidad o de necesidades relativas a la afirmación de

² NdeT: en inglés, ambos llevan marca de género

género entre las personas que consultan a los fines de ubicarlas a lo largo del espectro lineal. Además, la interpretación de la expresión de género es subjetiva y se define culturalmente, por lo tanto, lo que una persona puede experimentar o interpretar como altamente femenino, puede no ser visto de la misma manera por otra (Vincent, 2020). Resultará beneficioso que los PS eviten hacer suposiciones sobre cómo cada persona que consulta conceptualiza su género y esté dispuesto a dejarse conducir por la propia comprensión de género de esa persona en particular en lo que respecta a su identidad de género, expresión de género y a cualquier necesidad de atención médica.

El proceso de desarrollo de género que experimentan todas las personas transgénero y de género diverso (TGD), cualquiera sea su relación con un género binario, parece compartir cuestiones similares (como por ejemplo, el darse cuenta, la exploración, el darle sentido, la integración) pero los tiempos, la progresión y las experiencias personales asociadas con cada uno de estos procesos varían tanto dentro de un grupo como entre grupos diferentes de personas transgénero y no binarias (Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Lindley et al., 2019; Tatum et al., 2020). Las perspectivas socioculturales e intersectoriales podrían resultar de utilidad para contextualizar el desarrollo de género y la transición social, incluso la manera en que el contexto social y cultural da forma a las experiencias individuales y cómo interactúan con otros dominios de la identidad y la experiencia personal.

Necesidad de acceso a la atención de afirmación de género

Algunas personas no binarias solicitan atención de afirmación de género a fin de aliviar la disforia o incongruencia de género y aumentar el grado de satisfacción con su cuerpo por medio de intervenciones médicamente necesarias (Ver disposición sobre intervenciones médicamente necesarias – Capítulo 2 – Aplicación Global – Postulado 2.1.). Algunas personas no binarias pueden sentir que cierto tratamiento es necesario

para ellas-ver también Capítulo 5- Evaluación en la Adultez (Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018) mientras que otras no lo consideran necesario (Burgwal & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020); ni los porcentajes de personas no binarias que solicitan atención de afirmación de género ni los objetivos específicos de tal atención son claros. El rol del profesional de la salud es brindar información sobre las opciones médicas existentes (y disponibles) que pueden contribuir a aliviar la disforia o incongruencia de género y aumentar el grado de satisfacción con el cuerpo, sin caer en suposiciones acerca de cuál opción de tratamiento puede ajustarse mejor a cada persona.

Las motivaciones para acceder (o no acceder) a intervenciones médicas de afirmación de género, incluso tratamientos hormonales, quirúrgicos o ambos son heterogéneas y potencialmente complejas (Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020) y deberían analizarse colaborativamente antes de tomar decisiones sobre las intervenciones físicas. La necesidad de una persona de acceder a procedimientos médicos de afirmación de género no puede predecirse en función de su rol, expresión o identidad de género. Por ejemplo, existen mujeres transgénero que no necesitan una vaginoplastia, mientras que algunas personas no binarias AMAB podrían necesitarla o beneficiarse de esta intervención. Por otra parte, el hecho de que las personas no binarias busquen atención para la afirmación de género estrechamente asociada a un camino de transición a partir de su sexo/género asignado hacia otra categoría reconocida binariamente (es decir, terapia de estrógenos y vaginoplastia para alguien AMAB) no disminuye la validez de su identidad no binaria.

Si bien existen barreras muy expandidas que dificultan la atención que las personas transgénero deben superar, son las personas no binarias quienes parecen experimentar las más altas tasas de dificultad para acceder tanto a la atención de salud mental como médica de afirmación de género (Clark et al., 2018; James, 2016). Muchas personas no binarias informan que

han tenido experiencias con profesionales de la salud que no afirmaban su género no binario, e incluso experiencias donde los profesionales de la salud les transmitían sus convicciones de que su género no era válido, o que fundamentalmente era más difícil brindarles servicios (Valentine, 2016; Vincent, 2020). Las personas no binarias suelen enfrentarse a las presunciones de los prestadores del sistema de salud que asumen que ellas no necesitan o no quieren tratamiento de afirmación de género (Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020) y hasta han reportado que sufrieron presión para presentarse como mujeres u hombres transgénero (dentro del marco de género binario) a fin de acceder al tratamiento (Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019). En algunas oportunidades, fueron las personas no binarias las que debieron educar a los prestadores a quienes recurrían en busca de servicios, a pesar de que no es apropiado que los mismos dependan primariamente de sus pacientes para su formación (Kcomt et al., 2020). Burgwal y Motmans (2021) hallaron que las personas no binarias experimentaban más temor a sufrir prejuicios provenientes de los efectores del sistema de salud, menor confianza en los servicios que se les brindaba y mayor dificultad para saber a dónde debían acudir en comparación con los hombres y mujeres transgénero. Estudios llevados a cabo tanto en Europa como en Estados Unidos mostraron que las personas no binarias tienden a demorar su atención con más frecuencia que los hombres o mujeres transgénero binarios, siendo la razón más citada el temor a ser tratados insensible o incompetentemente (Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011). Es menos probable que las personas no binarias develen su identidad de género frente a los prestadores del sistema de salud en comparación con otras personas transgénero (Kcomt et al., 2020).

Necesidad de contar con el apoyo apropiado

Brindar atención para la afirmación de género de personas no binarias es mucho más que brindar intervenciones de afirmación de género específicas tales como terapia hormonal o cirugía,

ya que también supone brindarles contención para el desarrollo y la salud general. Se han adaptado modelos de estrés de las minorías para conceptualizar la forma en que las personas transgénero experimentaban los estresores relacionados al género y su vínculo con las disparidades en salud física y mental (Delozier et al., 2020; Testa et al., 2017). Las personas no binarias parecen sufrir estresores de las minorías que son por un lado similares y por otro lado exclusivos con respecto a los experimentados por los hombres y mujeres transgénero. Johnson (2020) reportó que las experiencias de invalidación eran particularmente altas entre las personas no binarias. Por ejemplo, la utilización de frases o acciones que contenían la creencia de que las identidades no binarias no eran “reales”, o eran el resultado de una “moda” o una “etapa”. Asimismo, las personas no binarias parecían tener más dificultad que los hombres y mujeres transgénero en conseguir que terceros utilizaran los pronombres correctos para referirse a ellas. Del mismo modo, las personas no binarias han descrito sentirse “invisibles” para otras personas (Conlin, 2019; Taylor, 2018). En un estudio se halló que las personas no binarias jóvenes presentaban niveles más bajos de autoestima en comparación con los hombres y mujeres transgénero de la misma edad (Thorne, Witcomb et al., 2019).

Si bien muchas personas TGD informan tener experiencias de discriminación, victimización y rechazo interpersonal (James, 2016), incluso de sufrir bullying, en las muestras de jóvenes entrevistados (Campaña en favor de los Derechos Humanos, 2018; Witcomb et al., 2019), la prevalencia de estas experiencias puede variar en los distintos grupos y parece estar influenciada por otras características intersectoriales. Por ejemplo, Newcomb (2020) descubrió que las mujeres transgénero y los jóvenes no binarios AMAB experimentaban mayores niveles de victimización que los hombres transgénero y los jóvenes no binarios AFAB, siendo los jóvenes no binarios AMAB quienes reportaron los niveles más altos de estrés traumático. En un segundo estudio, Poquiz (2021) determinó que los

hombres y mujeres transgénero experimentaban mayores niveles de discriminación que las personas no binarias. Es probable que esta complejidad intersectorial contribuya a la variabilidad en las determinaciones de los estudios que comparan la salud mental y física de las personas no binarias y los hombres y mujeres transgénero, con algunos estudios que indican que existen mayores preocupaciones en cuanto a la salud física y mental entre las personas no binarias, otros que reportan menores preocupaciones y otros que reportan que no existen diferencias entre grupos (Scandurra, 2019).

Dado que es posible que se disponga de una menor cantidad de narrativas de identidad no binaria que de narrativas binarias, es probable que las personas no binarias pudieran contar con menores recursos disponibles para explorar y articular su autoconocimiento con relación al género. Por ejemplo, esto podría incluir el acceso a espacios comunitarios y relaciones interpersonales donde se pudiera explorar la identidad no binaria o acceder al lenguaje y conceptos que permitan una consideración más matizada de las experiencias no binarias (Bradford et al., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al., 2019). En la actualidad se están desarrollando guías clínicas para ayudar a los prestadores del sistema de salud a adaptar los cuidados terapéuticos tendientes a la afirmación de género de forma tal de que se adecuen a estas experiencias peculiares de las personas no binarias (Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019).

Intervenciones médicas de afirmación de género en personas no binarias

En contextos donde no existen precedentes de una intervención médica particular, es importante que, con anterioridad a que se considere la intervención, se le brinde a la persona un pantallazo de la información disponible, incluso admitir que pueden existir limitaciones al conocimiento en la materia. Resulta igualmente importante llevar a cabo y documentar una charla amplia acerca de los cambios físicos necesarios y

las posibles limitaciones en cuanto a conseguir los atributos buscados, como así también lo que ello implica, es decir, la posibilidad de que toda intervención consiga o no mejorar las condiciones que permitan a una persona expresar su género.

En lo que respecta a la terapia de estrógenos para las personas no binarias AMAB, es importante destacar que no se puede evitar la posibilidad de un crecimiento de las mamas (Seal, 2017). Aunque el grado de aumento es altamente variable, debe brindarse información precisa sobre esta circunstancia, si una persona solicita algunos de los otros cambios asociados a la terapia de estrógenos (como por ejemplo suavizar la piel y reducir el crecimiento del vello facial) pero no desea o tiene dudas acerca del crecimiento de las mamas. Del mismo modo, para las personas no binarias AFAB que desean acceder a un tratamiento con testosterona para lograr algunos cambios, pero no otros, se debe reconocer que, si se busca desarrollo de vello facial, el crecimiento de los genitales es inevitable (Seal, 2017). El marco temporal para la utilización de testosterona implica que es posible que estos cambios traigan aparejado un agravamiento irreversible del tono vocal, si bien el alcance de cada uno de los cambios es individual (Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018). El agravamiento del tono vocal sin desarrollo de vello corporal constituye otro desafío. Para algunas personas no binarias la remoción del vello es una parte importante de su afirmación de género (Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020).

Si se interrumpe la terapia hormonal y se conservan las gónadas, se revertirán muchos cambios físicos al estado previo al inicio de la terapia hormonal, dado que las hormonas gonadales vuelven a funcionar, incluso se revertirá la amenorrea y el desarrollo de vello corporal en personas no binarias AFAB así como la reducción de la definición muscular y la disfunción eréctil en personas no binarias AMAB. Otros cambios serán permanentes, tales como la calvicie “con patrón masculino”, el crecimiento de los genitales y el crecimiento del vello facial en personas no binarias AFAB o el desarrollo de mamas en personas no binarias AMAB (Hembree

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

8.1- Recomendamos que los profesionales de la salud realicen una evaluación individualizada de las personas no binarias y les brinden el tratamiento que afirme sus experiencias de género no binario.

8.2- Recomendamos que los profesionales de la salud consideren brindar intervenciones médicas (tratamiento hormonal o cirugía) a las personas no binarias aún en ausencia de “transición social de género”.

8.3- Recomendamos que los profesionales de la salud estén dispuestos a brindar intervenciones quirúrgicas de afirmación de género a personas que no realicen tratamiento hormonal, a menos que la terapia hormonal sea requisito para alcanzar el resultado quirúrgico deseado.

8.4- Recomendamos que los profesionales de la salud suministren información a las personas no binarias sobre los efectos de las terapias hormonales o de la cirugía sobre la fertilidad futura y que discutan las opciones disponibles para preservar la fertilidad antes de comenzar el tratamiento hormonal o realizar la cirugía.

et al., 2017). Para revertir estos resultados se requerirá de futuras intervenciones tales como electrólisis o mastectomía. Por esta razón, estas intervenciones se describen en ocasiones como “parcialmente reversibles” (Coleman et al., 2012). Dado que las implicancias de la utilización de terapia hormonal en bajas dosis no están documentadas en esta población de pacientes, es importante que se considere monitorear el riesgo cardiovascular y la salud ósea en el caso de que se utilice terapia hormonal en bajas dosis. Para más información, ver Capítulo 12 - Terapia Hormonal. En caso de no ser necesaria la expresión de testosterona o de estrógeno, es posible inhibir su producción. Se deben considerar las implicancias de este tratamiento en lo que respecta al riesgo cardiovascular, la reducción de la mineralización ósea y el riesgo de depresión, así como también se deben tomar las medidas adecuadas para mitigar los riesgos (Brett et al., 2007; Vale et al., 2010; Wassersug & Johnson, 2007). Para más información, ver también el Capítulo 9- Eunucos y el Capítulo 12 - Terapia Hormonal.

Todas las personas, sean ellas hombres o mujeres transgénero, o no binarias, deben poder acceder a una exploración de su transición médica y/o social independientemente una de la otra, así como también deben contar con opciones para explorar la utilización de hormonas, realización de cirugías o ambas. Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los

recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulado 8.1

Recomendamos que los profesionales de la salud realicen una evaluación individualizada de las personas no binarias y les brinden el tratamiento que afirme sus experiencias de género no binario.

La evaluación individualizada de una persona no binaria comienza comprendiendo la manera en la que ellos experimentan su propio género y cómo eso impacta en lo que buscan cuando solicitan atención. La forma en que las personas conceptualizan las experiencias relativas al género probablemente presente variaciones en los distintos grupos y culturas y puede incluir experiencias asociadas con otros aspectos de identidad que se entrecruzan (por ejemplo, la edad, la sexualidad, la raza, la etnia, la condición socioeconómica, la condición de discapacidad). (Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016).

Los PS deberían evitar hacer presunciones a priori acerca de la identidad, expresión o necesidades de atención de las personas que consultan. También deberían tomar en cuenta que la experiencia de género no binaria de un consultante puede o no ser relevante para la evaluación y los objetivos de los tratamientos vinculados a la misma. La medida en que el género de un consultante es relevante a los fines de sus tratamientos determinará el nivel de detalle en que se debe explorar su identidad de género. Por ejemplo, cuando solicitan atención

para una cuestión completamente desvinculada al género, determinar el nombre y pronombres correctos puede ser suficiente. (Knutson et al., 2019). Por el contrario, cuando se trate un caso en el cual el pasado o presente hormonal o el estado quirúrgico sea relevante, se podrá requerir mayores detalles, aun cuando el caso no sea específicamente relacionado al género.

Los entornos clínicos deben ser contenedores, reflexivos sobre la diversidad de género y deben afirmar las experiencias de género de las personas no binarias para ser culturalmente competentes. Garantizar la información clínica y la relativa a los efectores del sistema de salud (por ejemplo, páginas web), formularios (por ejemplo, encuestas) y otros materiales inclusivos de las identidades y experiencias no binarias significa que las personas no binarias son bienvenidas y reconocidas (Hagen & Galupo, 2014). Utilizar campos con formato de texto libre para registrar identidad de género y pronombres es más inclusivo que utilizar una lista de opciones de respuestas. Asegurar la privacidad en el mostrador de recepción, establecer alternativas para el listado de nombres legales en bases de datos digitales (en los contextos culturales en lo que esto es necesario), instalar baños de género neutral y establecer alternativas a fin de no llamar a los pacientes por su nombre legal en la sala de espera constituyen otros ejemplos de competencia cultural transgénero y de género diverso (TGD) (Burgwal et al., 2021). En los entornos de cuidado de salud, es importante que se consulte sobre las preferencias en la utilización de nombres, pronombres y otros términos relativos al género y que se realice tanto al comienzo como más adelante, dado que pueden variar con el correr del tiempo y al cambiar las circunstancias.

Se sugiere que todos los PS adopten un abordaje orientado a las fortalezas y a la resiliencia.

Cada vez con mayor frecuencia surgen críticas de que los PS se concentran excesivamente en el distrés relacionado al género cuando también es importante considerar experiencias de mayor confort, alegría y satisfacción personal que

pueden ser consecuencia de la auto afirmación y acceso a la atención de salud (Ashley, 2019a; Benestad, 2010). Además de utilizar diagnósticos cuando y donde se requirieran para facilitar el acceso a la atención, se sugiere que los PS exploren en forma conjunta con las personas que consultan este amplio rango de posibles experiencias relativas al género y cómo pueden adaptarse a las opciones de tratamiento (Motmans et al., 2019). Para todas las personas TGD, los factores de resiliencia tales como relaciones contenedoras, participación en comunidades que incluyan otras diversidades, y orgullo de identidad deben ser considerados, dado que están asociados con una variedad de resultados positivos en la salud (Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018).

Es importante ser consciente de las limitaciones que existen en las herramientas que los proveedores del sistema de salud han usado históricamente para evaluar la experiencia de disforia de las personas transgénero, dado que pueden ser especialmente pronunciadas en muchas personas no binarias. La mayoría de las escalas para mediciones relacionadas al género presuponen que los consultantes experimentan su género en forma binaria, entre otras cuestiones (por ejemplo, Recalled Gender Identity Scale, Utrecht Gender Dysphoria Scale). Si bien se han desarrollado nuevas escalas con el objetivo de captar mejor las experiencias de las personas no binarias (McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020)), es probable que un diálogo abierto brinde una comprensión más profunda y más precisa de las experiencias de disforia únicas de cada persona y las necesidades de atención asociadas a las mismas. En forma similar, iteraciones más recientes por categorías de diagnóstico (es decir “disforia de género” en el DSM-5 y “discordancia de género” en la CIE-11) intentaron ser más inclusivas para personas con experiencias de género no binarias, pero probablemente no lograron captar adecuadamente la diversidad completa y la totalidad de las experiencias de distrés relacionado al género, en especial en el caso de las personas no binarias. Además del distrés asociado a aspectos del cuerpo físico de

una persona y su presentación (incluso aún a características que pueden estar presentes o ausentes), el distrés puede surgir por la forma en que uno experimenta su propio género, por la forma en que su género es percibido dentro de las situaciones sociales y por las experiencias de estrés de minorías vinculadas al género de uno (Winters & Ehrbar, 2010). Las experiencias de las personas no binarias en cada una de estas áreas pueden ser, o no, similares a las de los hombres o mujeres transgénero.

Un abordaje centrado en la persona que solicita atención de afirmación incluye la discusión específica de cómo las diferentes intervenciones pueden o no cambiar la satisfacción de la persona que consulta con su propia experiencia de género y cómo su género es percibido por otros. Es posible que las personas no binarias deban enfrentar desafíos al reconciliar sus identidades personales con las limitaciones a los tratamientos médicos disponibles y también pueden tener que enfrentar la confusión e intolerancia de la sociedad a las presentaciones de su género (Taylor et al., 2019). La investigación que está apareciendo en estos días sugiere que las necesidades de tratamiento médico de las personas no binarias son particularmente diversas, y se conocen casos de necesidades de tratamientos típicamente asociados con trayectorias de transición históricamente vinculadas con hombres y mujeres transgénero y otros casos en los que se reportan abordajes alternativos (por ejemplo terapia hormonal en bajas dosis, cirugía sin terapia hormonal), casos en los que se informa sobre la falta de interés en el tratamiento médico y casos en los que reportan sentir inseguridad acerca de sus necesidades (Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016)). Resulta particularmente importante conceptualizar la evaluación como un proceso permanente, dado que las experiencias relacionadas al género y las necesidades asociadas a las mismas pueden variar a lo largo de la vida. Dada la evolución constante de las opciones de tratamiento y del conocimiento de sus efectos, en especial en personas no binarias, las personas que consultan se verán beneficiadas

si los efectores del sistema de salud actualizan su conocimiento regularmente y lo aplican en sus consultas.

Postulado 8.2

Recomendamos que los profesionales de la salud consideren brindar intervenciones médicas (tratamiento hormonal o cirugía) a las personas no binarias aún en ausencia de “transición social de género”.

Los requisitos previos al tratamiento hormonal y a la cirugía tales como “vivir según el rol de género que es congruente con la identidad de género de la persona” no reflejan las experiencias vividas de muchas personas TGD (Coleman et al., 2012). Debido a la naturaleza arraigada del género binario en la mayoría de las culturas occidentales contemporáneas, es muy probable que la persona sólo pueda ser comprendida por otros como perteneciente al género hombre o mujer en la mayoría de los contextos (Butler, 1993.) Es por eso que la visibilidad y la comprensión de las figuras y expresiones no binarias es limitada. Ello se debe a que las cuestiones de género se comprenden en su mayoría siempre en referencia a un género binario (Butler, 1993). En la actualidad puede resultar difícil que las personas no binarias sean reconocidas de manera confiable por las características visuales de su género asociadas a la expresión de género (ejemplo: vestimenta, cabello). Sin embargo, la androginia o la no-conformidad de género pueden comunicarse mezclando o combinando los marcadores culturales con connotaciones tradicionalmente masculinas o femeninas. Dado que no existe una “categoría no binaria” ampliamente aceptada en la mayoría del mundo occidental contemporáneo, contexto cultural del norte global, la visibilidad no binaria requiere que el género de una persona se comparta explícitamente o que se utilicen marcas que puedan ser interpretadas como no conformidad de género (aunque no necesariamente no binario).

Por estas razones, encuadrar el acceso a la atención médica en el contexto de una persona que experimenta una “transición social de

género” cuando “están viviendo según el rol de género que es congruente con la identidad de género de la persona” no se alinea a la manera en que muchas personas TGD se comprenden a sí mismas y a su proceso de transición personal. Para algunos, “vivir según el rol de género que es congruente con la identidad de género de la persona” no incluye cambiar de nombre, pronombres o expresión de género, aunque sí puede ser necesaria la intervención médica. Aun cuando una persona puede vivir de manera congruente con su identidad de género, podría resultar difícil que un observador externo lo viera de esta manera si no conoce directamente a través de esa persona cómo ella comprende su propia experiencia en este sentido. Esperar la “transición social de género” puede no contribuir al momento de considerar si una persona cumple con los criterios de elegibilidad para una intervención de afirmación de género como, por ejemplo, con hormonas y cirugía, y las expectativas rígidas de cómo “debería” ser la “transición social de rol de género”, sino constituir una barrera de acceso a la atención. No existen razones lógicas para que las intervenciones médicas de afirmación de género sólo puedan realizarse luego de que una persona haya cambiado su nombre legalmente, haya cambiado el marcador de género en sus documentos de identidad o se vista o se niegue a vestir con determinada ropa. Las personas no binarias pueden tener que luchar para acceder al reconocimiento de su género en documentos formales, lo que puede afectar negativamente su salud mental o su bienestar (Goetz & Arcomano, 2021). Las personas TGD podrían beneficiarse si se las apoyara específicamente cuando comienzan o continúan evidenciando sus marcadores de género de preferencia. El requisito de que una persona debe dar a conocer su identidad de género en todos los círculos de su vida (familia, trabajo, escuela etc.) para acceder a atención médica puede no tener un correlato con sus deseos y hasta puede ponerla en riesgo si no es seguro hacerlo.

Postulado 8.3

Recomendamos que los profesionales de la salud estén dispuestos a brindar intervenciones quirúrgicas de afirmación de género a personas que no realicen tratamiento hormonal, a menos que la terapia hormonal sea requisito para alcanzar el resultado quirúrgico deseado.

El protocolo de “hormonas previo a la cirugía” es una opción dentro de un amplio rango de intervenciones quirúrgicas. Algunas personas no binarias buscarán tratamiento quirúrgico de afirmación de género para aliviar la incongruencia de género y aumentar su satisfacción corporal (Beek et al., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones et al., 2019; Koehler et al., 2018) pero no querrán una terapia hormonal o no podrán realizarla debido a otras razones médicas (Nieder, Eyssel et al., 2020). En la actualidad no se conoce el porcentaje de personas no binarias a las que se aplican estas opciones.

Tal vez la cirugía que tiene un vínculo específico con las personas no binarias (que también es requerida por los hombres transgénero o realizada por algunas mujeres cisgénero) es la mastectomía en personas no binarias AFAB que no han utilizado testosterona -aunque la testosterona no es un requisito para este tipo de cirugía-; Algunas personas no binarias AFAB pueden necesitar una reducción mamaria (McTernan et al., 2020). La metoidioplastia constituye un ejemplo de una cirugía en la cual se necesita al menos un período de terapia hormonal, a fin de lograr el aumento del tamaño del clítoris a través de la terapia con testosterona. Ver Capítulo 13 – Cirugía y Cuidados Posoperatorios- para obtener mayores detalles acerca de la necesidad de la terapia hormonal para diferentes cirugías. Para procedimientos sobre el sistema reproductor interno, como la histerectomía, la salpingo-forectomía unilateral o bilateral, y la vaginectomía no se requiere terapia hormonal, pero se aconseja terapia de reemplazo hormonal (utilizando estrógenos, testosterona o ambos) en aquellas personas que se someten a gonadectomía total a fin de evitar los efectos adversos en el

sistema cardiovascular y músculo-esquelético (Hembree et al., 2017; Seal, 2017). Para la faloplastia, aunque no existe un requerimiento quirúrgico per se de utilizar un período mínimo de testosterona, la virilización (o la ausencia de virilización) del clítoris y labios menores puede impactar en la elección de la técnica quirúrgica e influir en las opciones quirúrgicas. Para más información, ver Capítulo 13 - Cirugía y Cuidados Posoperatorios.

Las personas no binarias AMAB que consultan deben saber al momento de comenzar la terapia hormonal posquirúrgica que, el no haber recibido terapia de estrógenos con anterioridad, puede afectar el resultado quirúrgico (tal vez en forma negativa) (Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999). Las personas no binarias AMAB que requieran orquiectomía bilateral no necesitan realizar terapia de estrógenos para obtener mejores resultados (Hembree et al., 2017). En estos contextos, constituye una buena práctica informar a los consultantes sobre los riesgos y beneficios de las terapias de reemplazo hormonal (con estrógenos, testosterona o ambos) para prevenir los efectos adversos sobre el sistema cardiovascular y músculo esquelético; también debe informárseles sobre las opciones de tratamientos alternativos, tales como el suplemento de calcio y vitamina D, para prevenir la osteoporosis (Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016). Ver también Capítulo 9 -Eunucos. si la elección es realizar terapia de reemplazo hormonal. En caso de la vaginoplastia, se debe advertir a las personas que la falta de terapia de bloqueo de testosterona puede ocasionar crecimiento de vello en la vagina luego de la operación, si se utilizaron injertos y colgajos de piel que lo tenían (Giltay & Gooren, 2000).

Otros requisitos quirúrgicos para las personas no binarias AMAB incluyen la vaginoplastia con conservación del pene, la vaginoplastia con conservación del/los testículo/s, y procedimientos cuyo objetivo es generar ausencia de los caracteres sexuales primarios externos (es decir, penectomía, escrotomía, orquiectomía, etc.). Se recomienda que el cirujano y la persona que

solicita este tratamiento discutan estos temas para comprender los objetivos de la persona y sus expectativas, como así también los beneficios y limitaciones que presenta el procedimiento que se pretende realizar (o que se solicita) para poder tomar decisiones individualizadas y colaborar con otros prestadores del sistema de salud involucrados (si los hubiera).

Postulado 8.4

Recomendamos que los profesionales de la salud suministren información a las personas no binarias sobre los efectos de las terapias hormonales o de la cirugía sobre la fertilidad futura y que discutan las opciones disponibles para preservar la fertilidad antes de comenzar el tratamiento hormonal o realizar la cirugía.

Todas las personas no binarias que busquen terapias hormonales de afirmación de género deben recibir información y guía acerca de las opciones disponibles para preservar la fertilidad (Hembree et al., 2017; De Roo et al., 2016; Defreyne, Elaut et al., 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021). Es importante considerar el impacto potencial de la terapia hormonal sobre la fertilidad antes de iniciar el tratamiento. Esta discusión debe contemplar las opciones de preservación de fertilidad, la posibilidad o no de recuperar la fertilidad si se interrumpe la terapia hormonal, y el hecho de que la terapia hormonal no constituye per se un método anticonceptivo. Para más información, ver Capítulo 16 - Salud Reproductiva.

Estudios recientes sugieren que es más difícil para las personas no binarias acceder a atención y que se escuchen sus necesidades con relación a potenciales intervenciones (Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019). Por ello es razonable que se brinde información a toda persona de género diverso sobre las opciones actuales y técnicas de preservación de la fertilidad, idealmente, con anterioridad al comienzo del tratamiento hormonal dado que la exposición a hormonas puede impactar sobre la calidad del esperma o de los óvulos (Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979). Sin embargo, ello no debe impedir que se

formulen preguntas o se busque más información más adelante, dado que hay evidencia de que la fertilidad todavía es posible en el caso de personas que usan estrógenos y testosterona (Light et al., 2014).

Si la persona no binaria o de género diverso decidiera que no necesita preservar su fertilidad o que no necesita consejo en este sentido, ello no debería constituir un precedente para denegar o demorar el acceso la terapia hormonal.

CAPÍTULO 9 – Eunucos

Entre las tantas personas que se benefician de la atención de afirmación de género, aquellos que se identifican como eunucos están entre los menos visibles. Esta octava versión de los Estándares de Atención (SOC-8) aborda el tema de las personas eunuco por su peculiaridad y su necesidad de atención de afirmación de género (ver Capítulo 2 - Aplicación Global - Postulado 2.1).

Las personas eunuco son personas asignadas masculinas al nacer (AMAB) que desean eliminar sus rasgos físicos masculinos, sus genitales masculinos o el funcionamiento de sus genitales. También se incluyen en esta categoría aquellas personas a las cuales se le han removido los testículos quirúrgicamente o cuyos testículos han perdido su funcionalidad luego de haberse realizado intervenciones que utilizaron medios químicos o físicos y se identifican como eunucos. Esta definición basada en la identidad para quienes se identifican con el término eunuco no incluye a otros, tales como hombres que han recibido tratamiento contra un cáncer de próstata avanzado y rechazan la designación de eunuco. Nos enfocamos aquí en aquellos que se identifican como eunucos dentro del amplio espectro de género diverso.

Del mismo modo en que ocurre con otras personas de género diverso, las personas eunuco pueden solicitar castración para alinear mejor sus cuerpos con su identidad de género. En este sentido, las personas eunuco son personas de género no conforme con necesidades que requieren atención de afirmación de género médicamente necesaria (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008).

Las personas eunuco identifican sus identidades de género de variadas maneras. Algunas consideran su condición de eunuco como su identidad de género distintiva y no se reconocen en ninguna otra categoría de género o transgénero. El objetivo de este capítulo es brindar información para el tratamiento y la atención de aquellas personas identificadas eunuco. Los profesionales de la salud (PS) verán

que las personas eunuco solicitan intervenciones hormonales, castración o ambos procedimientos para ser tales. Es posible que estas personas se beneficien si se integran a la comunidad eunuco por su identificación, ya sea que se hayan castrado o no.

Si bien existen en la sociedad registros de eunucos que datan de 4000 años de antigüedad, la información más valiosa acerca de las personas identificadas eunuco en tiempos contemporáneos se encuentra dentro de la vasta comunidad de apoyo entre pares en línea que se congregan en sitios tales como Eunuch Archive (www.eunuch.org), organización establecida en 1998. Los moderadores de este sitio intentan mantener precisión médica e histórica en sus foros de discusión, aunque se debe admitir que circula cierta desinformación también. Según el sitio web, se han registrado más de 130.000 miembros provenientes de varios países del mundo desde enero de 2022, y es frecuente ver que más del 90% de los que leen el sitio son “invitados”, no miembros. El sitio web alberga más de 23.000 hilos y cerca de 220.000 publicaciones. Por ejemplo, dos hilos que brindan instrucciones para la autocastración inyectándose diferentes toxinas directamente en los testículos cuentan con 2500 publicaciones cada uno y han sido visitados mucho más de un millón de veces. Desde sus comienzos en 2001, la comunidad Eunuch Archive ha sido sede de veinte reuniones internacionales anuales en Minneapolis, además de haber organizado otras tantas reuniones que tuvieron lugar en otras geografías. Si bien el tema de la castración es del interés de la gran mayoría de las personas que participan en las discusiones, son minoría los miembros que seriamente solicitan o se han sometido a la castración. Muchos de los miembros antiguos de Eunuch Archive han cumplido con sus objetivos y ya no participan.

Debido a los conceptos erróneos circulantes y el prejuicio con respecto a las personas eunuco históricas, a la invisibilidad de las personas eunuco contemporáneas, y al estigma social que afecta a todas las minorías sexuales y de género, muy pocas personas eunuco expresan su

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

- 9.1- Recomendamos que los profesionales de la salud y otros usuarios de los Estándares de Atención - Versión 8 apliquen las recomendaciones de manera tal de satisfacer las necesidades de las personas eunuco.
- 9.2- Recomendamos que los profesionales de la salud consideren la intervención médica, quirúrgica o ambas para las personas eunuco cuando exista alto riesgo de que insistir en el tratamiento podría tener efectos perjudiciales en las personas, porque ellas podrían buscar auto-cirugías, cirugías practicadas por personas no calificadas o el uso de medicación no supervisada que afecte a las hormonas.
- 9.3- Recomendamos que los profesionales de la salud que evalúan a las personas eunuco previo al tratamiento sean probadamente competentes para realizar esa evaluación.
- 9.4- Sugerimos que los profesionales de la salud que atiendan personas eunuco incluyan también provean educación sexual y asesoramiento

condición públicamente; muchas de ellas no lo comentarán con nadie, o lo compartirán sólo con personas que tengan un pensamiento parecido, dentro de una comunidad online, o en algunos casos, sólo con sus familiares cercanos y amigos (Wassersug & Lieberman, 2010). Debido a que los estereotipos de las personas eunuco son por lo general altamente negativos (Lieberman 2018) y que pueden sufrir el mismo estrés de minorías que otros grupos estigmatizados (Wassersug & Lieberman, 2010), la investigación sobre el estrés de las minorías que afecta a las personas de género diverso debería incluir a las personas eunuco.

El presente conjunto de recomendaciones está dirigido a los profesionales que trabajan con personas identificadas eunuco (Johnson & Wassersug, 2016; Vale et al., 2010) y que solicitan tratamientos médicos y quirúrgicos de afirmación de género médicamente necesarios (TMQAG). Aunque no constituye una categoría diagnóstica específica de acuerdo con las ICD o DSM, eunuco es un constructo útil dado que interpela a las especificidades de la experiencia eunuco al mismo tiempo que también lo conecta con la experiencia de incongruencia de género en un sentido más amplio.

Las personas eunuco se presentarán clínicamente de diversas maneras. Algunas pueden desear un cuerpo que sea compatible con su identidad de eunuco- un cuerpo que no tenga una genitalidad masculina completamente funcional. Otras personas eunuco experimentan un disconfort agudo con sus genitales masculinos y necesitan que se los remuevan para sentirse a gusto con sus cuerpos (Johnson et al., 2007;

Roberts et al., 2008); otras son indiferentes en cuanto a presentar genitales externos masculinos, en la medida de que los mismos sólo estén presentes físicamente y no funcionen para producir andrógenos y caracteres sexuales secundarios masculinos (Brett et al., 2007). Se pueden utilizar medios hormonales para suprimir la producción de andrógenos, pero la orquiectomía brinda una solución permanente para aquellas personas que no desean genitales funcionantes (Wibowo et al., 2016). Algunas personas eunuco desean obtener niveles inferiores de testosterona con la orquiectomía, pero muchas elegirán alguna forma de reemplazo hormonal para prevenir los efectos adversos asociados con el hipogonadismo. La mayoría de quienes eligen terapia hormonal prefieren una dosis completa o parcial de reemplazo de testosterona. Un grupo más pequeño elige los estrógenos.

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulado 9.1

Recomendamos que los profesionales de la salud y otros usuarios de los Estándares de Atención - Versión 8 apliquen las

recomendaciones de manera tal de satisfacer las necesidades de las personas eunuco.

Las personas eunuco forman parte de la población de personas de género diverso que experimenta incongruencia de género y que pueden también solicitar atención de afirmación de género. Como otras personas transgénero y de género diverso (TGD), las personas eunuco solicitan atención de afirmación de género para lograr la conformidad con la percepción que tienen de sí mismas. Cada sección de los SOC aborda las necesidades de las personas diversas, y las personas eunuco pueden estar incluidas dentro de ese grupo. Pueden compartir algunos aspectos con algunas personas no binarias, como por ejemplo la cuestión de que la transición social puede no ser la opción deseada y que la terapia hormonal puede no cumplir la misma función que podría tener en la transición social o en la transición dentro de lo binario (Wassersug & Lieberman, 2010).

Como otras personas de género diverso, las personas eunuco pueden descubrir su identidad en la niñez o en la adolescencia. Debido a la falta de investigación en cuanto al tratamiento de los niños que pueden identificarse eunuco, evitaremos formular sugerencias específicas.

Las personas eunuco pueden solicitar atención médica o quirúrgicas (supresión hormonal, orquiectomía y en algunos casos penectomía) para lograr cambios físicos, psicológicos o sexuales (Wassersug & Johnson, 2007). Es importante que todos los pacientes, tanto las personas eunuco como aquellas que soliciten castración establezcan y mantengan una relación con los PS basada en la confianza y la comprensión mutua. Debido a la falta de visibilidad de las personas eunuco dentro de la comunidad médica general y del temor que tienen muchas personas que solicitan la castración de no ser aceptadas, gran cantidad de ellas no reciben la atención primaria apropiada ni se les ofrecen las pruebas de tamizaje necesarias (Jäggi et al., 2018)). Una mayor concientización y formación de los prestadores médicos que brindan estas atenciones contribuirá a que comprendan la necesidad de incluir a las

personas eunuco en discusiones de diversidad de género (Deutsch, 2016a). No hace falta decir que las personas eunuco requieren y merecen la misma atención primaria que la población general. Pruebas de diagnóstico tales como las que se llevan a cabo para detectar cáncer de próstata y cáncer de mama no deben quedar fuera de la discusión, dado que los riesgos de los cánceres hormono-dependientes probablemente sean diferentes en las personas asignadas masculinas al nacer y cuyos niveles de testosterona y estrógenos no están dentro del rango masculino. Debido a la ausencia de estudios que contemplen la prevalencia de incidencia de cánceres hormono-dependientes en la población eunuco, no hay evidencias para sugerir la frecuencia con que deben realizarse el tamizaje de cánceres hormono-dependientes tales como exámenes de próstata, medición de PSA, mamografías etc.

La vasta literatura existente sobre pacientes con cáncer de próstata que han sido castrados, ya sea médica o quirúrgicamente, suministra información acerca de algunos de los efectos de la castración post puberal (como, por ejemplo, posible osteoporosis, depresión o síndrome metabólico) pero las personas eunuco voluntarias pueden interpretar los resultados de manera muy diferente de la de aquellas castradas por razones médicas. La castración química o quirúrgica puede constituir causa de distrés en los hombres cis con cáncer de próstata, pero el mismo tratamiento puede ser de afirmación y fuente de confort para las personas eunuco. En forma similar, las masculinidades trans que realizan mastectomía para ganar conformidad con sus cuerpos experimentan esa cirugía en forma diferente que las mujeres cis que se someten a mastectomía para tratar el cáncer de mama (Koçan & Gürsoy, 2016; van de Grift et al., 2016). Wassersug et al. (2021) brindan información bien resumida sobre el cáncer de próstata, dando referencias que exploran la vasta literatura sobre este tema. Tal información sobre los efectos de la castración debería transmitirse a quienes solicitan esta intervención.

Luego de realizar la evaluación según los SOC-8, se pueden considerar y prescribir las opciones médicas requeridas por el paciente, si correspondiera. Estas opciones pueden adaptarse a la persona para organizar un plan que refleje sus necesidades específicas y preferencias. La cantidad de tipos de intervenciones y el orden en que las mismas tendrán lugar puede variar de persona a persona. Estas opciones guardan relación con los capítulos Evaluación y Cirugía de los SOC-8. Las opciones de tratamientos para eunucos a considerar incluyen:

- Supresión hormonal para explorar los efectos del déficit de andrógenos para las personas eunuco que desean ser asexuales, no sexuales, o andróginas;
- Orquiectomía, para suprimir la producción de testosterona testicular;
- Orquiectomía, con o sin penectomía, para cambiar su cuerpo y alinearlos a su imagen corporal;
- Orquiectomía, seguida de reemplazo hormonal con testosterona o estrógenos.

Según el Postulado 5.6 del Capítulo 5 - Evaluación en la Adulthood, las personas eunuco que solicitan gonadectomía deberán recibir un mínimo de 6 meses de terapia hormonal que sea apropiada a los objetivos de género de la persona antes de que ésta se realice una intervención quirúrgica irreversible (a menos que las hormonas no estuvieran clínicamente indicadas para la persona).

Postulado 9.2

Recomendamos que los profesionales de la salud consideren la intervención médica, quirúrgica o ambas para las personas eunuco cuando exista alto riesgo de que insistir en el tratamiento podría tener efectos perjudiciales en las personass, porque ellas podrían buscar auto-cirugías, cirugías practicadas por personas no calificadas o el uso de medicación no supervisada que afecte a las hormonas.

El mismo procedimiento de evaluación recomendado en los SOC-8 deberá ser aplicado a los eunucos (ver Capítulo 5 – Evaluación en la Adulthood). El Eunuch Archive brinda una gran

cantidad de publicaciones sobre personas que tuvieron enormes dificultades para encontrar prestadores médicos que les realizaran cirugías de castración. Muchos de ellos se realizaron auto-cirugías o consiguieron prestadores no acreditados para que se las realizaran (Johnson & Irwig, 2014). Existen también reportes clínicos de personas eunuco que se auto-castraron y relatos de pacientes que engañaron a los prestadores para obtener la castración (Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay & Chowdhury, 2009). No hay dudas de que cuando se les niega a los miembros de esta población el acceso al tratamiento médico de calidad, tomarán acciones que pueden ocasionarles serios daños tales como sangrados e infecciones que podrían requerir hospitalización (Hay, 2021; Jackowich et al., 2014; Johnson & Irwig, 2014). Debido a estos serios problemas y a los daños provocados por la auto-cirugía, la cirugía practicada por prestadores no calificados o el uso no supervisado de medicación que impacte sobre las hormonas, es importante que los prestadores del sistema de salud generen un entorno receptivo y consideren distintas opciones de tratamiento luego de realizar una evaluación cuidadosa para evitar los problemas que la falta de acceso al tratamiento y su mantenimiento ocasionaría.

Si se desea la castración, ésta puede ser lograda química o quirúrgicamente. Para algunas personas, la castración química puede resultar una prueba apropiada previa a la castración quirúrgica que le permitirá determinar cómo se sentiría hipogonadal (Vale et al., 2010). La castración química suele ser reversible si se discontinúa la medicación (Wassersug et al., 2021). Los tipos más comunes de medicamentos utilizados para disminuir los niveles de testosterona son los antiandrógenos y los estrógenos.

Los dos antiandrógenos de uso más habitual, el acetato de ciproterona y la espironolactona son de administración oral. Se suele recetar estrógenos a pacientes que sufren cáncer de próstata para disminuir los niveles séricos de testosterona por retroalimentación negativa en el hipotálamo y la hipófisis. Es posible que los estrógenos y

antiandrógenos no supriman completamente los niveles de testosterona hasta el rango femenino o castrado; por otra parte, los estrógenos de administración oral incrementan el riesgo de tromboembolismo venoso. Aunque no suelen utilizarse debido a su costo, los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) constituyen un método muy efectivo para suprimir la producción de esteroides sexuales y la fertilidad (Hembree et al., 2017). Al seleccionar la medicación, recomendamos utilizar aquella que haya sido bien estudiada en múltiples poblaciones transgénero (es decir estrógenos, acetato de ciproterona, agonistas GnRH) en lugar de medicación con escasos o nulos estudios validados por la comunidad científica (es decir, bicalutamida, progesterona rectal, etc.) (Angus et al., 2021; Butler et al., 2017; Efstathiou et al., 2019; Tosun et al., 2019).

Muchas personas eunuco buscan terapias de reemplazo hormonal luego de la castración, dado que no desean la supresión completa de los niveles hormonales y sus consecuentes problemas, como el aumento de riesgo de osteoporosis. Las dos principales opciones para el reemplazo de esteroides sexuales son la testosterona y los estrógenos, que pueden utilizarse en dosis de reemplazo parcial o total. La mayoría elige testosterona, dado que se reconocen como masculinos y no están interesados en la feminización. Una minoría elige estrógenos, en una dosis lo suficientemente alta para prevenir la osteoporosis, pero lo suficientemente baja para evitar en la medida de lo posible la feminización. Éstos pueden identificarse como no binarios, sin género o pertenecientes a otras categorías (Johnson et al., 2007; Johnson & Wassersug, 2016).

Aunque no contamos con estudios suficientes sobre terapia de reemplazo hormonal en personas eunuco, los hallazgos sobre hombres cisgénero tratados por cáncer de próstata pueden brindar valiosa información en lo que respecta a los efectos de la terapia hormonal. En un ensayo aleatorio controlado sobre una muestra de 1694 hombres cisgénero bajo tratamiento por diagnóstico de cáncer de próstata localmente

avanzado o metastásico, un grupo recibió agonistas GnRH y el otro, estrógenos transdérmicos (Langley et al., 2021). Los hombres cisgénero que recibieron agonistas GnRH desarrollaron signos y síntomas de deficiencia tanto de andrógenos como de estrógenos, mientras que los hombres a los que se aplicó parches de estrógeno sólo desarrollaron síntomas de déficit de andrógenos. Ambos grupos presentaron altas tasas de efectos adversos sexuales (91%) y el aumento de peso corporal fue similar en ambos grupos. En comparación con los hombres cisgénero que recibieron agonistas GnRH, los hombres cisgénero tratados con parches de estrógeno reportaron tener mejor calidad de vida, menores tasas de sofocos (35% versus 86%) y mayores tasas de ginecomastia (86% versus 38%). Metabólicamente, los hombres cisgénero a quienes se colocaron parches de estrógeno presentaron cambios favorables, con un menor promedio de glucemia en ayunas, del colesterol total en ayunas y menor presión sanguínea sistólica y diastólica. A diferencia de los anteriores, los hombres cisgénero que recibieron agonistas GnRH experimentaron efectos opuestos. Según este estudio, los eunucos pueden considerar la terapia de estrógenos transdérmica en bajas dosis para evitar los efectos adversos de la disminución de estrógenos, que incluyen sofocos, fatiga, efectos metabólicos y pérdida de la densidad mineral ósea (Hembree et al., 2017; Langley et al., 2021). Para más información, ver Capítulo 12 - Terapia Hormonal.

Postulado 9.3

Recomendamos que los profesionales de la salud que evalúan a las personas eunuco previo al tratamiento sean probadamente competentes para realizar esa evaluación.

Un tema frecuente de discusión en las reuniones de Eunuch Archive es la dificultad de encontrar prestadores que puedan comprender sus necesidades. Tanto las personas eunuco como quienes solicitan castración son menos visibles que otras minorías de género (Wassersug & Lieberman, 2010). Debido al estigma y al miedo al rechazo por parte de la comunidad médica, es

probable que no expresen voluntariamente su identidad frente a los prestadores de salud médica o mental. En algunos entornos, los prestadores médicos pueden no saber que existen las personas eunuco y es posible que ni siquiera sepan que han atendido a pacientes identificados eunucos.

La sección sobre Adulthood de los SOC es aplicable a las personas eunuco. Como ocurre con otras personas de género diverso, quienes soliciten castración pueden incluirse en un proceso con consentimiento informado en el que prestadores calificados realicen las evaluaciones que permitan garantizar que las personas son capaces de prestar su consentimiento informado antes de las intervenciones médicas y asegurar que la etiología del deseo no es un problema de salud mental. Como ocurre con otras minorías de género o sexuales, trabajar con personas eunuco requiere comprender que se trata de una población diversa y que cada persona eunuco es única (Johnson et al., 2007). Las personas que consultan se beneficiarán si los profesionales se muestran abiertos, sin prejuicios y con expectativas flexibles, además de brindar su competencia profesional y experiencia.

Para brindar un tratamiento apropiado, los prestadores deben ganarse la confianza y el respeto, generando un entorno inclusivo para las personas identificadas eunuco. En estos casos, el formulario de admisión ideal debería preguntar sobre sexo asignado y género con el cual se identifica el consultante y ofrecer opciones de género múltiple que incluyan “eunuco” y “otra”. Las personas pueden identificarse con más de una opción, por lo que debe permitírseles seleccionar más de una.

Los PS pueden estar involucrados en la evaluación, en la psicoterapia (si se desea), en la preparación y en el seguimiento de intervenciones de afirmación de género médicas y quirúrgicas. También pueden brindar apoyo a familiares y relaciones. Las personas identificadas eunuco que desean recibir apoyo de un prestador de salud mental calificado se beneficiarán si el terapeuta reúne las condiciones de experiencia y criterio establecidos en el Capítulo 4 – Formación.

Si bien algunas personas que solicitan o consideran la castración recurren a la consulta o a terapia porque quieren apoyo emocional o ayuda en el proceso de decisión, muchas recurren a los prestadores para realizarse una evaluación como parte del protocolo previo a las intervenciones médicas específicas (Vale et al., 2010).

Postulado 9.4

Sugerimos que los profesionales de la salud que atiendan personas eunuco incluyan también provean educación sexual y asesoramiento.

Varios estudios de investigación han contribuido al conocimiento actual de las personas identificadas eunuco y han explorado sus características demográficas y su sexualidad (Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016). Los profesionales médicos y de Salud Mental deben asumir que las personas eunuco son personas sexuales capaces de tener actividad sexual, de sentir placer y de tener relaciones, a menos que informen lo contrario (Wibowo et al., 2021). Las investigaciones han demostrado que existe una gran diversidad entre las personas eunuco en lo que respecta al grado de deseo, tipo de contacto físico o sexual y naturaleza de las relaciones preferidas (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Algunas personas llevan una vida sexual activa con o sin relaciones románticas, pero otras se identifican como asexuales o no-románticas y encuentran alivio en la pérdida de la libido lograda a través de la castración química o quirúrgica (Brett et al., 2007). Cada persona es diferente y la condición genital no determina la atracción sexual o romántica (Walton et al., 2016; Yule et al., 2015).

Sin importar el tipo de supresión química o cirugía que se le brinde, la persona identificada eunuco debe ser capaz de experimentar placer sexual y actividad sexual. A diferencia de la creencia popular, las personas eunuco no son necesariamente asexuales o no sexuales (Aucoin & Wassersug, 2006). Es necesario impartir educación sobre sexo seguro a todas las personas que tengan actividad sexual que pueda incluir el intercambio de fluidos corporales. Ver Capítulo

17 - Salud Sexual, para obtener más información en lo que respecta a la educación sexual y las opciones de sexo seguro en personas de género diverso y sexualidad diversa.

Además, debe discutirse la preservación de la fertilidad si se consideran intervenciones médicas que podrían impactar en las posibilidades futuras de parentalidad. Para más información, ver Capítulo 16 - Salud Reproductiva.

CAPÍTULO 10 - Personas Intersex

Los Estándares de Atención (SOC) - Versión 7 incluían un capítulo sobre la aplicación de los estándares de atención a personas con intersexualidad física que se convierte en disforia de género y/o que cambian su género porque se distinguen de las personas transgénero sin intersexualidad por su presentación fenomenológica, sus trayectorias de vida, prevalencia, etiología y por los riesgos de sufrir estigma. El presente capítulo brinda una actualización y agrega recomendaciones sobre el abordaje clínico médicamente necesario para el manejo de personas con intersexualidad en general (ver el postulado referido a la necesidad médica en el Capítulo 2 - Aplicación global - Postulado 2.1). Dado que un recién nacido con diferenciación sexual atípica puede presentar desafíos clínicos, incluso la necesidad de educación y apoyo familiar desde tan temprana edad puede resultar controversial tomar decisiones en cuanto a la asignación de género y el manejo de género clínico posterior -en especial, la cirugía genital-, y aumentar significativamente el riesgo a futuro de desarrollar disforia de género y cambio de género. (Sandberg & Gardner, 2022).

Terminología

“Intersex” (del latín, traducción literal “entre los sexos”) es un término originado en el sistema binario de sexos que subyace a la reproducción de los mamíferos (incluso los humanos). En medicina, el término se aplica coloquialmente a las personas con variaciones congénitas del tracto reproductivo marcadamente atípicas. Algunas variedades, comúnmente denominadas “ambigüedad genital”, imposibilitan el simple reconocimiento del sexo somático como masculino o femenino y en las sociedades de altos recursos, puede requerirse un trabajo amplio sobre los aspectos físicos, endocrinológicos y genéticos antes de que se les “asigne” el sexo/género. En años recientes, “intersex” se ha convertido en una etiqueta identificatoria adoptada por algunas personas que presentan condiciones intersex y en un subconjunto de

personas (no intersex) con identidad de género no binaria (Tamar-Mattis et al., 2018).

En una conferencia internacional celebrada en 2005 sobre el manejo de intersex, las condiciones intersex fueron subsumidas dentro de un nuevo término médico estándar “Trastornos del Desarrollo Sexual” (DSD, por sus siglas en inglés), definido como “condiciones congénitas en las que el desarrollo de sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico” (Hughes et al., 2006). DSD cubre un rango de condiciones mucho más amplio que las tradicionalmente incluidas en el concepto de intersexualidad y abarca condiciones tales como síndrome de Turner y síndrome de Klinefelter, que son mucho más prevalentes. Por otra parte, gran cantidad de personas afectadas rechazan el término “trastorno” por considerarlo inherentemente estigmatizante (Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su, et al., 2015; Lundberg et al., 2018; Tiryaki et al., 2018). Tampoco existe consenso entre los profesionales de la salud (PS) (Miller et al., 2018)). La interpretación más generalizada de DSD como “diferencias en el desarrollo de sexo” se ve como menos patologizante, pero es insatisfactoria desde el punto de vista semántico, dado que este término no distingue las diferencias genitales típicas entre masculino y femenino de la diferenciación sexual atípica. Otros intentos recientes de generar términos menos estigmatizantes tales como “condiciones que afectan el desarrollo reproductivo” (CADR; Delimata et al., 2018)) o “variaciones de/en las características de sexo” (VCS; Crocetti, et al., 2021) continúan siendo no específicos para referirse a la intersexualidad.

Debido a los problemas con estas definiciones, en este capítulo usaremos el término “intersexualidad” (o “intersex”) para referirnos a las manifestaciones físicas congénitas exclusivamente. Esta decisión obedece a la búsqueda de claridad descriptiva y continuidad histórica. La elección no tiene por objetivo indicar una intención de nuestra parte de tomar partido en la discusión actual respecto del concepto de sexo/género considerado un sistema bipolar o como un continuo, que puede variar según el

contexto y utilidad (Meyer-Bahlburg, 2019). En las sociedades del siglo 21, los conceptos de sexo y género están en un proceso de evolución.

Prevalencia

La prevalencia de condiciones intersex depende de la definición utilizada. La atipicidad genital obvia (“ambiguous genitalia”) se da con una frecuencia estimada que varía entre aproximadamente 1:2000— 1:4500 personas (Hughes et al., 2007). Las definiciones de DSD más inclusivas estiman una prevalencia de hasta el 1.7% (Blackless et al., 2000). Aunque estos números son altos tomados en conjunto, las condiciones individuales asociadas a las variaciones intersex tienden a ser mucho más raras. Por ejemplo, el síndrome de insensibilidad androgénica (SIA) que se da en aproximadamente uno en 100.000 nacimientos 46,XY (Mendoza & Motos, 2013), y la hiperplasia adrenal congénita clásica (HACC), con prevalencia aproximada de uno en 15.000 nacimientos 46,XX (Therrell, 2001). Las cifras de prevalencia en síndromes individuales pueden variar drásticamente según los países y los grupos étnicos.

Presentación

La presentación de las personas con rasgos intersex son muy variadas. La intersexualidad puede detectarse al realizarse una ecografía prenatal, pero la mayoría de las personas serán identificadas como intersex al realizarse el examen genital al momento de su nacimiento. En sociedades de altos ingresos, se les realizan a los niños procedimientos completos de diagnóstico médico dentro de las primeras semanas de vida. El equipo de salud y los padres suelen tomar una decisión en conjunto, teniendo en cuenta el diagnóstico médico específico, los hallazgos físicos y hormonales y la información proveniente de estudios de seguimiento a largo plazo, la que generalmente lleva a que se le asigne sexo/género masculino o femenino al recién nacido. Algunas personas con intersexualidad concitan la atención de especialistas recién cuando alcanzan la pubertad, por ejemplo, cuando adolescentes

educados como femeninos concurren a la consulta por amenorrea primaria.

Los PS que atienden a personas que presentan intersexualidad e incertidumbre de género deben ser conscientes de que el contexto médico en el cual se han desarrollado es típicamente muy distinto del contexto de las personas TGD no intersex. Existen muchos síndromes diferentes de intersexualidad y cada síndrome puede variar en grado de severidad. Por ello, los abordajes de tratamiento hormonales y quirúrgicos varían según los mismos.

Algunas manifestaciones físicas de intersexualidad pueden requerir una intervención temprana de urgencia, como es el caso de la obstrucción urinaria o de crisis adrenal en HAC. La mayoría de los cambios físicos en las personas con intersexualidad no impiden la función, al menos a edades tempranas, ni conllevan riesgos de seguridad para la persona. Aun así, el estigma psicosocial asociado con la apariencia genital atípica frecuentemente motiva la cirugía genital temprana (comúnmente denominada “correctiva” o “normalizadora”) mucho antes de que la persona alcance la edad necesaria para brindar su consentimiento. Este abordaje resulta altamente controversial porque colisiona con principios éticos que suponen la autonomía de la persona (Carpenter, 2021; Kon, 2015; Comisión Nacional para la Protección de las Personas Humanas frente a la Investigación Biomédica y Conductual, 1979). Por otra parte, las personas pueden contar con un amplio rango de opciones de intervenciones médicas para optimizar la función y la apariencia al llegar a edades más avanzadas siempre que las manifestaciones no presenten problemas de seguridad inmediata. Las especificidades de los tratamientos médicos exceden el alcance de este capítulo, por lo que el lector interesado deberá consultar la literatura endocrina y quirúrgica respectiva.

Algunas condiciones intersex están vinculadas a una mayor variabilidad en resultados de identidad de género a largo plazo que otras (Dessens et al., 2005). Por ejemplo la incidencia de la identidad de género no-cisgénero en personas

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

- 10.1- Sugerimos que un equipo multidisciplinario con conocimientos en identidad y expresión de diversidad de género, como así también, de intersexualidad brinde atención a las personas que presentan intersexualidad y a sus familias.
- 10.2- Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero jóvenes y adultas soliciten entrenamiento y formación en los aspectos de la atención intersex que resultan relevantes en su disciplina profesional.
- 10.3- Sugerimos que los profesionales de la salud informen y aconsejen a las familias de niños con intersexualidad sobre la condición intersex específica del niño y las implicancias psicosociales, a partir del momento del diagnóstico.
- 10.4- Sugerimos que tanto los prestadores como los padres fomenten en los niños/personas con intersexualidad la comunicación permanente y apropiada a su edad de su condición intersexual y las implicaciones psicosociales de la misma.
- 10.5- Sugerimos que los profesionales de la salud y los padres apoyen a los niños/personas con intersexualidad en la exploración de su identidad de género, durante toda su vida.
- 10.6- Sugerimos que los profesionales de la salud promuevan el bienestar y minimicen el estigma potencial por presentar una condición intersexual trabajando en forma colaborativa, tanto con personas/organizaciones médicas o no médicas.
- 10.7- Sugerimos que los profesionales de la salud deriven a los niños/personas con intersexualidad y a sus familias a profesionales de salud mental, como así también a apoyo psicosocial y de pares, como se indica.
- 10.8- Recomendamos que los profesionales de la salud aconsejen a las personas con intersexualidad y a sus familias sobre las opciones de inhibición puberal y/o tratamiento hormonal según la identidad de género de la persona, su edad y las circunstancias médicas especiales.
- 10.9- Sugerimos que los profesionales de la salud brinden asesoramiento a los padres y a los niños con intersexualidad (si tienen el desarrollo cognitivo necesario) para demorar la cirugía genital de afirmación de género, la cirugía gonadal o ambas de manera de optimizar la autodeterminación de los niños y su capacidad de participar de una decisión basada en su consentimiento informado.
- 10.10- Sugerimos que sólo cirujanos experimentados en cirugías genitales o gonadales intersex practiquen las operaciones quirúrgicas en personas con intersexualidad.
- 10.11- Recomendamos que los profesionales de la salud que prescriben o derivan pacientes a terapias o cirugías hormonales aconsejen a las personas con intersexualidad y fertilidad potencial y a sus familias sobre a) los efectos conocidos de las terapias/cirugía hormonal sobre la fertilidad futura; b) los potenciales efectos de las terapias que no han sido debidamente estudiados cuya reversibilidad es desconocida; c) las opciones de preservación de la fertilidad, y d) las implicancias psicosociales de la infertilidad.
- 10.12- Sugerimos que los profesionales de la salud que atiendan personas con intersexualidad e infertilidad congénita brinden información acerca de las distintas alternativas de parentalidad, desde el comienzo de la intervención y en forma gradual, tanto a las personas que consultan como a sus familias.

46,XX con HAC asignadas femeninas al nacer puede llegar al 5-10% (Furtado et al., 2012). El importante componente biológico subyacente a la identidad de género constituye un factor crítico que debe ser considerado al ofrecer intervenciones psicosociales, médicas y quirúrgicas a las personas que presenten condiciones intersex.

Existe amplia evidencia de que las personas con intersexualidad y sus familias pueden experimentar distrés psicosocial (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017), en parte relacionado al estigma psicosocial (Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018).

Intersexualidad en la nomenclatura psiquiátrica

Desde 1980, la nomenclatura psiquiátrica americana reconoció a las personas con intersexualidad que reunían los criterios de las distintas variantes de identidad de género. Sin embargo, la categorización diagnóstica cambió con las sucesivas ediciones de los DSM. Por ejemplo, en el DSM-III (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980), la categoría de “transexualismo” del Eje-I no pudo aplicarse a esas personas en su adultez, pero los niños fueron rotulados como “infancia con trastorno de identidad de género” cuando presentaban la condición médica intersex que se especificaba en el Eje III. En el DSM-IV-TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2000), las personas que

presentaban intersexualidad fueron excluidos de la categoría del Eje-I “trastorno de identidad de género”, sin importar la edad, y a cambio de ello se los agrupó junto a otras condiciones bajo la categoría “trastorno de identidad de género no especificado de otra manera”. En el DSM-5 (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013), que se alejó del sistema multiaxial, el “trastorno de identidad de género” fue redefinido como “disforia de género” categoría que se aplicó sin importar la edad o la condición intersex, aunque las personas con intersexualidad recibieron la especificación adicional de “trastorno del desarrollo sexual” (Zucker et al., 2013). La revisión del texto del DSM-5 (Asociación Psiquiátrica Americana, 2022), de reciente publicación, mantiene el término disforia de género. Debe observarse, sin embargo, que la reciente revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2019a] ha desplazado el término “discordancia de género” del capítulo “Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo” a un nuevo capítulo titulado “Condiciones relacionadas con la salud sexual”.

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulado 10.1

Sugerimos que un equipo multidisciplinario con conocimientos en identidad y expresión de diversidad de género, como así también, de intersexualidad brinde atención a las personas que presentan intersexualidad y a sus familias.

La intersexualidad, subcategoría de DSD, es una condición congénita compleja que requiere la participación de expertos provenientes de diferentes disciplinas médicas y del

comportamiento (Hughes et al., 2006). La composición y la función del equipo puede variar dependiendo de su ubicación, de los recursos locales disponibles, del diagnóstico y de las necesidades de la persona que presenta intersexualidad y su/sus familia/s. El equipo ideal incluye pediatras especializados en endocrinología, cirugía y/o urología, psicología/psiquiatría, ginecología, genética y, si estuvieran disponibles, personas entrenadas en trabajo social, enfermería y ética médica (Lee et al., 2006)). La estructura del equipo puede seguir 1) el modelo médico multidisciplinario tradicional; 2) el modelo interprofesional o 3) el modelo transdisciplinario. Aunque estas estructuras pueden parecer similares, en realidad son muy diferentes y pueden ejercer influencias diferentes en el funcionamiento de los equipos (Sandberg & Mazur, 2014). La Declaración de Consenso de 2006 no se expide en cuanto a cuál de los modelos es el mejor -si el multidisciplinario, el interdisciplinario, o el transdisciplinario-y sólo establece que los modelos “implican diversos grados de colaboración y autonomía profesional” (Lee, Nordenström et al., 2016). Desde la publicación de la Declaración de Consenso de 2006, se han creado ese tipo de equipos tanto en Europa como en los Estados Unidos. Se puede encontrar un listado de los equipos norteamericanos en la página web del DSD-Translational Network (DSD-TRN). También se han organizado equipos en algunos países europeos (Thyen et al., 2018). Si bien existen barreras para la creación de equipos según lo expresado por Sandberg y Mazur (2014), los equipos multidisciplinarios tratan problemas que han impedido un servicio exitoso para personas con diagnóstico intersex y sus familias, tales como irregularidad en la atención, la limitada o inexistente comunicación entre los profesionales y las consecuentes explicaciones de naturaleza fragmentada que reciben las personas, que aportan más confusión que claridad.

La mayoría de las personas que nacen con intersexualidad serán identificadas al momento de su nacimiento o poco tiempo después, mientras que otras serán identificadas en

momentos posteriores, durante su ciclo de vida, por ejemplo, durante la pubertad (ver Brain et al., 2010, Tabla 1). Cuando ello ocurre, el abordaje del equipo deberá modificarse en base al diagnóstico y a la edad de la persona. En algunas circunstancias, el equipo puede llegar a convocar a otras especialidades, si fueran necesarias.

Se ha informado que era más probable que los niños atendidos por un equipo multidisciplinario recibieran atención más completa que los servicios que brindaba un solo prestador (Crerand et al., 2019). Los padres que recibieron este tipo de atención valoraron positivamente los servicios psicosociales y el abordaje de equipos y expresaron que recibían más información que aquellos que no interactuaban con tales equipos (Crerand et al., 2019).

Postulado 10.2

Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero jóvenes y adultas soliciten entrenamiento y formación en los aspectos de la atención intersex que resultan relevantes en su disciplina profesional.

Los resultados de las entrevistas a médicos en proceso de formación (Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018) y de las auto-auditorías programáticas y encuestas (DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015) sugieren que los programas de entrenamiento médico no están preparando adecuadamente a los facultativos para que puedan brindar una atención competente a las personas que presentan disforia de género e intersexualidad. Los profesionales y las personas interesadas en eventos específicos intersex consideran que la formación continua y la colaboración constituyen una necesidad primordial en el desarrollo profesional (Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007). Eso puede ser especialmente cierto en lo que respecta a los prestadores de atención de personas adultas, quienes reciben menos apoyo clínico para atender a aquellas personas en transición entre la atención pediátrica y la atención en la adultez (Crouch & Creighton, 2014).

Sin embargo, existe un número limitado de guías para entrenar o evaluar la competencia de los prestadores en cuanto al manejo de estos temas, y los que están disponibles se refieren primariamente a profesionales de la salud mental (PSM) (Hollenbach et al., 2014), con excepción de una guía de atención primaria (Centro de Educación Nacional para la salud de LGBTQIA+, 2020).

Para los PS que desean mejorar su competencia, consultar con expertos puede ser una opción cuando no se dispone de educación formal o guías empíricas. Dada la aceptación relativamente amplia de equipos de expertos multidisciplinarios para el tratamiento de la intersexualidad (Pasterski et al., 2010), las personas que prestan servicios en estos equipos están bien posicionadas para consultar y entrenar a otro personal del cuidado de la salud que carezca del entrenamiento adecuado (Hughes et al., 2006). Por lo tanto, recomendamos que el entrenamiento de otros profesionales sea un componente central del desarrollo de los equipos (Auchus et al., 2010) y que los miembros de los equipos multidisciplinarios reciban entrenamiento específico para el trabajo en equipos e incluso estrategias para comprometerse con el aprendizaje interprofesional (Bisbey et al., 2019; Panel de Expertos en Educación Colaborativa Interprofesional, 2011).

Postulado 10.3

Sugerimos que los profesionales de la salud informen y aconsejen a las familias de niños con intersexualidad sobre la condición intersex específica del niño y las implicancias psicosociales, a partir del momento del diagnóstico.

Las familias de niños con condición intersexual deben disponer de información médica completa, educación y consejos desde el momento del diagnóstico, siguiendo las guías de múltiples consensos de organismos internacionales. Uno de los temas más desafiantes que puede presentar un recién nacido con intersexualidad, en especial si ésta se asocia con ambigüedad genital evidente, es la asignación de sexo y desde el punto de vista

de los padres, el género de crianza (Fisher, Ristori et al., 2016). Dado que se trata de una situación muy estresante para la mayoría de los padres, por lo general se recomienda que se decida el sexo/género con la premura que un diagnóstico integral lo permita (Houk & Lee, 2010). Sin embargo, los criterios para decidir sexo/género han ido cambiando con el correr del tiempo. En la segunda mitad del siglo XX, solía asignarse el género femenino, porque la cirugía genital de feminización era considerada más fácil y menos propensa a ocasionar efectos adversos que la cirugía de masculinización. Así es que en ciertas condiciones intersex, por ejemplo 46,XY con deficiencia 5α -RD-2, se descubrió que la asignación de sexo/género femenino estaba asociada a altas tasas posteriores de disforia de género y cambio de género (Yang et al., 2010). Por ello, desde la Conferencia para el Consenso Internacional sobre el Manejo Intersex de 2005, la asignación sexo/género toma en cuenta la información que fue acumulándose sobre los resultados de género a largo plazo para las diversas condiciones de intersexualidad.

La práctica de develar toda la información tiene por objetivo facilitar la toma de decisiones sobre la atención en forma completamente informada. Además, se propone una comunicación abierta y proactiva de la información sobre la salud cuando la vergüenza y el estigma que rodea a la intersexualidad están asociados a resultados psicosociales más pobres, como estrategia para minimizar esos riesgos (de Vries et al., 2019). Según el diagnóstico y etapa del desarrollo en el que se encuentra la persona, las condiciones intersex pueden tener un impacto diferente en las personas y en sus necesidades de atención, por lo tanto, la comunicación de información relativa a la salud intersex debe ser continua y adaptada a la persona. La investigación sobre los procesos de toma de decisiones sobre atención intersex sugiere que las familias son influidas por la forma en que los equipos clínicos comunican (Timmermans et al., 2018). Para ajustarse a los SOC, alentamos a que los prestadores adopten lenguaje y actitudes normalizadoras y de afirmación en todas sus funciones tanto de

educación como de asesoría, por ejemplo, describir la atipicidad genital como una “variación” o “diferencia” es más afirmante que utilizar términos como “defecto de nacimiento” o “anormalidad”.

Todos los PS involucrados en la atención de una persona pueden brindarles educación esencial e información a las familias. En equipos multidisciplinarios, el tipo de educación puede referirse al área de experiencia del PS; por ejemplo, un cirujano puede enseñarle a una persona sobre su anatomía, un endocrinólogo puede enseñarle las particularidades del desarrollo hormonal, o un PSM puede explicar los espectros de género e identidad sexual. Otros PS deberán brindar una formación más amplia. Las familias deben recibir la información que resulte pertinente según la variación intersex específica de la persona, si se la conoce. Todos los PS pueden complementar esta información con recursos destinados a pacientes disponibles en los grupos de apoyo. También se han contratado personas con intersexualidad para formar parte de los equipos y de esta forma proveer educación en base a sus experiencias vividas.

Los guías de consensos también recomiendan que se ofrezca a las familias apoyo psicosocial profesional y de pares en forma continua (Hughes et al., 2006), que puede incluir asesoramiento enfocado a la solución de un problema y guía anticipatoria (Hughes et al., 2006). Por ejemplo, las familias pueden solicitar ayuda sobre cómo educar a otras personas -hermanos, familia extendida y cuidadores- acerca de la condición intersexual específica de la persona. Otras familias pueden necesitar apoyo o atención de salud mental para manejar el estrés del tratamiento intersex. Los adolescentes pueden beneficiarse al recibir ayuda en cuanto a cómo develar información a sus pares, como también cuando abordan cuestiones de relaciones y sexo. Brindar asesoramiento también puede incluir acompañar a las familias y a las personas de todas las edades durante el proceso de toma de decisiones sobre las intervenciones quirúrgicas o médicas. Los prestadores pueden recurrir a soportes para la toma de decisiones para

respaldar este proceso (Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019).

Postulado 10.4

Sugerimos que tanto los prestadores como los padres fomenten en los niños/personas con intersexualidad la comunicación permanente y apropiada a su edad de su condición intersexual y las implicaciones psicosociales de la misma.

Comunicar información sobre la salud es un proceso multidireccional, que incluye la transferencia de información de los prestadores a los pacientes, de los padres a los pacientes y también de los pacientes nuevamente a sus prestadores (Weidler & Peterson, 2019). Si bien se ha puesto mucho énfasis en la comunicación dirigida a los padres en lo que respecta a diagnóstico y toma de decisiones quirúrgicas, los jóvenes con DSD han informado sobre la existencia de barreras que impiden su comunicación con los efectores del sistema de salud y no siempre pueden recurrir a sus padres para que los asistan (Callens et al., 2021). Es fundamental que tanto los prestadores como los padres se comuniquen en forma continua con los niños/personas para prepararlos para que se manejen en forma autónoma y se comprometan por completo con su tratamiento.

Los prestadores deben establecer sus expectativas tan pronto como sea posible y de esta forma permitir la comunicación abierta y constante entre todas las partes, en especial porque los padres pueden experimentar distrés debido a las incertidumbres asociadas al DSD y por ello buscar soluciones rápidas (Crissman et al., 2011; Roberts et al., 2020). Se han desarrollado modelos de toma de decisiones compartidas, como así también herramientas relacionadas a la toma de decisiones para apoyar la comunicación permanente entre los PS y las familias/personas (Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff & Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019). Además de dejar en claro las expectativas con relación al diálogo, los prestadores también pueden establecer el tono de la comunicación. Ellos pueden ayudar a los padres y a las personas a tolerar las incertidumbres del diagnóstico y

simultáneamente brindarles educación sobre las variedades anatómicas, dando un ejemplo de apertura a la identidad sexual y de género y facilitando que el niño/persona formule preguntas. A medida que crecen los niños/personas pueden tener preguntas o necesitar información apropiada a su edad sobre temas de sexo, menstruación, fertilidad, necesidad de tratamiento hormonal (suprarrenal/sexual), salud ósea y riesgos de desarrollar cáncer.

Los padres también cumplen un rol fundamental en la educación de sus hijos y pueden ser las primeras personas en revelarles información respecto de su salud (Callens et al., 2021). Como parte de la tarea de establecer expectativas sobre la comunicación, los prestadores deben preparar a los padres para que eduquen a sus hijos y miembros de su sistema de apoyo sobre el diagnóstico intersex y su historia clínica. Algunos padres reportaron haber tenido dificultades para dar a conocer esta información a terceros, como así también a sus propios hijos (Crissman et al., 2011; Danon & Kramer, 2017). El estrés que los padres experimentan al criar hijos con condición intersex aumenta cuando los padres adoptan un abordaje que minimiza la información/discusión sobre el diagnóstico de sus hijos (Crissman et al., 2011). El nivel de estrés también varía según la etapa del desarrollo, siendo los padres de adolescentes los que informan una mayor tasa de estrés (Hullman et al., 2011). Es por ello que los PS deben ayudarlos a desarrollar estrategias específicas según la etapa de desarrollo del niño para abordar sus preocupaciones y valores psicosociales o culturales (Danon & Kramer, 2017; Weidler & Peterson, 2019). Por último, una investigación más amplia sobre la sexualidad y variación de género dio como resultado que, a diferencia de las asociaciones entre vergüenza/estigma y las consecuencias negativas sobre la salud, la actitud de apoyo de las familias (que incluye hablar con los niños acerca de su identidad y conectarlos con sus pares) es un predictor de una mayor autoestima y mejor salud en las personas (Ryan et al., 2010).

Postulado 10.5

Sugerimos que los profesionales de la salud y los padres apoyen a los niños/personas con intersexualidad en la exploración de su identidad de género, durante toda su vida.

Todos los constructos psicológicos, sociales y culturales se entrecruzan con los factores biológicos para formar una identidad de género en la persona. Agrupadas, las personas con intersexualidad presentan mayores tasas de género no conforme, género cuestionante, y deseos de cross-género en la niñez, lo que en parte se relaciona con la discrepancia entre el ambiente sexo-hormonal prenatal en el cual se diferenció el cerebro fetal y el sexo asignado al nacer (Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015)). Se observan problemas de identidad de género en diferentes porcentajes en personas con condiciones intersex diferentes (de Vries et al., 2007). Más recientemente se documentó que algunas personas han desarrollado una identidad no binaria, al menos en el ámbito privado (Kreukels et al., 2018). Aunque la mayoría de las personas con intersexualidad pueden no experimentar disforia de género o deseos de transición de género, aun así, pueden sufrir de incertidumbre o de la sensación de tener preguntas sin responder en lo que respecta a su género (Kreukels et al., 2018). Las preguntas acerca de la identidad de género pueden surgir de factores tales como la apariencia genital, el desarrollo puberal como también del conocimiento de temas tales como el término diagnóstico de la condición médica, la condición gonadal, el sexo según los cromosomas, y los antecedentes de cirugía genital. Por lo tanto, es necesario que los PS se muestren dispuestos a responder a las preguntas y los sentimientos de las personas que consultan, conversando abiertamente acerca de la diversidad de género, y que adopten un abordaje de género menos binario.

Se les aconseja guiar a los padres para que puedan apoyar a sus hijos en la exploración de su género. Además, tal apoyo no debe quedar limitado a los años de la niñez. Por el contrario, se debe brindar a las personas la oportunidad de

explorar su identidad de género durante toda su vida, dado que pueden surgir nuevas preguntas relativas al género en diferentes etapas (por ejemplo, en la pubertad/adolescencia o en la edad de procrear). En general, los niños pueden tener preguntas respecto a su identidad de género en distintos momentos durante su desarrollo, cuando se enfrentan a factores adicionales de estrés como por ejemplo la ambigüedad genital, los exámenes y procedimientos genitales, como también frente a la interseccionalidad de los prejuicios culturales e influencias. Las personas con intersexualidad pueden necesitar apoyo y deben ser alentadas a buscar asistencia y guía profesional competente cuando la necesiten. Se espera que los PS también los interroguen regularmente para determinar si las personas que consultan con intersexualidad necesitan ayuda. Cuando experimentan incongruencia de género, pueden considerarse las intervenciones de afirmación de género. Los procedimientos que pueden aplicarse en tales intervenciones se describen en capítulos subsiguientes.

Postulado 10.6

Sugerimos que los profesionales de la salud promuevan el bienestar y minimicen el estigma potencial por presentar una condición intersexual trabajando en forma colaborativa, tanto con personas/organizaciones médicas o no médicas.

Se ha informado que las personas con intersexualidad experimentan estigma, sentimientos de vergüenza, culpa, enojo, tristeza y depresión (Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009). Se observan niveles más altos de problemas psicológicos en esta población que en la población general (Liao & Simmonds, 2014; de Vries et al., 2019). Además, el equipo clínico no debe subestimar el temor de los padres a la estigmatización y a la aceptación del diagnóstico de sus hijos. Los padres pueden beneficiarse si reciben apoyo para manejar la toma de decisiones clínicas (Fleming et al., 2017; Rolston et al., 2015; Timmermans et al., 2019) como también para comprender el impacto de sus

decisiones clínicas según la forma de ver a su hijo (Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010).

Thyen et al (2005) descubrieron la correlación entre los exámenes genitales repetitivos y los sentimientos de vergüenza, temor y dolor que pueden aumentar la posibilidad de desarrollar trastorno de estrés post traumático (TEPT) más adelante en su vida (Alexander et al., 1997; Money & Lamacz, 1987). La exposición a exámenes genitales repetitivos, el miedo a las intervenciones médicas y el ocultamiento a los médicos y a los padres de la condición intersexual terminan por deteriorar el auto empoderamiento y autoestima de la persona con intersexualidad (Meyer-Bahlburg et al., 2018; Thyen et al., 2005; Tishelman et al., 2017; van de Grift, Cohen-Kettenis et al., 2018). Para obtener recomendaciones sobre cómo realizar los exámenes genitales para minimizar los efectos adversos psicológicos, ver Tishelman et al. (2017).

Existe un movimiento activo dentro de la comunidad intersex para aliviar el estigma y para devolverles a las personas intersex sus derechos humanos y dignidad en lugar de tratarlas como anomalías médicas y curiosidades (Principios Yogyakarta, 2007, 2017). Chase (2003) resume las principales razones que motivan el movimiento de apoyo intersex y describe la forma en que el estigma y el trauma emocional son el resultado de la ignorancia y de la necesidad percibida de ocultamiento. La conciencia pública de la existencia de condiciones intersex es muy limitada y las imágenes e historias de personas con intersexualidad todavía se presentan como “anormalidades de la naturaleza”. Por ello recomendamos que los PS eduquen activamente a sus colegas, a las personas con intersexualidad, a sus familias y comunidades, que generen conciencia pública y que aumenten el conocimiento acerca de la intersexualidad. La conciencia social y el conocimiento en lo que respecta a intersexualidad puede contribuir a reducir la discriminación y la estigmatización. Existen herramientas y materiales educativos/informativos que pueden también contribuir a que las personas con intersexualidad

develen su condición, si así lo desean (Ernst et al., 2016).

Los PS deben estar capacitados para reconocer y abordar la estigmatización en las personas que consultan (Meyer-Bahlburg et al., 2018) y deben fomentar que las personas con intersexualidad de diferentes edades se unan a grupos de apoyo. Es necesario desarrollar técnicas/métodos específicos para ayudar a las personas que consultan a afrontar el estigma relativo a la condición intersex.

Postulado 10.7

Sugerimos que los profesionales de la salud deriven a los niños/personas con intersexualidad y a sus familias a profesionales de salud mental, como así también a apoyo psicosocial y de pares, como se indica.

Para casi todos los padres, el nacimiento de un niño con intersexualidad es completamente inesperado y le produce un shock. La imposibilidad de responder inmediatamente a la pregunta que está siempre presente “¿su bebe es varón o nena?”, o la falta de conocimiento acerca de la condición del niño, la incertidumbre sobre el futuro del niño y el estigma intersex perverso a menudo generan distrés, algunas veces a nivel de TEPT que puede llevar a ansiedad prolongada y depresión (Pasterski et al., 2014; Roberts et al., 2020; Wisniewski & Sandberg, 2015). Esta situación puede afectar el cuidado parental y los resultados a largo plazo del niño con intersexualidad (Schweizer et al., 2017). Durante su crecimiento, los niños también están en riesgo de experimentar estigma intersex en las 3 formas principales (declarado, anticipado, internalizado) en todos los órdenes de la vida (Meyer-Bahlburg et al., 2018) junto con otras posibles dificultades tales como problemas con la imagen corporal, comportamiento de género atípico, y cuestionamiento de la identidad de género. Algunos pueden tener que enfrentarse al desafío adicional que se origina cuando son conscientes de la incongruencia entre el género asignado y las características biológicas, tales como el cariotipo sexual, las gónadas, ambiente sexo hormonal pasado y/o actual, y configuración del aparato

reproductor. Esta situación también puede afectar negativamente la salud mental de las personas (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022). Un estudio reciente llevado a cabo de manera online sobre una vasta muestra de jóvenes LGBTQ indicó que la juventud LGBTQ que se categorizaban a sí misma como personas con variación física intersex presentaban una tasa de problemas mentales más alta que la tasa presentada por la juventud LGBTQ sin intersexualidad (Trevor Project, 2021). Dado que las condiciones intersexuales son poco frecuentes, los padres de esos niños y más tarde las propias personas pueden experimentar su situación como inusual y muy difícil de comprender para terceros. Por lo tanto, en base a experiencia clínica, existe consenso entre los PS con experiencia en la atención intersex, que la contención social es un componente primordial en la atención intersex, no sólo el apoyo profesional brindado por los PSM (Pasterski et al., 2010) sino también el que brindan los grupos de apoyo de personas con condiciones intersex (Baratz et al., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021). Lee, Nordenström et al. (2016) brinda un listado internacional detallado de grupos de apoyo de pares DSD e intersex con sus correspondientes sitios web. Dada la heterogeneidad de las condiciones intersex y los regímenes de tratamiento, es probable que una persona con intersexualidad piense que es más beneficioso asociarse con un grupo de ayuda que incluya miembros con la misma condición o condición similar a la suya. Es importante que los PS que se especializan en atención intersex también colaboren estrechamente con esos grupos de apoyo para poder resolver ocasionales diferencias de opiniones en lo que respecta a aspectos específicos de la atención por medio de intercambios de opinión detallados. El contacto cercano entre los PS y los grupos de apoyo también facilita la investigación participativa de la comunidad que beneficia a ambas partes.

Postulado 10.8

Recomendamos que los profesionales de la salud aconsejen a las personas con intersexualidad y a sus familias sobre las opciones de inhibición puberal y/o tratamiento hormonal según la identidad de género de la persona, su edad y las circunstancias médicas especiales.

Si bien muchas personas con intersexualidad presentan identidad de género conforme a su cariotipo XX o XY, hay tanta heterogeneidad que los PS deberán estar capacitados para brindar abordajes adaptados a las personas que consultan. Por ejemplo, entre las personas XX con HSC virilizante, una minoría más numerosa que lo esperado presenta identidad de género masculina (Dessens et al., 2005). Entre las personas XY que presentan síndrome de insensibilidad androgénica parcial, la identidad de género puede variar significativamente (Babu & Shah, 2021). Por otra parte, entre las personas XY con deficiencia 5 α -reductasa-2 (5 α -RD-2) y con deficiencia 17-beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa-3 que fueron asignadas femeninas al nacer, un gran porcentaje (56–63% y 39–64%, respectivamente) cambian del típico rol de género femenino al típico rol de género masculino a medida que envejecen (Cohen-Kettenis, 2005).

Las personas con intersexualidad cuentan con un amplio abanico de opciones médicas de las cuales servirse según su identidad de género y su conformidad con la anatomía. Estas opciones incluyen medicación para la inhibición puberal, tratamiento hormonal y cirugías, todas ellas adaptadas a las circunstancias peculiares de la persona (Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019) (Para más información, ver Capítulo 6 - Adolescencia y Capítulo 12 - Terapia Hormonal). Específicamente, cuando las gónadas son funcionales, la pubertad puede suspenderse temporariamente mediante el uso de análogos de la hormona de liberación de gonadotropinas (GnRH). Esta intervención puede otorgar el lapso de tiempo necesario para que la persona explore su identidad de género y pueda participar

activamente en la designación de sexo, especialmente para condiciones en las cuales el cambio de rol sexual es común (es decir, en personas educadas como femeninas con déficit 5 α -RD-2; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016).

Los PS pueden brindar asesoramiento a las personas y a sus familias directamente si cuentan con suficiente experiencia y pueden aprovecharla para determinar tanto el curso del tratamiento apropiado para la persona como la logística que implica la implementación de la opción terapéutica elegida.

Postulado 10.9

Sugerimos que los profesionales de la salud brinden asesoramiento a los padres y a los niños con intersexualidad (si tienen el desarrollo cognitivo necesario) para demorar la cirugía genital de afirmación de género, la cirugía gonadal o ambas de manera de optimizar la autodeterminación de los niños y su capacidad de participar de una decisión basada en su consentimiento informado.

Las organizaciones internacionales de derechos humanos han expresado en forma reiterada su preocupación por que las cirugías realizadas antes de que el niño pueda participar significativamente en el proceso de toma de decisión pueden poner en riesgo el derecho humano del niño a la autonomía, a la autodeterminación y a un futuro abierto (por ejemplo, Human Rights Watch, 2017). Numerosas organizaciones médicas y defensoras de intersex, como así también muchos países, se han unido a estos grupos de derechos humanos internacionales para recomendar la postergación de la cirugía cuando ello es posible desde el punto de vista médico (Dalke et al., 2020; Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, 2020). Sin embargo, es importante destacar que algunas variaciones anatómicas tales como la obstrucción del flujo urinario o los órganos pélvicos expuestos implican un riesgo inminente de la salud física (Mouriquand et al., 2016). Otras, como el bloqueo menstrual o el riesgo de malignidad a largo plazo en testículos retenidos,

podrían tener consecuencias físicas en el futuro. Un tercer grupo de variaciones, es decir variaciones en la apariencia de los genitales externos o en la profundidad vaginal no implican riesgos físicos inmediatos ni a largo plazo. La recomendación precedente se refiere solamente a aquellas variaciones anatómicas que, si no son tratadas, no conllevan consecuencias físicas adversas en lo inmediato, por lo cual la demora del tratamiento quirúrgico no implica un riesgo de salud física.

La decisión sobre la realización de intervenciones quirúrgicas no urgentes en personas que presentan estas variaciones es compleja y por lo general cuestionada, en especial cuando la persona es un infante o un niño joven y todavía no puede participar en el proceso de toma de decisión. Personas más adultas con intersexualidad han reportado problemas psicosociales y de salud sexual, que incluían depresión, ansiedad y estigma sexual y social (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020). Algunos estudios sugieren que las personas con una variación específica (por ejemplo, HSC 46,XX) están de acuerdo con que se realice la cirugía antes de la adolescencia (Bennecke et al., 2021). Estudios recientes sugieren que algunas personas adultas y adolescentes están satisfechas con la apariencia y la funcionalidad de sus genitales luego de haberse realizado una cirugía durante su niñez (Rapp et al., 2021). La diferencia genital en un niño también puede constituir fuente de estrés para los padres y la investigación sugiere que existe una correlación entre la cirugía para crear genitales binarios y una levemente significativa reducción del estrés parental (Wolfe-Christensen et al., 2017), aunque una minoría de padres reportaron haberse arrepentido de la decisión (Ellens et al., 2017). Como consecuencia de estos hallazgos, algunas organizaciones recomiendan que se ofrezca cirugía a niños muy pequeños (Asociación Americana de Urología, 2019; Sociedad de Endocrinología Pediátrica, 2020), lo que pone de manifiesto la divergencia de criterios existente en el campo médico en lo que respecta a las guías

que deben seguirse para la cirugía genital temprana.

Los autores de este capítulo tampoco lograron arribar a un consenso unánime. Algunos especialistas intersex consideran que es potencialmente peligroso insistir en que se difiera la cirugía genital temprana como regla universal para algunas variaciones genitales que no presentan riesgos médicos inmediatos. Las razones que apoyan este punto de vista incluyen: 1) las condiciones intersex son altamente heterogéneas respecto del tipo y severidad, como también respecto de la estructura gonadal asociada, la función y el riesgo de malignidad; 2) las sociedades y las familias presentan enormes variantes en normas de género y potencial de estigma intersex; 3) la cirugía temprana puede ofrecer ciertas ventajas técnicas; 4) la revisión de encuestas practicadas a personas con intersexualidad (la mayoría de las cuales se habían realizado previamente una cirugía genital) arrojó como resultado que la mayoría están a favor de la cirugía antes de la edad de consentimiento, especialmente en el caso de personas con HSC 46,XX, y no se manifiestan tan convencidas las personas con condiciones intersex XY (Meyer-Bahlburg, 2022). Los expertos que apoyan este punto de vista proponen un abordaje individualizado para tomar decisiones relativas a la cirugía genital y sus tiempos. Este es el abordaje que han adoptado asociaciones médicas que cuentan con un alto porcentaje de especialistas en intersex (Bangalore Krishna et al., 2021; Sociedad de Endocrinología Pediátrica, 2020; Speiser et al., 2018; Stark et al., 2019) y ciertas organizaciones de apoyo (Fundación CARES; Krege et al., 2019).

A pesar de ello, los estudios sobre los resultados a largo plazo son limitados y la mayoría de los que informan resultados positivos carecen de un grupo testigo no quirúrgico (Dalke, et al., 2020; Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, 2020). Tampoco hay evidencia de que la cirugía proteja a los niños con condiciones intersex del estigma (Roen, 2019). Las personas adultas con intersexualidad experimentan estigma, depresión y ansiedad

relacionadas con su genitalidad, pero también pueden experimentar estigma, se hayan sometido a cirugía o no (Ediati et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018). Existe evidencia de que las cirugías pueden ocasionar significativas complicaciones cosméticas, urinarias y sexuales que pueden extenderse hacia la adultez (Gong & Cheng, 2017; Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, 2020). Estudios recientes sugieren que algunos grupos de personas pueden tener experiencias particularmente negativas con la gonadectomía, aunque este riesgo debe ser sopesado contra la posibilidad de desarrollo de malignidad gonadal (Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021). Las personas con condiciones intersex tienen muchas más posibilidades de ser transgénero, de género diverso o presentar disforia de género que la población general (Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015). Las cirugías genitales en niños pequeños pueden por lo tanto reforzar irreversiblemente la asignación de un sexo binario que no esté alineado con el futuro de la persona. Estos hallazgos sumados a las perspectivas de derechos humanos apoyan el pedido de demorar la decisión quirúrgica hasta que la persona pueda decidir por sí misma.

Se necesitan con urgencia estudios de seguimiento sistemáticos a largo plazo que permitan comparar identidad de género, salud mental y calidad de vida en general en personas con las mismas condiciones intersex que realizaron cirugía a diferentes edades contra las que no realizaron cirugía.

Postulado 10.10

Sugerimos que sólo cirujanos experimentados en cirugías genitales o gonadales intersex practiquen las operaciones quirúrgicas en personas con intersexualidad.

Las condiciones intersex no son comunes y la anatomía intersex genital y gonadal son heterogéneas. Las cirugías suelen conllevar un riesgo de complicaciones significativas a largo plazo (por ejemplo, Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, 2020) y la mayoría de los programas de entrenamiento

quirúrgico no prepara a los practicantes para brindar esta intervención especializada (Grimstad, Kremen et al., 2021). Reconociendo la complejidad que implica la intervención quirúrgica a lo largo de toda la vida de los pacientes, los estándares producidos tanto por expertos como por el consenso de la comunidad internacional recomiendan que estas intervenciones se lleven a cabo con la participación de equipos multidisciplinarios de expertos (Krege et al., 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Sociedad de Endocrinología Pediátrica, 2020). Por ello recomendamos que la intervención quirúrgica se limite a entornos multidisciplinarios especializados en intersex, que cuenten con cirujanos experimentados en intervenciones intersex.

Postulado 10.11

Recomendamos que los profesionales de la salud que prescriben o derivan pacientes a terapias o cirugías hormonales aconsejen a las personas con intersexualidad y fertilidad potencial y a sus familias sobre a) los efectos conocidos de las terapias/cirugía hormonal sobre la fertilidad futura; b) los potenciales efectos de las terapias que no han sido debidamente estudiados cuya reversibilidad es desconocida; c) las opciones de preservación de la fertilidad, y d) las implicancias psicosociales de la infertilidad.

Las personas que presentan ciertas condiciones intersex pueden tener genitalidad funcional reproductiva, pero experimentan infertilidad debido al desarrollo atípico de las gónadas. Otras pueden tener gónadas funcionales con células germinales viables, pero imposibilidad de alcanzar la fertilidad natural como consecuencia de una genitalidad interna o externa incongruente. (van Batavia & Kolon, 2016). La inhibición puberal, el tratamiento hormonal con hormonas esteroideas sexuales y las cirugías de afirmación de género pueden tener un efecto adverso sobre la fertilidad futura. Por esta razón, se deben revisar y discutir las posibles consecuencias que implican las opciones de tratamiento y de preservación de la fertilidad.

Se les debe advertir a las personas con testículos funcionales que el tratamiento prolongado con estrógenos y supresión de testosterona puede causar atrofia testicular y una reducción del recuento de espermatozoides, según surge de los estudios realizados en personas TGD sin intersexualidad (Mattawanon et al., 2018). Si bien la interrupción de tal tratamiento hormonal de afirmación de género puede mejorar la calidad de los espermatozoides, no se puede garantizar la reversión completa del daño al semen (Sermondade et al., 2021). La principal opción de preservación de fertilidad en personas con testículos funcionales es la criopreservación de esperma recogido a través de la masturbación o de estimulación vibratoria (de Roo et al., 2016). Aunque no se cuenta con datos de procedimientos exitosos en humanos, existe la propuesta de ofrecer extracción testicular directa y criopreservación de tejido testicular inmaduro a los adolescentes que aún no han alcanzado la espermarquia (Mattawanon et al., 2018).

Se les debe advertir a las personas con ovarios funcionales que la terapia con testosterona habitualmente provoca cesación tanto de la menstruación como de la ovulación, por lo general dentro de los primeros meses de iniciar la terapia. No se cuenta con conocimiento completo sobre los efectos potenciales de la testosterona en los ovocitos y consecuente fertilidad. En personas transgénero, un estudio informó que el tratamiento con testosterona puede asociarse al desarrollo de morfologías de ovarios poliquísticos (Grynberg et al., 2010). Sin embargo, otros investigadores no han encontrado evidencia de síndrome de ovario poliquístico (SOP) basada en parámetros metabólicos (Chan et al., 2018) o histológicos (de Roo et al., 2017) en hombres transgénero que recibieron terapia hormonal de afirmación de género. Las personas con útero conservado y ovarios funcionales pueden recuperar su fertilidad al discontinuar la terapia con testosterona.

Las opciones para la preservación de fertilidad en personas post puberales con intersexualidad y ovarios funcionales incluyen estimulación hormonal para la criopreservación de ovocitos

maduros o para la criopreservación de tejido ovárico. Alternativamente, se informó sobre la extracción de ovocitos por estimulación en el caso de un hombre transgénero que continuaban con terapia de testosterona (Greenwald, 2021). En forma similar, se reportó la criopreservación de ovocitos posterior a la estimulación ovárica en un niño transgénero que recibía terapia con GnRHa (Rothenberg et al., 2019). Debe tenerse en cuenta que la estimulación ovárica, la discontinuación temporaria de GnRHa, el tratamiento con testosterona o ambos, como así también los procedimientos ginecológicos pueden ocasionar estrés psicológico en las personas, quienes reaccionarán según su salud mental, su identidad de género y su experiencia médica anterior. La viabilidad de ciertas intervenciones podría depender del apoyo que reciban de otras personas de la red social de la persona, incluso de sus potenciales parejas.

Postulado 10.12

Sugerimos que los profesionales de la salud que atiendan personas con intersexualidad e infertilidad congénita brinden información acerca de las distintas alternativas de parentalidad, desde el comienzo de la intervención y en forma gradual, tanto a las personas que consultan como a sus familias.

En el caso de las personas con características intersex, la probabilidad de infertilidad puede reconocerse en la infancia, en la niñez, en la adolescencia o en la adultez sin que haya sido necesario haber realizado intentos anteriores de concebir. Para muchas personas, el diagnóstico de infertilidad acompaña al diagnóstico de intersex (Jones, 2019). Para algunas, la fertilización heteróloga asistida (por ejemplo, por donación de ovocitos o espermia) puede ser una opción. Las personas que no están interesadas en comprometerse en el esfuerzo de alcanzar fertilidad como se describió anteriormente o aquellas para quienes la fertilidad no es posible, pueden verse beneficiadas si conocen las opciones disponibles de adopción y parentalidad alternativa en etapas iniciales de su atención. Existen múltiples caminos para la adopción. Algunos pueden requerir compromiso y una inversión de tiempo considerable. Si bien el trasplante de útero ha tenido éxito preliminar en personas con agenesia Mulleriana (Richards et al., 2021), a la fecha no contamos con protocolos que permitan proteger al feto en desarrollo de la exposición a los riesgos asociados a las medicaciones que se utilizan para evitar el rechazo al trasplante.

CAPÍTULO 11 – Entornos Institucionales

Este capítulo aborda los cuidados para personas transgénero y de género diverso (TGD) que residen en instituciones. Por definición, las instituciones son instalaciones o establecimientos en los cuales la gente vive y recibe atención en un entorno de congregación o de grupos numerosos en los cuales las personas pueden o no tener libertad de movimiento, consentimiento individual o representación. Las unidades carcelarias (correccionales, centros de detención de inmigrantes, cárceles, centros de detención juvenil) y las unidades no carcelarias (residencias permanentes, centros de internación psiquiátrica, atención domiciliaria, asilos/centros de cuidado paliativos, residencias de apoyo y vida asistida) son instituciones residenciales que deben brindar acceso al cuidado de la salud a las personas transgénero. La mayoría de la evidencia recopilada que apoya la atención adecuada de las personas TGD proviene de entornos carcelarios. Sin embargo, las recomendaciones expresadas aquí son de aplicación a todas las instituciones donde habitan personas TGD, ya sean carcelarias o no carcelarias (Porter et al., 2016). Todas las recomendaciones de la Guía se aplican igualmente a personas que viven en ambos tipos de instituciones. Las personas tienen derecho al acceso a los tratamientos médicos necesarios independientemente de su situación de vivienda dentro de una institución (Brown, 2009). La atención de la persona institucionalizada debe tener en cuenta que no tiene el acceso que tiene una persona no institucionalizada para asegurarse atención por sus propios medios. Por esta razón, las personas institucionalizadas deben recibir apoyo para recibir los Estándares de Atención de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH).

Las personas TGD residentes en unidades carcelarias reportan la falta de acceso a la atención de salud específica necesaria para las personas transgénero (ver Capítulo 2 - Aplicación Global, Postulado 2.1), lo que constituye su principal preocupación cuando son encarceladas (Brown, 2014; Emmer et al., 2011). Las inequidades

raciales sistemáticas propias de muchos entornos carcelarios (Sawyer, 2020), las disparidades raciales en los resultados de salud (Nowotny et al., 2017) y la abrumadora mayoría de personas TGD de color en algunas unidades (Reisner et al., 2014) puntualizan la necesidad de un liderazgo fuerte en las instituciones para atender los problemas de acceso a la atención de la transición. Estudios controlados muestran disparidades clínicamente significativas en materia de salud física y mental en las personas transgénero que se han visto envueltas en causas judiciales en comparación con grupos equivalentes de personas transgénero que no se encuentran en cárceles o prisiones (Brown and Jones, 2015). Es muy frecuente que las agencias, las organizaciones y el personal encargado de las prestaciones no tengan los conocimientos necesarios, ni el entrenamiento, ni la capacidad para atender a personas de género diverso (Clark et al., 2017). La discriminación contra residentes TGD en entornos de cuidados paliativos, incluso en hospicios, es común y las necesidades de los pacientes TGD o sus tutores son ignoradas (Stein et al., 2020). Esta es una de las razones por las cuales pacientes lesbianas, gay, bisexuales y transgénero (LGBT) prefieren esconder su identidad sexual y/o de género cuando ingresan a un centro asistencial, a pesar de que antes de su admisión hayan estado viviendo públicamente como persona identificada LGBT (Carroll, 2017; Serafin et al., 2013).

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos. La mayor parte de la literatura disponible con relación a instituciones se centra en personas privadas de su libertad, en cárceles, prisiones u otros entornos carcelarios. También se tomó en cuenta y se incluyó en las referencias la

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

- 11.1- Recomendamos que los profesionales de la salud a cargo de proveer la atención de afirmación de género en personas que residen en instituciones (o asociados con instituciones o agencias) reconozcan que la lista completa de recomendaciones de los SOC-8 es de aplicación, en forma igualitaria, a personas TGD institucionalizadas.
- 11.2- Sugerimos que las instituciones brinden entrenamiento sobre diversidad de género a todo su personal.
- 11.3- Recomendamos que los profesionales médicos responsables de prescribir y monitorear hormonas en personas TGD institucionalizadas que necesitan terapia hormonal de afirmación de género lo hagan sin demorarlo indebidamente y de conformidad con los SOC-8.
- 11.4- Recomendamos que los profesionales médicos y el personal responsable de atender personas TGD institucionalizadas recomienden y apoyen tratamientos quirúrgicos de afirmación de género conforme a lo dispuesto por los SOC-8, cuando lo solicite la persona, sin demora indebida.
- 11.5- Recomendamos que los administradores, profesionales de la salud y toda otra persona que trabaja en instituciones y tenga la responsabilidad de atender personas TGD permitan que esas personas obtengan la vestimenta y los artículos de cuidados personales apropiados en concordancia con su expresión de género, de acuerdo con sus solicitudes.
- 11.6- Recomendamos que todo el personal de la institución se dirija a las personas TGD por sus nombres y pronombres elegidos, en todo momento.
- 11.7- Recomendamos que los administradores, los profesionales de la salud y otros funcionarios de la institución responsables de tomar decisiones que afecten a los residentes TGD consideren la preferencia de la persona en cuanto a alojamiento, su identidad y expresión de género y temas de seguridad, y no solamente su anatomía y su sexo asignado al nacer.
- 11.8- Recomendamos que el personal institucional establezca políticas de alojamiento que garanticen la seguridad de los residentes transgénero y de género diverso, sin que se los segregue o se los aisle.
- 11.9- Recomendamos que el personal institucional permita que los residentes transgénero y de género diverso utilicen las duchas y los baños en forma privada, cuando así lo soliciten.

literatura proveniente de otros tipos institucionales cuando estaban disponibles. Esperamos que investigaciones futuras aborden esta relativa escasez de datos provenientes de instituciones no carcelarias. Las recomendaciones resumidas son generalizables para una variedad de entornos institucionales que tengan características en común, lo que incluye permanencia por periodos prolongados, pérdida o limitación de la representatividad, y dependencia del personal institucional para algunas o todas las necesidades básicas de la vida diaria.

Postulado 11.1

Recomendamos que los profesionales de la salud a cargo de proveer la atención de afirmación de género en personas que residen en instituciones (o asociados con instituciones o agencias) reconozcan que la lista completa de recomendaciones de los SOC-8 es de aplicación, en forma igualitaria, a personas TGD institucionalizadas.

Del mismo modo en que reconocemos que las personas que viven en instituciones requieren y se merecen atención de salud mental y médica

tanto general como de las áreas de especialidad, reconocemos que las personas TGD que están institucionalizadas necesitan atención específica para el cuidado TGD. Recomendamos la aplicación de los Estándares de Atención (SOC) para personas institucionalizadas también, por tratarse de principios básicos y éticos (Beauchamp & Childress, 2019; Pope & Vasquez, 2016). Además, numerosos tribunales han sostenido la necesidad de brindar atención informada a las personas TGD en base a los SOC de la WPATH también a personas institucionalizadas (por ejemplo, *Koselik v. Massachusetts*, 2002; *Edmo v. Idaho Departamento de Correcciones*, 2020). Las agencias que proveen personal para atención domiciliar prolongada también deben ser conscientes de la aplicabilidad de los Estándares de Atención.

Postulado 11.2

Sugerimos que las instituciones brinden entrenamiento sobre diversidad de género a todo su personal.

Dado que la atención de personas TGD afecta a un porcentaje pequeño de la población, se

requiere entrenamiento especializado como el establecido en estos SOC- Versión 8. Si bien el nivel de entrenamiento variará según el rol desempeñado por los miembros del personal dentro del entorno institucional, todo el personal debe ser entrenado sobre la forma apropiada de dirigirse a los residentes, mientras que el personal clínico necesitará entrenamiento y/o asesoramiento más intensivo. Estas recomendaciones de capacitación también deben aplicarse a las agencias que suministran personal para la atención domiciliar prolongada. Referirse por el género incorrecto a los residentes institucionalizados, no permitirles usar vestimentas, duchas o habitaciones apropiadas a su género y no utilizar el nombre elegido comunica una falta de respeto hacia los residentes TGD, quienes pueden experimentar estos tratos indignos a repetición como tratos emocionalmente traumáticos que ocasionan depresión y ansiedad. Tales daños pueden prevenirse si se brinda a todos los miembros de la institución entrenamiento adecuado sobre diversidad de género y las competencias básicas para el cuidado de la salud transgénero (Hafford-Letchfield et al., 2017). Las encuestas indican que quienes trabajan con personas privadas de su libertad, como así también quienes trabajan en entornos no carcelarios, tales como centros de cuidados paliativos, presentan vacíos de conocimiento significativos (Stein et al., 2020; White et al., 2016). Hafford-Letchfield et al. (2017) demostró el beneficio de entrenar al personal de las residencias de estadía prolongada cuando el entrenamiento comenzó por “reconocer cuestiones LBGT” y se daba en “centros asistenciales”. Si los prestadores de salud asignados carecen de experiencia para evaluar y/o atender personas de género diverso a su cargo, debe buscarse asesoramiento de profesionales con experiencia en cuidados de la salud de afirmación de género (Brömdal et al., 2019; Sevelius and Jenness, 2017)).

Postulado 11.3

Recomendamos que los profesionales médicos responsables de prescribir y monitorear

hormonas en personas TGD institucionalizadas que necesitan terapia hormonal de afirmación de género lo hagan sin demorarlo indebidamente y de conformidad con los SOC-8.

Las personas TGD pueden necesitar evaluación para iniciar terapia hormonal de afirmación de género al momento de ser ingresadas en instituciones, o pueden desarrollar esta necesidad luego de haber residido en un entorno institucional durante tiempos muy variables. No es infrecuente que a las personas TGD se les niegue el acceso a la terapia hormonal durante meses o años luego de haber expresado esa necesidad, o que se los trate defectuosamente y se los monitoree pobremente, lo que demora la valoración necesaria de las medicaciones en cuanto a su seguridad y eficacia (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019). Esto puede dar lugar a problemas de salud mental significativos que incluyen depresión, ansiedad, suicidio y riesgos de cirugías auto-realizadas (Brown, 2010). Como ocurre con todas las atenciones medicamente necesarias, el acceso a terapias hormonales de afirmación de género debe brindarse en forma oportuna cuando haya sido prescripta para un residente TGD, ya sea que se encuentre en entornos institucionales carcelarios o no carcelarios. Los profesionales médicos deberán valorar el dosaje de hormonas apropiadamente, en base a los resultados de laboratorio y a la respuesta clínica, para garantizar que los valores estén dentro del rango de los estándares recomendados en el campo de la endocrinología. Tales estudios de laboratorio deben ser realizados con la frecuencia necesaria para no demorar la titulación apropiada.

Las personas TGD de edad avanzada que viven en asilos tienen necesidades específicas (Boyd, 2019; Carroll, 2017; Porter, 2016). Cuando las personas de edad avanzada requieren tratamiento hormonal, si bien los médicos deben evaluar las condiciones preexistentes, no es habitual que tales condiciones hoy en día sean un impedimento para la administración de hormonas en esta población (Ettner, 2013). Es

posible que las personas con incongruencia de género institucionalizadas también presenten condiciones de salud mental (Brown and Jones, 2015; Cole et al., 1997). Tales condiciones deben ser evaluadas y tratadas apropiadamente como parte de la evaluación completa. Se debe monitorear muy de cerca a las personas que reciben terapia hormonal para evitar una potencial interacción de drogas y polifarmacia (Hembree et al., 2017).

Las personas TGD que ingresan a una institución y se encuentran recibiendo terapia hormonal de afirmación de género apropiada, deben continuar con dicha terapia o una similar, que será monitoreada según lo establecido por los SOC-versión 8. El abordaje de “congelamiento” es inapropiado y peligroso (Kosilek v. Massachusetts, 2002). Este abordaje anticuado consiste en la práctica de denegar hormonas a personas que no comenzaron su terapia hormonal o mantenerles las mismas dosis de hormonas que estaban recibiendo cuando fueron ingresados durante todo el periodo de su institucionalización, aunque esa fuera una dosis de iniciación (baja dosis). Las personas TGD que se considera cumplen con los criterios de elegibilidad para comenzar una terapia hormonal de afirmación de género deben hacerlo con la celeridad con que lo harían si estuvieran fuera de la institución (Adams v. Oficina Federal de Prisiones, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009). Las consecuencias de una suspensión abrupta de hormonas o la falta de inicio de la terapia hormonal médicamente necesaria implican la probabilidad significativa de resultados negativos (Brown, 2010; Sundstrom and Fields v. Frank, 2011) tales como auto tratamiento quirúrgico por auto castración, ánimo depresivo, aumento de la disforia de género y/o suicidio (Brown, 2010; Maruri, 2011).

Si una persona institucionalizada recibe hormonas y/o cirugías de afirmación de género, las decisiones sobre el alojamiento en instalaciones segregadas por sexo pueden necesitar ser reevaluadas para garantizar la seguridad y el bienestar de la persona TGD (Ministerio de Justicia [UK], 2016).

Postulado 11.4

Recomendamos que los profesionales médicos y el personal responsable de atender personas TGD institucionalizadas recomienden y apoyen tratamientos quirúrgicos de afirmación de género conforme a lo dispuesto por los SOC-8, cuando lo solicite la persona, sin demora indebida.

Las personas TGD con disforia de género deben contar con un plan de tratamiento apropiado que brinde tratamientos de cirugía médicamente necesarios con elementos similares a los provistos para las personas que residen fuera de las instituciones (Adams v. Oficina Federal de Prisiones, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009; Edmo v. Idaho Departamento de Correcciones, 2020). Las consecuencias de denegar, o falta de acceso a cirugías de afirmación de género en los residentes de instituciones que no pueden acceder a intervenciones afuera de las mismas pueden ser muy serias, y podrían implicar inclusive el agravamiento sustancial de los síntomas de disforia de género, la depresión, la ansiedad, la tasa de suicidios y la posibilidad de someterse a auto-cirugías (por ejemplo, auto castración o auto-penectomía Brown, 2010; Edmo v. Idaho Departamento de Correcciones, 2020; Maruri, 2011). No es poco común que los residentes de instituciones sean privados de acceso a la evaluación previa a la cirugía de afirmación de género como también del tratamiento mismo, aun cuando éste es médicamente necesario (Kosilek v. Massachusetts/ Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Departamento de Correcciones, 2020). Denegar evaluaciones médicamente necesarias, como así también los tratamientos quirúrgicos de afirmación de género y los cuidados posteriores, es inapropiado e inconsistente con las disposiciones de esta Guía.

Postulado 11.5

Recomendamos que los administradores, profesionales de la salud y toda otra persona que trabaja en instituciones y tenga la responsabilidad de atender personas TGD permitan que esas personas obtengan la

vestimenta y los artículos de cuidados personales apropiados en concordancia con su expresión de género, de acuerdo con sus solicitudes.

Expresión de género se refiere a tener el peinado, los artículos de cuidado personal, la vestimenta, los nombres y pronombres asociados a la identidad de género que tengan en su cultura y/o en su comunidad (Asociación Americana de Psicología, 2015; Hembree et al., 2017). La expresión de género es la norma entre la mayoría de las personas que pertenecen a una cultura o a una comunidad. Transición social es el proceso de las personas desde cuando comienzan a expresar su identidad de género en forma auténtica y socialmente perceptible y mientras continúen haciéndolo. Por lo general, la transición social incluye el comportamiento y presentación pública que difiere de lo que comúnmente se espera de la persona a la cual se le ha asignado un marcador de género legal al momento de su nacimiento. Marcador de género es una etiqueta legal que indica el sexo de la persona que le ha sido asignado o designado al momento de su nacimiento en documentos oficiales (Asociación Americana de Psicología, 2015). Habitualmente se registra como masculino o femenino, pero también como intersex o "X" en algunos países y jurisdicciones. Las personas TGD deben tener los mismos derechos de expresión de género con que cuentan las personas cisgénero que viven tanto dentro como fuera de los entornos institucionales. La aceptación de la transición social por parte del personal también establece un tono de respeto y afirmación que puede extender el respeto y afirmación de otras personas que residen en la institución, aumentando de esta forma la seguridad y reduciendo algunos aspectos de la incongruencia de género.

La investigación indica que la transición de género y la expresión de género congruente tienen efectos beneficiosos significativos sobre la salud mental de las personas TGD (Bockting & Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018). Para facilitar la expresión de la identidad de género, estas recomendaciones incluyen que se les

permita vestir ropa congruente y utilizar peinados adecuados, obtener y usar productos de higiene y aseo personal apropiados a su género, ser llamados por el nombre que elijan o por su apellido legal (aun cuando no haya resultado posible cambiar el nombre asignado legalmente todavía) y dirigirse a ellos con el pronombre alineado a su identidad. Estos elementos de expresión de género y transición social, cada uno de ellos o todos en su conjunto, según lo determine la necesidad de la persona, reducen la disforia/incongruencia de género, la depresión, la ansiedad, las ideas y conductas de auto dañarse, la ideación e intento de suicidio (Russell et al., 2018). Además, estos elementos de expresión de género congruente aumentan el bienestar y el buen funcionamiento (Glynn et al., 2016).

Postulado 11.6

Recomendamos que todo el personal de la institución se dirija a las personas TGD por sus nombres y pronombres elegidos, en todo momento.

Dado que un porcentaje creciente de personas se identifican abiertamente como de género diverso, existe la necesidad de desarrollar e implementar prácticas y políticas que satisfagan las necesidades de estas personas sin importar donde ellas residan (McCauley et al., 2017). Por ejemplo, las instituciones deberían utilizar sistemas de registro médico y administrativo para sus residentes que registren marcadores de géneros consistentes con la identidad de género y no solamente con el sexo asignado al nacer. Al desarrollar estas recomendaciones, se reconoció que la expansividad de género puede desafiar las normas institucionales de algunas instituciones donde viven las personas TGD. Sin embargo, todas las instituciones tienen la responsabilidad de brindar seguridad y bienestar a todas las personas que viven allí (Australia, 2015; Servicios Correctivos New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Departamento de Correcciones, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015). Sevelius y Colegas (2020) demostraron que el uso correcto del pronombre es afirmador de género en las mujeres transgénero y tiene un correlato

positivo en los resultados de salud mental y salud relativa a VIH. Si un residente de una institución se ha cambiado el nombre legalmente, los registros de la institución deberían también cambiarse para reflejar esos cambios.

Postulado 11.7

Recomendamos que los administradores, los profesionales de la salud y otros funcionarios de la institución responsables de tomar decisiones que afecten a los residentes TGD consideren la preferencia de la persona en cuanto a alojamiento, su identidad y expresión de género y temas de seguridad, y no solamente su anatomía y su sexo asignado al nacer.

La separación de las personas en base al sexo asignado al nacer, política habitualmente implementada en los entornos institucionales (Brown and McDuffie, 2009; Routh et al., 2017) puede dar lugar a un entorno inherentemente peligroso (Ledesma & Ford, 2020). Las personas con diversidad de género son extremadamente vulnerables a la estigmatización, victimización, desprecio, violencia y abuso sexual (Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness and Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein et al., 2020). La rigidez que implica la separación sistemática por sexo por lo general falla en mantener la seguridad de las personas TGD y puede impedir su acceso a las intervenciones de afirmación de género (Stohr, 2015). Debido a ello, las instituciones deberían seguir procedimientos que evalúen en forma rutinaria las necesidades de alojamiento y preferencias de los reclusos TGD (por ejemplo, Oficina Federal de Prisiones, 2016). Del mismo modo, la Ley de Eliminación de Violaciones en Prisión estipula específicamente que las personas TGD constituyen una población vulnerable e instruye a las prisiones en todo el territorio de la nación en los Estados Unidos que consideren las preferencias de alojamiento de estos reclusos (Oficina de Asistencia de la Justicia, 2017).

Postulado 11.8

Recomendamos que el personal institucional establezca políticas de alojamiento que

garanticen la seguridad de los residentes transgénero y de género diverso, sin que se los segregue o se los aisle.

Asignar lugar a un residente TGD solamente en base a su anatomía genital o al sexo que le ha sido asignado al nacer es confuso y expone a las personas a riesgo de daño físico y/o psicológico (Scott, 2013; Simopoulos & Khin, 2014; Yona & Katri, 2020). Queda bien establecido que en ambientes carcelarios las personas transgénero están más propensas que otros prisioneros a sufrir abuso sexual, asalto o ambos (James et al., 2016; Jenness & Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2019). Dado que es necesario que las decisiones de asignación de lugares tengan por objetivo la seguridad, la decisión compartida, que incluye la opinión de la persona, debe aplicarse en cada caso (Oficina Federal de Prisiones, 2016; Jenness and Smyth, 2011). Algunas mujeres transgénero prefieren residir en establecimientos para masculinos, mientras que otras se sienten más seguras en edificios para femeninos. Dado que el rango de identidades de género, las condiciones de expresión y transición son tan heterogéneos entre las personas de género diverso, mantener la seguridad de los residentes requiere de procesos flexibles de toma de decisiones (Yona & Katri, 2020)). Por consiguiente, el alojamiento en centros asistenciales y centros de vida asistida deberían tener en cuenta la asignación de cuartos para adultos mayores en base a su género autodefinido, sin tener en cuenta la asignación de sexo al nacimiento o su historia quirúrgica y la decisión debería tomarse en colaboración con el paciente TGD.

El confinamiento en solitario, algunas veces referido como segregación administrativa en unidades carcelarias, se refiere al aislamiento físico de las personas durante el cual son confinadas a sus celdas durante aproximadamente 23 horas por día. La utilización del aislamiento se da en ciertas unidades carcelarias como una medida disciplinaria, pero también como una medida para proteger a los prisioneros que se considera que representan un riesgo para sí mismos o para otros, o que están en

riesgo de asalto sexual infligido por otros internos. Sin embargo, el aislamiento de los prisioneros por motivos de seguridad, si fuera necesario, debería ser por tiempo limitado, dado que el aislamiento puede provocar daño psicológico severo e importantes daños funcionales (Ahalt et al., 2017; Scharff Smith, 2006). Las organizaciones que respetan estándares de prisión nacionales, como así también las Naciones Unidas consideran que el aislamiento mayor a 15 días se considera tortura (NCCHC, 2016; Naciones Unidas, 2015).

Postulado 11.9

Recomendamos que el personal institucional permita que los residentes transgénero y de género diverso utilicen las duchas y los baños en forma privada, cuando así lo soliciten.

La necesidad y la importancia de la privacidad es universal, sin importar la identidad de género. Las personas TGD informan que tratan de evitar los baños públicos limitando la ingesta de sólidos y bebida para no tener que usar las instalaciones públicas, lo que puede derivar en infecciones del tracto urinario y problemas relacionados con los riñones (James et al., 2016). Las personas TGD institucionalizadas no suelen gozar de privacidad en el uso del baño o las duchas, lo que puede derivar en daños psicológicos y/o abuso físico y sexual (Bartels and Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). Algo similar ocurre en entornos carcelarios: los cacheos, registros corporales al desnudo, y las inspecciones en las cavidades del cuerpo deben ser realizadas por miembros del personal del mismo sexo, si bien se entiende que esto puede no ser posible en caso de emergencia extrema. Se debe evitar la presencia de otros empleados que pudieran presenciar estos procedimientos (Oficina de Auxiliar de Justicia, 2017). Existe legislación, como por ejemplo la Ley Federal de Eliminación de Violaciones en Prisión en los Estados Unidos, que dispone el uso privado de las duchas y los baños para las personas transgénero privadas de su libertad.

La población de personas TGD de edad avanzada que necesitan atención en instituciones está en aumento (Carroll, 2017; Witten & Eyler, 2016). Las instituciones para estadías prolongadas y otras que atienden las necesidades de las personas de edad avanzada deben tomar en consideración las necesidades de sus residentes no cisgénero (Ettner, 2016; Ettner & Wiley, 2016). Las encuestas a PS que trabajan con mayores en hospicios y entornos de cuidados paliativos y otras instituciones de estadía prolongada informan que los pacientes que se identifican como TGD suelen no recibir atención básica, son discriminados al momento de acceder a atención médica o son abusados física y/o emocionalmente (Stein et al., 2020). Una encuesta realizada a prestadores de atención para jubilados y residentes arrojó como resultado que no contaban con suficiente experiencia o comprensión de los problemas a que se enfrenta esta población. Efectivamente, muchos residentes TGD de edad avanzada admitieron que escondían su identidad de género por temor a que se los trate insensiblemente o a ser abiertamente discriminados (Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel & Fruhauf, 2015).

CAPÍTULO 12 - Terapia Hormonal

Las personas transgénero y de género diverso (TGD) pueden necesitar terapia hormonal de afirmación de género por razones médicas (THAG), para lograr los cambios consistentes con sus objetivos corporales, su identidad de género o ambos (ver lo dispuesto sobre necesidad médica en el Capítulo 2 - Aplicación Global, postulado 2.1). Este capítulo describe las recomendaciones referentes a la terapia hormonal para personas TGD adultas y adolescentes. Sírvase referirse al Capítulo 5 - Evaluación en la Adulthood y al Capítulo 6 - Adolescencia, para informarse acerca de los criterios de evaluación relativos a la iniciación de la terapia hormonal para personas adultas y adolescentes, respectivamente. Se puede encontrar un resumen de las recomendaciones y de los criterios de evaluación en el Apéndice D.

Ya desde la primera publicación de los Estándares de Atención (SOC) de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) en el año 1979 y sucesivas actualizaciones, incluso la Versión 7, las THAG son aceptadas como médicamente necesarias (Coleman et al., 2012). La WPATH apoyó las guías de la Endocrine Society referidas a las THAG para las personas TGD en 2009 y en 2017 (Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017). La Sociedad Europea de Medicina Sexual también publicó su posición en cuanto al manejo hormonal en adolescentes personas TGD adultas (T'Sjoen et al., 2020). Si se provee bajo supervisión médica, la THAG es segura en personas adultas (Tangpricha & den Heijer, 2017; Safer & Tangpricha, 2019), aunque existen riesgos potenciales a largo plazo, por lo que se requiere monitoreo y estudios de control para reducir los eventos adversos (Hembree et al., 2017; Rosenthal, 2021).

En general, el objetivo es lograr niveles séricos de esteroides sexuales asociados a los correspondientes con la identidad de género de la persona, aunque los rangos óptimos todavía no se han establecido (Hembree et al., 2017). Los profesionales de la salud (PS) pueden evaluar los

niveles séricos de testosterona y/o estradiol para monitorear la mayoría de los tratamientos con esteroides sexuales. Sin embargo, no es posible realizar ese monitoreo cuando se utilizan estrógenos conjugados o sintéticos. La presunción de que la relación estradiol/estróna debe ser monitoreada no fue apoyada en un estudio de cohorte reciente porque no pudo verificarse la relación entre la concentración de estróna y algún cambio en la grasa corporal o desarrollo de mamas visto en un estudio europeo sobre una cohorte de 212 mujeres transgénero adultas bajo tratamiento hormonal con seguimiento a 1 año (Tebbens et al., 2021). Este estudio demostró que las mayores concentraciones de estróna o una elevada relación estróna/estradiol no están asociadas a efectos antagonistas en la feminización (porcentaje de grasa y desarrollo de mamas) (Tebbens et al., 2021). Por lo tanto, la evidencia actual publicada no apoya el monitoreo de la relación estróna/estradiol. El uso de estrógenos conjugados ha sido abandonado a favor de los estrógenos bio idénticos. Aun cuando varios estudios han demostrado un riesgo de complicaciones tromboembólicas y cardiovasculares significativamente mayor con el uso de estrógenos conjugados por vía oral al compararse con la administración de estradiol oral en mujeres postmenopáusicas, no se han realizado ensayos controlados aleatorios, ni en mujeres postmenopáusicas, ni en personas transgénero que realizan tratamiento con estrógenos (Smith et al., 2014).

El abordaje de la THAG difiere y depende del estadio de desarrollo de la persona en el momento de inicio de la terapia hormonal, como así también de sus objetivos respecto al tratamiento. No se recomienda la terapia hormonal en niños que no han comenzado su pubertad endógena. En personas jóvenes que cumplen con los criterios de elegibilidad (según los define el Capítulo 6 - Adolescencia) y han alcanzado los estadios tempranos de la pubertad, el objetivo es comúnmente demorar el avance de la progresión puberal con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) hasta que sea el momento apropiado para iniciar THAG. En estos

casos, se considera que la inhibición puberal es médicamente necesaria. Las personas adultas que cumplen con los criterios de elegibilidad pueden iniciar la THAG si reúnen los criterios establecidos en el Capítulo 5 - Evaluación en la Adulthood. Además, los prestadores del sistema de salud deben discutir con ellas sus objetivos en cuanto a la fertilidad y los procedimientos para preservarla antes de iniciar la THAG. Ver Capítulo 16 - Salud Reproductiva.

La THAG para alcanzar un cuerpo con características asociadas a lo femenino típicamente consiste en administrar estrógenos y medicación antiandrogénica (Hembree et al., 2017). A pesar de que existen informes anecdóticos sobre el uso de progesterona para el desarrollo mamario y el manejo del estado de ánimo, la evidencia actual es insuficiente para afirmar que los beneficios de la administración de progesterona superen a los riesgos potenciales (Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019). La THAG masculinizante típicamente consiste en administrar testosterona. Tanto la WPATH como la Endocrine Society recomiendan que se monitoreen los niveles séricos de hormonas sexuales. Si bien la THAG se ajusta a las necesidades individuales de la persona TGD, es habitual que se mantengan los niveles de hormonas en una concentración suficiente para preservar la buena salud ósea y que no alcance niveles supra-fisiológicos (Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019).

En la mayoría de los casos, la THAG se mantiene durante toda la vida. Se desconoce si las dosis de THAG deben reducirse en personas TGD de edad avanzada. La discontinuación de la terapia hormonal puede traer como consecuencia la pérdida ósea en personas TGD, lo que definitivamente ocurrirá en personas cuyas gónadas hayan sido removidas (Wiepjes et al., 2020). También se debe brindar atención primaria de rutina (ver Capítulo 15 - Atención Primaria). Los estudios epidemiológicos han reportado un aumento de la incidencia de enfermedad cardiovascular y tromboembolismo venoso (TEV) en personas TGD que reciben estrógenos, lo que es más notable en personas de edad avanzada y

con diferentes preparaciones de THAG (Irwig, 2018; Maraka et al., 2017). Las personas TGD tratadas con testosterona pueden también presentar aumento de riesgo y eventos cardiovasculares, tales como infarto de miocardio, aumento de la presión arterial, disminución de los niveles de colesterol HDL y exceso de peso (Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et al., 2021)). Los profesionales de la salud (PS) deben discutir las cuestiones relativas al estilo de vida y la terapia farmacológica con los pacientes que presentan mayores riesgos de desarrollar enfermedades cardiovasculares (ver Capítulo 15 - Atención Primaria). La policitemia es otro trastorno que puede presentarse en personas TGD que reciben testosterona (Antun et al., 2020). Por lo tanto, es importante monitorear en forma continua el desarrollo de condiciones que puedan estar exacerbadas por la THAG a lo largo de la vida (Hembree et al., 2017).

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Terapia hormonal de afirmación de género en la juventud

Las siguientes secciones abordarán el tema de la terapia hormonal en personas TGD jóvenes. Según el estadio de desarrollo de la persona joven, esta terapia hormonal comprende dos fases, a saber: la de inhibición puberal seguida de la adición de THAG. Durante la primera fase, el desarrollo puberal se detiene para permitir que el joven explore su identidad de género y sus objetivos corporales y para prepararse para la fase siguiente, que puede incluir la THAG. En esta sección abordaremos las recomendaciones de uso de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRHa) como así también

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

12.1 Recomendamos que los profesionales de la salud comiencen con la inhibición puberal hormonal en adolescentes transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de elegibilidad* Sólo después de que se hayan manifestado los cambios físicos de la pubertad. (Estadio de Tanner 2).

12.2 Recomendamos que los profesionales de la salud utilicen agonistas GnRH para suprimir las hormonas sexuales endógenas en personas transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de elegibilidad* a los cuales se indique bloqueo de la pubertad.

12.3 Sugerimos que los profesionales de la salud prescriban progestágenos (orales o inyectables de depósito) para la suspensión de la pubertad personas transgénero y de género diverso jóvenes que cumplen con los criterios de elegibilidad* cuando los agonistas GnRH no están disponibles o tienen un costo prohibitivo.

12.4 Sugerimos que los profesionales de la salud prescriban agonistas GnRH para suprimir los esteroides sexuales sin reemplazo hormonal concomitante con esteroides sexuales en adolescentes transgénero y de género diverso que soliciten tal intervención y cumplen con los criterios de elegibilidad*, si presentan un desarrollo puberal avanzado o completo (pasado el estadio de Tanner 3) pero no están seguros o no desean comenzar una terapia hormonal con esteroides sexuales.

12.5 Recomendamos que los profesionales de la salud prescriban tratamientos con hormona sexuales como parte del tratamiento de afirmación de género en adolescentes transgénero y de género diverso que cumplan con los criterios de elegibilidad* y presenten por lo menos estadio de Tanner 2, con acompañamiento de los padres/tutores, a menos que se determinara que este involucramiento puede ser perjudicial o innecesario para el adolescente.

12.6 Recomendamos que los profesionales de la salud controlen los niveles séricos hormonales durante el tratamiento de afirmación de género para asegurarse de que los esteroides sexuales endógenos disminuyan y que los esteroides sexuales que se administran se mantengan en niveles apropiados a los fines del tratamiento de las personas transgénero y de género diverso, según su estadio Tanner.

12.7 Recomendamos que los profesionales de la salud prescriban progestágenos o agonistas GnRH a los adolescentes transgénero y de género diverso con útero que cumplan con los criterios de elegibilidad*, para reducir la disforia producida por su ciclo menstrual mientras no se encuentre indicado aún el uso de testosterona de afirmación de género.

12.8 Recomendamos que los efectores del sistema de salud contraten profesionales provenientes de diferentes disciplinas, que estén especializados en salud transgénero y en el manejo de la atención a adolescentes transgénero y de género diverso.

12.9 Recomendamos que los profesionales de la salud lleven a cabo evaluaciones clínicas periódicas para determinar los cambios físicos y las potenciales reacciones adversas al tratamiento con hormonas esteroideas sexuales, incluyendo monitoreo de las hormonas esteroides sexuales mediante laboratorio cada 3 meses durante el primer año de la terapia hormonal, o cuando se realicen cambios de dosificaciones, hasta alcanzar una dosis adulta estable, seguidos de una evaluación clínica y de laboratorio una o 2 veces al año, luego de alcanzar la dosis de mantenimiento de un adulto.

12.10 Recomendamos que los profesionales de la salud informen y aconsejen a todas las personas que solicitan tratamiento médico de afirmación de género sobre las opciones disponibles para preservar la fertilidad antes de iniciar la inhibición puberal y antes de administrar la terapia hormonal.

12.11 Recomendamos que los profesionales de la salud evalúen y consideren las condiciones médicas que pueden resultar exacerbadas debido a la disminución en las concentraciones de hormonas sexuales endógenas y tratamiento con hormonas sexuales exógenas antes de comenzar el tratamiento en personas transgénero y de género diverso.

12.12 Recomendamos que los profesionales de la salud brinden información a las personas transgénero y de género diverso que reciban tratamiento de afirmación de género acerca del comienzo y la cronología en que ocurrirán sus cambios físicos inducidos por el tratamiento con hormonas sexuales.

12.13 Recomendamos que los profesionales de la salud no prescriban etinilestradiol en personas transgénero y de género diverso como parte de un tratamiento hormonal de afirmación de género.

12.14 Sugerimos que los profesionales de la salud prescriban estrógenos transdérmicos a personas transgénero y de género diverso que cumplan con los criterios de elegibilidad* y presenten riesgo aumentado de desarrollar tromboembolismo venoso, en base a edad >45 años o antecedentes de tromboembolismo venoso, cuando el tratamiento de afirmación de género con estrógenos se encuentre recomendado.

12.15 Sugerimos que los profesionales de la salud no prescriban estrógenos conjugados en personas transgénero o de género diverso cuando estuviera disponible el estradiol como parte del tratamiento hormonal de afirmación de género.

12.16 Recomendamos que los profesionales de la salud prescriban medicamentos para la disminución de testosterona (ya sea acetato de ciproterona, espironolactona, o agonistas GnRH) a personas transgénero o de género diverso con testículos que cumplan con los criterios de elegibilidad* y que están recibiendo estrógenos como parte de su plan tratamiento hormonal si su objetivo individual es obtener niveles séricos de hormonas sexuales similares a los de las mujeres cisgénero.

12.17 Recomendamos que los profesionales de la salud monitoreen los niveles de hematocrito (o hemoglobina) en personas transgénero y de género diverso tratadas con testosterona.

12.18 Sugerimos que los profesionales de la salud colaboren con los cirujanos en la utilización de hormonas antes y después de la cirugía de afirmación de género.

12.19 Sugerimos que los profesionales de la salud asesoren a las personas transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de elegibilidad* acerca de las distintas opciones de cirugías de afirmación de género, a menos que la cirugía no sea indicada o sea médicamente contraindicada.

12.20 Recomendamos que los profesionales de la salud inicien y continúen la terapia hormonal de afirmación de género en personas transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de elegibilidad* que deseen este tratamiento debido a la demostrada mejora en el funcionamiento psicosocial y en la calidad de vida.

12.21 Recomendamos que los profesionales de la salud mantengan la terapia hormonal que se está administrando si la salud mental de la persona transgénero o de género diverso se deteriora y evalúen las causas del deterioro, a menos que esté contraindicado.

* Para más información sobre los criterios de elegibilidad en la adolescencia y la adultez, sírvase referirse al Capítulo 5 - Evaluación de en la Adultez y al Capítulo 6 - Adolescencia, como así también al Anexo D

pubertad seguidos de THAG. A continuación, se expondrán las secciones de aplicación a personas jóvenes y adultas.

Postulado 12.1

Recomendamos que los profesionales de la salud comiencen con la inhibición puberal hormonal en adolescentes transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de elegibilidad* Sólo después de que se hayan manifestado los cambios físicos de la pubertad. (Estadio de Tanner 2).

Por lo general, el objetivo de la administración de GnRHa en adolescentes TGD es prevenir el desarrollo posterior de características sexuales secundarias endógenas correspondientes al sexo asignado al nacer. Dado que este tratamiento es completamente reversible, se lo considera como una extensión de tiempo para que los adolescentes exploren su identidad de género mediante una transición social temprana (Ashley, 2019e). El tratamiento con GnRHa también tiene beneficios terapéuticos, ya que da como resultado una vasta reducción del nivel de distrés que se origina en los cambios físicos que ocurren cuando comienza la pubertad endógena (Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020).

Todo desarrollo permanente de caracteres sexuales secundarios puede implicar un alto grado de distrés en niños TGD pre-puberales que se han mostrado persistentes respecto de su identidad de género. Si bien se podría considerar el uso de GnRHa para evitar el comienzo de la pubertad en tales personas que permanecen en estadio de Tanner 1, este uso de la GnRHa no está recomendado (Hembree et al., 2017). Cuando un niño alcanza la edad en la cual normalmente comenzaría el desarrollo puberal (por lo general entre los 7/8 años y los 13 años para quienes tienen ovarios y desde los 9 a los 14 años para quienes tienen testículos), resulta apropiado evaluarlo más frecuentemente, tal vez a intervalos de cuatro meses, en busca de signos de desarrollo puberal (botón mamario o volumen testicular mayor a 4 cc). Dada la duración típica del desarrollo puberal (3.5-4 años para completarse), no es muy probable que se den

cambios puberales permanentes si la persona se encuentra en pubertad solamente durante cuatro meses o menos. Por lo tanto, con un seguimiento frecuente, podrá detectarse el inicio de la pubertad muy fácilmente, antes de que se produzcan cambios físicos irreversibles, y el tratamiento con GnRHa puede iniciarse en ese momento con gran eficacia. Cabe destacar que luego de la iniciación del tratamiento con GnRHa, típicamente se observa regresión de un estadio de Tanner. Por lo tanto, si sólo hay desarrollo mamario correspondiente al estadio de Tanner 2, por lo general se regresa al estadio prepuberal de Tanner 1; lo mismo ocurre con los testículos en estadio de Tanner 2 (lo que es prácticamente indetectable para el paciente y no implica desarrollo de caracteres sexuales secundarios).

Dado que los GnRHa actúan mediante desensibilización del receptor GnRH, si no hay un aumento en la estimulación de la hipófisis por la GnRH endógena (primer signo bioquímico de pubertad), no hay necesidad de desensibilización del receptor GnRH. Además, debido a la gran variabilidad del momento en que inicia la pubertad (como ya se ha destacado anteriormente), resulta difícil justificar el uso de GnRHa que puede conllevar riesgos desconocidos si no existen beneficios fisiológicos antes del inicio de la pubertad. Sólo se indicará el uso de GnRHa en niños en estadio de Tanner 1 en caso de retraso constitucional del crecimiento y la pubertad, probablemente en forma conjunta con el comienzo de la THAG.

Sin embargo, el uso de GnRHa puede ser una opción apropiada en un niño que, debido a un retraso constitucional del crecimiento y la pubertad, comienza THAG cuando todavía se encuentra en estadio de Tanner 1. Comenzar THAG puede activar el eje gonadal hipotalámico-hipofisario al comienzo, pero también puede enmascarar los efectos de esta activación sobre el cuerpo. Para evitar cambios corporales que podrían exacerbar la incongruencia de género de la persona, se puede comenzar con GnRHa en forma concomitante con la THAG poco tiempo después de haber iniciado la THAG, para

permitir el desarrollo puberal del fenotipo de acuerdo con su identidad.

Por otra parte, la supresión del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios es más efectiva cuando el tratamiento hormonal sexual comienza en la pubertad temprana o media, comparándolo con el inicio del tratamiento hormonal luego de que se completó la pubertad (Bangalore-Krishna et al., 2019). Del mismo modo, se puede utilizar GnRHa en adolescentes que presentan pubertad endógena completa y están evaluando comenzar THAG para inhibir funciones físicas tales como menstruaciones o erecciones, lo que puede servir como un puente hasta que el adolescente, su tutor(es) (si el adolescente no puede brindar su consentimiento en forma independiente) y el equipo tratante tomen una decisión (Bangalore-Krishna et al., 2019; Rosenthal, 2021).

El comienzo de la pubertad ocurre por reactivación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. La evaluación clínica de los estadios de la pubertad se basa en las características físicas que reflejan tal reactivación. En personas con ovarios funcionales, el estadio de Tanner 2 se caracteriza por una incipiente sobre elevación de la glándula mamaria. El desarrollo de la glándula mamaria ocurre por exposición a los estrógenos producidos por los ovarios. En personas con testículos funcionales, el estadio de Tanner 2 se caracteriza por un aumento del volumen testicular (generalmente mayor a 4 ml). El crecimiento de los testículos es mediado por las gonadotropinas hormona luteinizante (LH) y por la hormona foliculoestimulante (FSH). En estadios tardíos, los testículos producen suficiente cantidad de testosterona para inducir la masculinización del cuerpo.

Postulado 12.2

Recomendamos que los profesionales de la salud utilicen agonistas GnRH para suprimir las hormonas sexuales endógenas en personas transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de elegibilidad* a los cuales se indique bloqueo de la pubertad. Ver texto adicional en Postulado 12.4

Postulado 12.3

Sugerimos que los profesionales de la salud prescriban progestágenos (orales o inyectables de depósito) para la suspensión de la pubertad personas transgénero y de género diverso jóvenes que cumplen con los criterios de elegibilidad* cuando los agonistas GnRH no están disponibles o tienen un costo prohibitivo. Ver texto adicional en Postulado 12.4.

Postulado 12.4

Sugerimos que los profesionales de la salud prescriban agonistas GnRH para suprimir los esteroides sexuales sin reemplazo hormonal concomitante con esteroides sexuales en adolescentes transgénero y de género diverso que soliciten tal intervención y cumplen con los criterios de elegibilidad*, si presentan un desarrollo puberal avanzado o completo (pasado el estadio de Tanner 3) pero no están seguros o no desean comenzar una terapia hormonal con esteroides sexuales.

Los GnRHa reducen las concentraciones de gonadotropinas y esteroides sexuales en los adolescentes TGD y por lo tanto detienen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (Schagen et al., 2016). Su uso es por lo general seguro y el único efecto adverso a corto plazo que se ha informado en las publicaciones científicas es el desarrollo de hipertensión (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp et al., 2015). Los GnRHa impiden que la glándula hipofisaria secrete LH y FSH (Gava et al., 2020). Cuando el nivel de gonadotropinas disminuye, la gónada no es estimulada para producir hormonas sexuales (estrógenos o andrógenos) y los niveles séricos de la hormona sexual decrecen hasta alcanzar niveles prepuberales. El tratamiento con GnRHa provoca la regresión parcial de los caracteres sexuales secundarios que ya han comenzado a desarrollarse en estadios iniciales de desarrollo (Bangalore et al., 2019). Los adolescentes TGD con ovarios funcionales experimentarán una disminución del crecimiento del tejido mamario, y si el tratamiento se inicia en estadio de Tanner 2, el tejido mamario puede desaparecer completamente (Shumer et al., 2016).

Puede evitarse la menarca o discontinuarse, si se administran GnRHa en adolescentes con útero. En adolescentes TGD con testículos funcionales, el volumen de los testículos disminuirá.

Cuando se comienza un tratamiento con GnRHa en adolescentes que transcurren las últimas fases del desarrollo puberal, algunos cambios físicos del desarrollo puberal, como por ejemplo la última etapa del desarrollo mamario en adolescentes TGD con ovarios funcionales y el desarrollo de voz más grave y el crecimiento de vello facial en adolescentes TGD con testículos funcionales, no involucionarán completamente, aunque sí se puede detener en alguna medida su avance (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006). Los GnRHa se han usado desde 1981 para el tratamiento de la pubertad precoz central (Comite et al., 1981; Laron et al., 1981), y sus beneficios son bien conocidos (se ruega ver también los Postulados del Capítulo 6 – Adolescencia). Se considera que el uso de GnRHa en personas que presentan pubertad precoz central es seguro y efectivo, y no se conocen efectos adversos a largo plazo (Carel et al., 2009). Sin embargo, el uso de GnRHa en adolescentes TGD se considera como de uso *off-label* (fuera de indicación), debido a que no fueron desarrollados en principio para este objetivo. No obstante ello, los datos en adolescentes demuestran que prescribir GnRHa en dosis y modalidades similares a las establecidas resulta efectivo para demorar el inicio de la pubertad, aunque no se han logrado establecer adecuadamente los efectos a largo plazo sobre la masa ósea (Klink, Caris et al., 2015). Si bien los datos a largo plazo son más limitados en adolescentes TGD que en adolescentes con pubertad precoz, en este momento se está recogiendo información específicamente en esta población (Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019).

Reconocemos que, aunque el tratamiento con GnRHa sea médicamente necesario, puede no estar disponible para los adolescentes que cumplan con los criterios de elegibilidad debido a que no estén cubiertos por sus planes de cobertura médica en algunos países o porque su

costo puede ser prohibitivo. Por lo tanto, deberán considerarse otros abordajes en estos casos como, por ejemplo, formulaciones de progestágenos por vía oral o inyectable. Por otra parte, en la actualidad no contamos con datos referidos a adolescentes mayores de 14 años que permitan informar a los PS si es seguro administrar GnRHa como monoterapia (y en ese caso, durante cuánto tiempo) sin que eso implique un riesgo significativo a la salud ósea. Esto es así debido a que el hueso no tendrá exposición a los niveles adecuados de hormonas esteroideas sexuales (Rosenthal, 2021).

Un estado de hipogonadismo prolongado en la adolescencia, ya sea por condiciones médicas como por ejemplo el hipogonadismo hipergonadotrópico, causas iatrogénicas, como la monoterapia con GnRHa, o condiciones fisiológicas, como el retraso condicional del crecimiento y desarrollo, suele asociarse con un aumento de riesgo de padecer peor salud ósea en etapas posteriores de la vida (Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996). Sin embargo, el aumento de la masa ósea es un proceso multifactorial que depende de la participación compleja de factores endocrinos, genéticos y el estilo de vida (Anai et al., 2001). Todos los factores contribuyentes deben ser analizados al decidir la duración de las monoterapias con GnRHa, incluso factores tales como el pretratamiento de la masa ósea, la edad ósea y el estadio puberal, desde la perspectiva endocrinológica y el aumento de la talla, como así también factores psicosociales como la madurez mental y la etapa de desarrollo correspondiente a la cohorte de un adolescente y sus objetivos personales de tratamiento (Rosenthal, 2021). Por estas razones se debe mantener un equipo multidisciplinario y una relación clínica permanente con el adolescente y con la familia si se inicia un tratamiento con GnRHa (ver Postulados 6.8, 6.9 y 6.12 del Capítulo 6 – Adolescencia). El curso clínico del tratamiento, por ejemplo, el desarrollo de la masa ósea durante el tratamiento con GnRHa y la respuesta del adolescente al mismo, pueden contribuir a determinar la duración de la monoterapia con GnRHa.

Postulado 12.5

Recomendamos que los profesionales de la salud prescriban tratamientos con hormona sexuales como parte del tratamiento de afirmación de género en adolescentes transgénero y de género diverso que cumplan con los criterios de elegibilidad* y presenten por lo menos estadio de Tanner 2, con acompañamiento de los padres/tutores, a menos que se determinara que este involucramiento puede ser perjudicial o innecesario para el adolescente. Para más información, ver Postulado 12.6.

Postulado 12.6

Recomendamos que los profesionales de la salud controlen los niveles séricos hormonales durante el tratamiento de afirmación de género para asegurarse de que los esteroides sexuales endógenos disminuyan y que los esteroides sexuales que se administran se mantengan en niveles apropiados a los fines del tratamiento de las personas transgénero y de género diverso, según su estadio Tanner.

La terapia con hormonas esteroideas sexuales por lo general consta de 2 regímenes de tratamiento, según el cronograma de tratamiento con GnRHa. Si se comienza el tratamiento con GnRHa en estadios tempranos del desarrollo puberal endógeno, se induce la pubertad correspondiente a la identidad de género o a los objetivos corporales con dosis de hormonas esteroideas sexuales similares a las que se utilizan en adolescentes peripuberales con hipogonadismo. En este contexto, se alcanzan dosis de hormonas esteroideas sexuales correspondientes a la adultez al cabo de un periodo de aproximadamente 2 años (Chantrapanichkul et al., 2021). Cuando se comienza el tratamiento con GnRHa en etapas tardías o post puberales en adolescentes transgénero, se pueden administrar dosis mayores de hormonas esteroideas sexuales en un comienzo y pueden aumentarse más rápidamente hasta alcanzar una dosis de mantenimiento, en forma similar a los protocolos de tratamiento usados para las personas transgénero adultas

(Hembree et al., 2017). Una ventaja adicional del tratamiento con GnRHa es que no es necesario que las hormonas esteroideas sexuales se administren en dosis supra-fisiológicas, lo que sí sería necesario en otros casos para suprimir la producción de esteroides sexuales endógenos (Safer & Tangpricha, 2019). En el caso de las personas TGD con testículos funcionales, el tratamiento con GnRHa (u otra medicación bloqueadora de testosterona) debe continuar hasta que el adolescente/adulto joven TGD realice una gonadectomía, si este procedimiento quirúrgico es el recomendado médicamente como parte de la intervención de afirmación de género. Una vez que se alcanzan los niveles de testosterona de la adultez en las personas TGD con ovarios funcionales que fueron inicialmente suprimidos con GnRHa, administrar solo testosterona en dosis fisiológicas suele ser suficiente para disminuir la secreción de estrógenos ováricos y puede discontinuarse el tratamiento con GnRHa, como se describe más adelante (Hembree et al., 2017). En el caso de los adolescentes TGD con ovarios funcionales que recién inician su atención, se procederá a la THAG utilizando dosis fisiológicas de testosterona sola, sin necesidad de administrar GnRHa en forma conjunta (Hembree et al., 2017).

La terapia hormonal de afirmación de género con esteroides sexuales induce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios acorde a la identidad de género. Además, la tasa de mineralización ósea, que disminuye durante el tratamiento con GnRHa se recupera rápidamente (Klink, Caris et al., 2015). Durante el tratamiento con GnRHa en adolescentes TGD en estadios iniciales de su pubertad, las placas epifisarias todavía no se encuentran fusionadas (Kvist et al., 2020; Schagen et al., 2020). Luego de la iniciación del tratamiento con hormonas esteroideas sexuales puede haber un crecimiento abrupto, y la maduración del hueso continúa (Vlot et al., 2017). En adolescentes TGD post puberales, el tratamiento hormonal con esteroides sexuales no afectará su estatura, dado que las placas epifisarias ya están fusionadas y la maduración ósea está completa (Vlot et al., 2017).

En el caso de los adolescentes TGD con testículos funcionantes, el tratamiento de elección es el uso de 17- β -estradiol para inducción de la pubertad, en lugar de los estrógenos sintéticos tales como el etinilestradiol, que resulta ser más trombogénico (ver Anexo D) (Asscheman et al., 2015). Sigue siendo necesario continuar con GnRHa para suprimir la producción de testosterona endógena o realizar la transición a otra medicación que la suprime (Rosenthal et al., 2016). Como respuesta al tratamiento con estrógenos, ocurren cambios físicos tales como el desarrollo mamario y la distribución ginoide de la grasa corporal. Ver Anexo C – Tabla 1.

Los adolescentes TGD que solicitan tratamiento de masculinización cuentan con andrógenos en preparaciones inyectables, formulaciones transdérmicas y pellets subcutáneos. La mayoría de los expertos generalmente recomiendan el uso de ésteres inyectables de testosterona para la inducción pubertal al comienzo del tratamiento debido a los costos, la disponibilidad y la experiencia con este tratamiento (Shumer et al., 2016). Se recomienda continuar con GnRHa por lo menos hasta alcanzar niveles de mantenimiento de testosterona. La virilización del cuerpo se dará como respuesta al tratamiento con andrógenos, lo que incluye un tono de voz más grave, mayor desarrollo muscular especialmente en la parte superior del cuerpo, aumento del vello facial y corporal y un aumento en el tamaño del clítoris (Rosenthal et al., 2016). Ver Anexo C - Tabla 1.

En casi todas las situaciones se debe obtener el consentimiento de los padres/tutores. Describiremos con más detalle las excepciones a esta recomendación, en particular para los casos en que se determine que la intervención de los padres o tutores es perjudicial para el adolescente, en el Capítulo 6 – Adolescencia (Ver Postulado 6.11) donde también detallaremos las razones por las cuales es recomendable involucrar a los padres/tutores en el proceso de consentimiento.

Postulado 12.7

Recomendamos que los profesionales de la salud prescriban progestágenos o agonistas GnRH a los adolescentes transgénero y de género diverso con útero que cumplan con los criterios de elegibilidad*, para reducir la disforia producida por su ciclo menstrual mientras no se encuentre indicado aún el uso de testosterona de afirmación de género.

La supresión menstrual es una opción de tratamiento que usualmente solicitan las personas TGD que experimentan distrés relacionado con sus menstruaciones o con la premenarca. El Postulado 6.7 en el Capítulo 6 - Adolescencia lo describe en mayor detalle. Para lograr la amenorrea, puede iniciarse un tratamiento de supresión menstrual como opción única antes de iniciar la terapia con testosterona o en forma concomitante con la misma (Rosenthal et al., 2016). Algunas personas jóvenes que todavía no están dispuestos a realizar terapia con testosterona o que no están en un estadio puberal o de desarrollo apropiado para comenzar este tratamiento se beneficiarán con la inducción de amenorrea (Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018). Los adolescentes que experimenten una exacerbación de la disforia relacionada con el comienzo de la pubertad pueden elegir el tratamiento con GnRHa para inhibir la pubertad (ver también el Capítulo Adolescencia).

Los progestágenos pueden ser efectivos en adolescentes cuyo objetivo es solamente la supresión menstrual. Puede utilizarse la administración oral continua de píldoras de progestágenos solos (lo que incluye opciones anticonceptivas o no anticonceptivas), inyecciones de medroxiprogesterona, o el sistema intrauterino con levonorgestrel para inducir la amenorrea (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Las personas TGD con ovarios funcionantes que comienzan la terapia con testosterona pueden llegar a tener entre 1 y 5 ciclos menstruales antes de alcanzar la amenorrea (Taub et al., 2020). Una vez alcanzada la amenorrea, algunas personas TGD con ovarios funcionantes pueden también optar por continuar el tratamiento con

progestágenos para anticoncepción, si eso fuera necesario según sus prácticas sexuales.

Las personas TGD con ovarios funcionantes y útero deben recibir asesoramiento sobre la posibilidad de que exista sangrado intermenstrual en los primeros meses posteriores a la iniciación de la supresión menstrual. En la terapia con GnRHa, estos sangrados intermenstruales pueden darse 2 o 3 semanas luego de la iniciación de la medicación. Para las personas que solicitan anticoncepción o para quienes continúen experimentando sangrado menstrual mientras están bajo tratamiento con progestágenos, puede considerarse una la utilización de estrógenos y progestágenos combinados para el mantenimiento de la amenorrea, aunque debe advertírseles sobre los posibles efectos colaterales de desarrollo mamario (Schwartz et al., 2019).

Postulado 12.8

Recomendamos que los efectores del sistema de salud contraten profesionales provenientes de diferentes disciplinas, que estén especializados en salud transgénero y en el manejo de la atención a adolescentes transgénero y de género diverso.

Del mismo modo que ocurre en la atención de adolescentes, sugerimos que en la medida de lo posible se reúna un equipo multidisciplinario experto de profesionales médicos y de la salud mental (PSM) para administrar este tratamiento. En el caso de adolescentes que soliciten THAG (dado que este tratamiento es parcialmente irreversible), sugerimos que se inicie el tratamiento utilizando un esquema de aumento de dosis en forma gradual, luego de que un equipo multidisciplinario de profesionales médicos y PSM haya confirmado la persistencia de la incongruencia de género o el género diverso y haya establecido que la persona cuenta con la capacidad mental para brindar su consentimiento informado (Hembree et al., 2017). Describimos con mayor detalle los aspectos específicos referidos a la evaluación de adolescentes y a la participación de sus tutores y de un equipo

multidisciplinario en el Capítulo 6 – Adolescencia.

Es deseable que los adolescentes TGD tengan acceso a expertos en salud pediátrica transgénero provenientes de múltiples disciplinas, incluyendo atención primaria, endocrinología, fertilidad, salud mental, voz, trabajo social, apoyo espiritual y cirugía (Chen, Hidalgo et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Keo-Meier & Ehrensaft, 2018). Se estimula a que los prestadores individuales forjen relaciones laborales colaborativas con prestadores de otras disciplinas para facilitar las derivaciones necesarias para el joven y su familia (Tishelman et al., 2015). Sin embargo, la falta de expertos y recursos no debe constituir una barrera que impida brindar atención (Rider, McMorris et al., 2019). El acompañamiento adecuado para los adolescentes incluye el acceso a información precisa y experta en relación con las identidades sexuales y de género, opciones de transición, el impacto del apoyo de la familia, y las conexiones con terceros con los que compartan experiencias similares y con personas TGD adultas a través de grupos de apoyo online y presenciales, para los adolescentes y los miembros de sus familias (Rider, McMorris et al., 2019).

Se ha visto que muchos adolescentes TGD experimentan disparidades en salud mental, por lo que puede realizarse una evaluación de su salud mental en etapa inicial (por ejemplo, PHQ-2, GAD) si se encontrara indicada (Rider, McMorris et al., 2019). Los prestadores deben tener en cuenta que ser transgénero o cuestionarse el género no constituye una patología ni un trastorno. Por ello, no debe derivarse a las personas a tratamiento de salud mental sólo por su identidad transgénero. Los PS y PSM que atienden a estos jóvenes y los derivan deben al menos estar familiarizados con el impacto que puede tener el trauma, la disforia de género y los estresores de las minorías de género sobre toda sintomatología potencial de salud mental, como por ejemplo trastornos alimentarios, ideación suicida, ansiedad social. Estos prestadores de atención también deben conocer la disponibilidad de servicios de internación de salud mental en su región para

brindar una atención de afirmación de género competente a jóvenes TGD (Barrow & Apostle, 2018; Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Mathews et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Los postulados 6.3, 6.4 y 6.12 d del Capítulo 6 - Adolescencia desarrollan este tema con mayor detalle. Dado que los padres de estos jóvenes habitualmente experimentan altos niveles de ansiedad al saber que sus hijos son TGD y sus respuestas permiten predecir consecuencias a largo plazo en la salud física y mental del niño, la derivación apropiada de los padres a asesoramiento de salud mental puede resultar de gran utilidad (Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019).

Postulado 12.9

Recomendamos que los profesionales de la salud lleven a cabo evaluaciones clínicas periódicas para determinar los cambios físicos y las potenciales reacciones adversas al tratamiento con hormonas esteroideas sexuales, incluyendo monitoreo de las hormonas esteroideas sexuales mediante laboratorio cada 3 meses durante el primer año de la terapia hormonal, o cuando se realicen cambios de dosificaciones, hasta alcanzar una dosis adulta estable, seguidos de una evaluación clínica y de laboratorio una o 2 veces al año, luego de alcanzar la dosis de mantenimiento de un adulto.

La terapia con hormonas esteroideas sexuales se asocia a un amplio abanico de cambios físicos y psicológicos (Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017). Luego de iniciada, el PS debe evaluar regularmente el progreso y la respuesta de la persona al tratamiento (ver también Capítulo 6 – Adolescencia). Esta evaluación debe determinar la presencia de cambios físicos como así también del impacto del tratamiento sobre la disforia de género (si hubiera) y sobre el bienestar psicológico (ver Anexo C - Tabla 1). Las consultas clínicas constituyen oportunidades importantes para que los PS informen a los pacientes sobre los tiempos habituales que se requieren para que los cambios físicos lleguen a manifestarse y de esta forma puedan tener expectativas realistas.

Durante el primer año de la terapia hormonal, se aumentan frecuentemente las dosis de hormonas esteroideas sexuales. El principal factor que guía la dosificación es el nivel sérico de la correspondiente hormona esteroidea sexual. En general, el objetivo es alcanzar niveles séricos de esteroideas sexuales que se correspondan con los niveles relativos a la identidad de género de la persona, aunque los rangos óptimos no han podido ser establecidos (Hembree et al., 2017).

Además de evaluar los cambios positivos asociados a la terapia con hormonas esteroideas sexuales, el PS deberá evaluar regularmente si el tratamiento ha ocasionado efectos adversos (ver Anexo C - Tabla 2). Los ejemplos de signos y síntomas adversos incluyen el acné androgénico o la disfunción sexual que cause molestias (Braun et al., 2021; Kerckhof et al., 2019). La THAG también puede influenciar de manera negativa sobre varios dosajes de laboratorio. Por ejemplo, la espironolactona puede ocasionar hiperkalemia, aunque se trata de un fenómeno poco común y transitorio (Millington et al., 2019). La testosterona aumenta el recuento de glóbulos rojos (hematocrito), lo que puede ocasionar eritrocitosis ocasionalmente (Antun et al., 2020). (Ver Postulado 12.17). (Hembree et al., 2017). Tanto estrógenos como testosterona pueden alterar los parámetros lipídicos, como por ejemplo la lipoproteína de alta densidad (HDL), el colesterol y los triglicéridos (Maraka et al., 2017). Ver Anexo C - Tablas 3 y 4.

La frecuencia de las evaluaciones clínicas debe ser individualizada y guiada por la respuesta al tratamiento de la persona. Sugerimos que las evaluaciones clínicas se realicen aproximadamente cada 3 meses durante el primer año de la terapia hormonal, en aquellos pacientes que están estables y que no experimentan efectos adversos significativos (Anexo C – Tabla 5). Sugerimos, aunque no recomendamos, que el laboratorio se realice cada 3 meses durante el primer año para permitir cierto grado de flexibilidad en la frecuencia de estos dosajes, dado que no hay evidencia fuerte o evidencia en base a estudios publicados que apoyen intervalos específicos para realizar los

laboratorios. Si una persona experimenta un efecto adverso, se necesitarán realizar laboratorios y/o consultas clínicas más frecuentes. Dado el daño potencial asociado a niveles de hormonas sexuales que exceden los rangos esperados en humanos, recomendamos fuertemente que se realicen laboratorios regulares como práctica habitual al comienzo de la THAG en personas TGD. Podrá reducirse la frecuencia de las consultas clínicas a una o dos por año una vez que la persona haya alcanzado una dosis adulta estable de la hormona esteroidea sexual sin presentar efectos adversos significativos (Hembree et al., 2017).

Postulado 12.10

Recomendamos que los profesionales de la salud informen y aconsejen a todas las personas que solicitan tratamiento médico de afirmación de género sobre las opciones disponibles para preservar la fertilidad antes de iniciar la inhibición puberal y antes de administrar la terapia hormonal.

La inhibición puberal y el tratamiento hormonal con hormonas esteroides sexuales pueden tener efectos secundarios en la fertilidad futura de la persona (Cheng et al., 2019) (Ver también Capítulo 6 – Adolescencia y Capítulo 16 - Salud Reproductiva). Aunque algunas personas TGD pueden no tener en cuenta la posibilidad de reproducción futura al momento de la evaluación inicial para comenzar la terapia médica, el médico tratante y el solicitante deben analizar las implicancias potenciales del tratamiento y las opciones para preservación de la fertilidad. (Comité de Ética de la Sociedad Americana para la Medicina Reproductiva et al., 2015; De Roo et al., 2016).

Las personas con testículos deben saber que el tratamiento prolongado con estrógenos suele ocasionar atrofia testicular y una reducción del recuento espermático y otros parámetros en el semen (Adeleye et al., 2018). A pesar de ello, no contamos con información completa en este tema y los hallazgos referentes a fertilidad en feminidades trans que utilizan estrógenos y antiandrógenos son inconsistentes (Cheng et al.,

2019). En un estudio, la heterogeneidad de la histología testicular fue evidente tanto en pacientes que discontinuaron el tratamiento como en aquellos que lo continuaron previo a la orquiectomía (Schneider et al., 2015). Por ejemplo, la discontinuación de estrógenos y antiandrógenos durante 6 semanas ocasionó espermatogénesis completa en el 45% de las personas, mientras que el resto evidenciaron arresto meiótico o arresto de espermatogonias (Schneider et al., 2015). Sin embargo, niveles confirmados de testosterona sérica dentro de los rangos de referencia femeninos, provocaron la supresión completa de espermatogénesis en la mayoría de las mujeres transgénero (Vereecke et al., 2020). La principal opción para la preservación de la fertilidad en pacientes con testículos funcionales es la criopreservación del esperma, también conocida como banco de esperma (Mattawanon et al., 2018)). En pacientes prepuberales, la inhibición de la pubertad con GnRHa pausa la maduración del esperma (Finlayson et al., 2016).

Las personas con ovarios funcionantes deben saber que la terapia con testosterona frecuentemente causa cesación de las menstruaciones y de la ovulación, lo que ocurre por lo general pocos meses después de la iniciación del tratamiento (Taub et al., 2020). Tampoco contamos con conocimiento completo en lo que respecta a los efectos potenciales de la testosterona sobre los ovocitos y subsiguiente fertilidad en pacientes TGD (Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020). En un estudio se determinó que el tratamiento con testosterona puede estar asociado a morfología de ovarios poliquísticos, mientras que otros estudios reportaron ausencia de evidencia metabólica (Chan et al., 2018) o histológica (De Roo et al., 2017; Grynberg et al., 2010) de síndrome de ovario poliquístico (SOP) luego del tratamiento con testosterona. Algunos estudios encontraron una mayor prevalencia de SOP preexistente en pacientes transgénero con ovarios (Baba, 2007; Gezer et al., 2021). Los pacientes TGD con ovarios y/o útero intactos suelen recuperar la fertilidad si discontinúan la terapia con testosterona (Light et

al., 2014). Más aún, se reportó un recién nacido vivo mediante tecnología de reproducción asistida posterior a la extracción de óvulos mediante estimulación hormonal en el caso de una persona TGD que no había discontinuado la terapia con testosterona (Greenwald et al., 2021; Safer and Tangpricha, 2019). Los pacientes TGD con ovarios cuentan con otras alternativas para preservar la fertilidad, tales como la criopreservación de ovocitos y la criopreservación de embriones fecundados con espermatozoides de una pareja o un donante. Las opciones anteriores requieren estimulación hormonal para la obtención de los óvulos y utilización de tecnología de reproducción asistida.

En el caso de los jóvenes transgénero con pubertad temprana, la supresión de la pubertad con GnRHa pausa la maduración de las células germinales, aunque un reporte reciente destacó que mediante estimulación ovárica de un adolescente TGD tratado con GnRHa en pubertad temprana (y que continuó durante la estimulación ovárica) se obtuvo un pequeño número de ovocitos maduros que fueron criopreservados (Rothenberg et al., 2019). El tratamiento con GnRHa en adolescentes con testículos funcionantes en etapas tempranas de la pubertad no sólo pausa la maduración de las células germinales sino también mantiene el tamaño prepuberal del pene, lo que podría impactar en las consideraciones quirúrgicas si esa persona posteriormente se realizara una vaginoplastia por inversión peneana, dado que habrá menor cantidad de tejido peneano disponible para utilizar. En estos casos, aumenta la probabilidad de que la vaginoplastia requiera un procedimiento quirúrgico más complejo, como por ejemplo vaginoplastia intestinal, (Dy et al., 2021; van de Grift et al., 2020). Estas consideraciones deben discutirse con los pacientes y las familias si están considerando utilizar bloqueadores puberales en adolescentes con pubertad temprana y testículos funcionantes.

Postulado 12.11

Recomendamos que los profesionales de la salud evalúen y consideren las condiciones médicas que pueden resultar exacerbadas debido a la disminución en las concentraciones de hormonas sexuales endógenas y tratamiento con hormonas sexuales exógenas antes de comenzar el tratamiento en personas transgénero y de género diverso.

Las personas TGD que solicitan masculinización deben recibir información acerca de las posibilidades, consecuencias, limitaciones y riesgos asociados al tratamiento con testosterona. La terapia con testosterona está contraindicada durante el embarazo o mientras se busque un embarazo, debido a los potenciales efectos iatrogénicos sobre el feto. Las contraindicaciones relativas cuando se utiliza terapia con testosterona incluyen hipertensión severa, apnea del sueño y policitemia, condiciones que pueden ser exacerbadas por el uso de testosterona. Antes y después del comienzo de la terapia con testosterona se debe monitorear la presión sanguínea y los perfiles lipídicos. El aumento de la presión sanguínea generalmente ocurre luego de 2 a 4 meses posteriores a la iniciación de la terapia con testosterona (Banks et al., 2021). Los pacientes que desarrollen hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia podrían necesitar un cambio en la alimentación, medicación o ambos.

Las personas TGD que solicitan tratamiento feminizante y presentan antecedentes de eventos tromboembólicos tales como trombosis venosa profunda y embolia pulmonar deben someterse a evaluación y tratamiento antes del inicio de la terapia hormonal. Esto se debe a que la terapia con estrógenos se asocia fuertemente con un incremento en el riesgo de tromboembolismo, complicación potencialmente mortal. Además, se deben modificar los factores que pueden aumentar el riesgo de condiciones tromboembólicas, tales como el uso de tabaco, la obesidad y un estilo de vida sedentario. En pacientes con factores de riesgo no modificables, como por ejemplo antecedentes conocidos de trombofilia o tromboembolismo, o fuertes

antecedentes familiares de tromboembolismo, el tratamiento concomitante con estrógenos transdérmicos y anticoagulantes puede disminuir el riesgo de tromboembolismo. Sin embargo, existe limitada información para guiar las decisiones respecto al tratamiento. La presencia de una enfermedad de base, como por ejemplo cáncer hormono sensible, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, hiperprolactinemia, hipertrigliceridemia y coleditiasis debe ser evaluada previo al comienzo de la terapia hormonal de afirmación de género, dado que se pueden cambiar los riesgos relativos si se asocia el tratamiento con hormonas exógenas (Hembree et al., 2017).

Postulado 12.12

Recomendamos que los profesionales de la salud brinden información a las personas transgénero y de género diverso que reciban tratamiento de afirmación de género acerca del comienzo y la cronología en que ocurrirán sus cambios físicos inducidos por el tratamiento con hormonas sexuales.

Los efectos del tratamiento con testosterona son múltiples y pueden incluir aumento del vello facial y corporal, calvicie con patrón androgénico, aumento de la fuerza y de la masa muscular, disminución de la masa grasa, voz más grave, interrupción de menstruaciones (si todavía se presentan), aumento en la prevalencia y severidad del acné, aumento de tamaño del clítoris y aumento del deseo sexual (Defreyne, Elaut et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016; Giltay & Gooren, 2000; T'Sjoen et al., 2019; Yeung et al., 2020).. Otros cambios asociados a la testosterona incluyen aumento de masa magra, y de la grasitud en la piel (de Blok et al., 2020; Hembree et al., 2017; Kuper, Mathews et al., 2019; Taliaferro et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). (Ver Anexo C - Tabla 1).

El tratamiento con estrógenos induce el desarrollo mamario. Sin embargo, menos del 20% de las personas alcanzan estadios de Tanner 4-5 luego de 2 años de tratamiento (de Blok et al., 2021). Otros cambios incluyen disminución del volumen testicular, de la masa magra, de la

grasitud en la piel, del deseo sexual, de erecciones espontáneas, de vello facial y corporal y un aumento de la grasa corporal subcutánea (ver Anexo C - Tabla 1). En pacientes adultos, los estrógenos no cambian la voz ni la talla de la persona (Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019).

El tiempo de desarrollo y la magnitud de los cambios físicos varían según la persona y están relacionados con factores tales como la genética, la edad de inicio y el estado de salud general (Deutsch, Bhakri et al., 2015; van Dijk et al., 2019). Conocer la magnitud y cronología de los cambios inducidos por las hormonas sexuales, de ser posible, contribuiría a prevenir potenciales daños y gastos innecesarios por cambios en el tratamiento, aumentos de dosis y procedimientos quirúrgicos prematuros (Dekker et al., 2016).

Postulado 12.13

Recomendamos que los profesionales de la salud no prescriban etinilestradiol en personas transgénero y de género diverso como parte de un tratamiento hormonal de afirmación de género. Para más información, ver Postulado 12.15.

Postulado 12.14

Sugerimos que los profesionales de la salud prescriban estrógenos transdérmicos a personas transgénero y de género diverso que cumplan con los criterios de elegibilidad* y presenten riesgo aumentado de desarrollar tromboembolismo venoso, en base a edad >45 años o antecedentes de tromboembolismo venoso, cuando el tratamiento de afirmación de género con estrógenos se encuentre recomendado. Para más información, ver Postulado 12.15.

Postulado 12.15

Sugerimos que los profesionales de la salud no prescriban estrógenos conjugados en personas transgénero o de género diverso cuando estuviera disponible el estradiol como parte del tratamiento hormonal de afirmación de género.

Determinar el compuesto de estrógenos y la forma de administración más segura y más eficaz es crucial en el tratamiento de personas TGD. El Anexo C - Tabla 4 muestra los regímenes en base a estrógenos recomendados. El Amsterdam Medical Center (AMC) reportó en primera instancia 45 eventos de TEV que se dieron en 816 mujeres transgénero, lo que demostró una tasa de incidencia de TEV 20 veces mayor a lo esperado, según lo informado en una población de referencia (Van Kesteren et al., 1997). A partir de este informe, la clínica del AMC recomendó el uso de estradiol transdérmico en mujeres transgénero mayores de 40 años, lo que disminuyó consecuentemente la incidencia de TEV (Nota et al., 2019; Toorians et al., 2003). Otros estudios sugirieron que el etinilestradiol está asociado a un mayor riesgo de formación de trombos debido a un aumento de la resistencia a los efectos anticoagulantes de la proteína C activada (PCa) y concentraciones elevadas de los factores de coagulación proteína C y proteína S (Toorians et al., 2013). Otros estudios publicados en los últimos 15 años provenientes de otras clínicas reportaron que las mujeres transgénero que recibían otras formas de estrógenos presentaron menores tasas de TEV que las mujeres transgénero que utilizaron etinilestradiol (Asscheman et al., 2013). Además, una revisión sistemática de 2019 concluyó que la administración de etinilestradiol se asocia a un mayor riesgo de TEV en mujeres transgénero, mientras que también se identificó la asociación entre el uso de progesterona y TEV (Goldstein et al., 2019).

Las guías de la Endocrine Society de 2017 no recomendaron la utilización de estrógenos equinos conjugados (EEC) como opción de tratamiento porque no es posible determinar los niveles séricos de estrógenos conjugados en mujeres transgénero, lo que dificulta evitar dosificaciones supra fisiológicas de estrógenos, aumentando el riesgo potencial de TEV (Hembree et al., 2017). Un estudio retrospectivo realizado en el Reino Unido evaluó los riesgos de la administración oral de EEC versus valerato de estradiol por vía oral versus etinilestradiol oral y

determinó un incremento de hasta 7 veces del porcentaje de mujeres transgénero que desarrollaron TEV en el grupo EEC oral en comparación con las mujeres transgénero que utilizaron otras formas de estrógenos (Seal et al., 2012). En un estudio de caso-control anidado, se comparó más de 80.000 mujeres cisgénero con edades comprendidas entre los 40 y 79 años, que desarrollaron TEV con aproximadamente 390.000 mujeres cisgénero que sin TEV; Los resultados mostraron que el uso de estradiol oral presentaba un menor riesgo de TEV que el uso de estrógenos conjugados, y que el estrógeno transdérmico no estaba asociado a un aumento de riesgo de TEV (Vinogradova et al., 2019).

Una revisión sistemática evaluó diferentes formulaciones de estrógenos e identificó un estudio retrospectivo de corte transversal que permitió comparar cabeza a cabeza los riesgos asociados a las diferentes formulaciones (Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013). Ningún estudio identificado que evaluara el riesgo de las diferentes formulaciones de estrógenos utilizó un diseño prospectivo de intervención. Un estudio retrospectivo evaluó a 214 mujeres transgénero en tratamiento con estradiol transdérmico (17 β -estradiol gel 1.5 mg/d o parches de estradiol de 50 mcg/d) o que recibían una dosis diaria de estrógenos orales (estradiol 2 mg/d, estriol 2 mg/d, etinilestradiol 50 mcg/día, o etinilestradiol 30–50 mcg en píldoras anticonceptivas) (Wierckx et al., 2013). Durante el período de observación de 10 años, el 5% de la cohorte desarrolló TEV, 1.4% (3 de cada 214) sufrió infarto de miocardio (IM), y 2.3% (5 de 214) accidente isquémico transitorio o accidente cerebrovascular (AIT /ACV). La prevalencia de TEV, IM y AIT /ACV se vio aumentada luego de iniciar la terapia con estrógenos. Sin embargo, los autores no reportaron diferencias entre los regímenes de estrógeno en función de estos resultados.

El mismo grupo de investigadores condujo un estudio de corte transversal en el que se examinaron 50 mujeres transgénero (media de edad 43 +/-10) que utilizaban estrógenos orales (valerato de estradiol 2 mg/d, estriol 2 mg/d o

etinilestradiol 50–120 mcg/día) o que utilizaban estradiol transdérmico ((17 β -estradiol 1.5 mg/día o estradiol 50 mcg/día), durante un período de seguimiento de 9.2 años (Wierckx, Mueller et al., 2012). El 12% (n=6) desarrollaron TEV, IM o AIT /ACV. Dos de las participantes recibían estrógenos conjugados 0.625 mg/d (una de ellas en combinación con acetato de ciproterona), dos participantes recibían etinilestradiol 20-50 mcg/d, una recibía acetato de ciproterona 50 mg/d, mientras que el régimen de estrógenos utilizado en la sexta participante fue definido. Ninguna de las personas que tomaron estradiol oral o estradiol transdérmico desarrollaron TEV, IM o AIT /ACV.

Un estudio prospectivo examinó la ruta de administración de estrógenos en 53 mujeres transgénero en un estudio multicentro llevado a cabo en distintos lugares de Europa. Las mujeres transgénero menores de 45 años (n=40) recibieron valerato de estradiol 4 mg/d en combinación con acetato de ciproterona (ACP) 50 mg/d; por otra parte, las mujeres transgénero mayores de 45 años (n= 13) recibieron 17 β -estradiol transdérmico, también con ACP. Durante el primer año de seguimiento, no se reportaron casos de TEV, IM ni AIT /ACV en ninguno de los grupos, ni en el que recibían estrógenos orales, ni en el que recibían estrógenos transdérmicos. Un estudio retrospectivo adicional realizado en Viena no registró casos de TEV entre 162 mujeres transgénero que utilizaron estradiol transdérmico luego de una media de seguimiento de 5 años (Ott et al., 2010).

Estamos fuertemente confiados en nuestra recomendación en contra del uso de etinilestradiol fundada en información histórica suministrada por la clínica de Ámsterdam que demostró una reducción en la incidencia de TEV luego de discontinuar el uso de etinilestradiol y la revisión sistemática reciente que demostró un aumento en el riesgo de desarrollar TEV en mujeres transgénero que reciben etinilestradiol (Weinand & Safer, 2015). Confiamos en nuestra recomendación en contra del uso de EEC fundada en el estudio realizado por Seal et Al. en 2012, donde se demostró el riesgo de TEV en mujeres

transgénero que recibían EEC en comparación con otras formulaciones de estrógeno y con datos de mujeres cisgénero bajo terapia de reemplazo hormonal (Canónico et al., 2007; Seal et al., 2012). Estudios prospectivos y retrospectivos realizados en mujeres transgénero reportaron la ocurrencia de TEV/IM/ACV sólo en aquellas que recibían EEC o etinilestradiol. Dado que el estradiol es económico, cuenta con mayor disponibilidad y parece ser más seguro que el EEC en estudios limitados, el comité recomienda que no se utilice EEC cuando se dispone de la opción de tratamiento con estradiol. La calidad de los estudios puede limitarse a estudios prospectivos, de cohorte o de corte transversal; sin embargo, el nivel más fuerte de recomendación se basa en evidencia consistente que asocia el uso de etinilestradiol y EEC con un mayor riesgo de TEV/IM/ACV en mujeres transgénero.

También confiamos en nuestra recomendación en cuanto a la administración de formulaciones transdérmicas de estrógenos en mujeres transgénero mayores (edad mayor a 45 años) o en aquellas con antecedentes de TEV. La confianza en nuestra recomendación se basa en la disminución en la incidencia de TEV reportada por la clínica de Ámsterdam cuando se cambia el tratamiento a formulaciones transdérmicas en mujeres transgénero mayores de 40 años (van Kesteren et al., 1997). Por otra parte, el estudio de cohorte multicentro prospectivo ENIGI evidenció la ausencia de incidencia TEV/IM/ACV en mujeres transgénero a quienes se les cambió el tratamiento a estrógenos transdérmicos en forma rutinaria a la edad de 45 años (Dekker et al., 2016). Además, un estudio realizado por Ott et al demostró que no había incidencia de TEV en 162 mujeres transgénero tratadas con parches de estradiol (Ott et al., 2010).

A excepción del acetato de ciproterona (tómese en cuenta que esta sustancia no está aprobada para uso en los Estados Unidos debido a su potencial hepatotoxicidad), el uso de progestágenos en regímenes de terapia hormonal sigue siendo controversial. A la fecha, no contamos con estudios de calidad que evalúen el

rol de la progesterona en la terapia hormonal en pacientes transgénero.

Sabemos que algunos médicos que prescriben progestágenos, incluso progesterona micronizada, tienen la impresión de que puede haber mejoras en el desarrollo mamario y/o areolar, en el estado de ánimo, en la libido y en la figura corporal en general para aquellos que lo solicitan, además de otros beneficios todavía no demostrados (Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et al., 2014). Sin embargo, estas mejoras siguen siendo anecdóticas, ya que no contamos con evidencia de calidad que apoye tal uso de progestágenos. Nosotros encargamos una revisión sistemática para esta versión de los SOC que no logró obtener información suficiente para poder efectuar una recomendación en favor del uso de cualquier progestágeno. En realidad, los datos existentes sugieren que la exposición prolongada a progestágenos se asocia a efectos adversos (Safer, 2021).

En el caso de las mujeres cisgénero que tienen útero, es necesario utilizar una combinación de progestágenos con estrógenos para evitar el riesgo de cáncer de endometrio asociado a la terapia con estrógeno sin oposición. En el caso de mujeres cisgénero que no tienen útero, no se utilizan progestágenos. La mejor información que avala la preocupación relacionada con el uso de los progestágenos proviene de las comparaciones entre las dos poblaciones cisgénero arriba mencionadas, aunque admitimos que no necesariamente debe ser generalizable a la población que nos ocupa. Aunque no se trate definitivamente de un efecto de clase para todos los progestágenos, la medroxiprogesterona añadida a estrógenos equinos combinados se asocia con mayor riesgo de cáncer de mama y riesgos cardiológicos (Chlebowski 2020; Manson, 2013). Es importante destacar que los datos obtenidos en estudios realizados por la Iniciativa de Salud de la Mujer (Women's Health Initiative) (WHI, por su sigla en inglés) pueden no ser generalizables para la población transgénero. Comparadas con las mujeres cisgénero en los estudios, las poblaciones transgénero que solicitan terapia hormonal tienden a ser más

jóvenes, no utilizan estrógenos equinos y la terapia hormonal en estos casos está orientada a la salud mental y a la calidad de vida actual y no solamente a prevenir riesgos (Deutsch, 2016a).

Los potenciales efectos adversos de los progestágenos incluyen aumento de peso, depresión y cambios en los lípidos. La progesterona micronizada puede ser mejor tolerada y puede tener un impacto más favorable en el perfil lipídico que la medroxiprogesterona (Fitzpatrick et al., 2000). Cuando se la compara con los estrógenos en mujeres transgénero, el progestágeno acetato de ciproterona se asocia con aumento de prolactina, disminución del colesterol HDL y meningiomas poco frecuentes. Ninguno de estos efectos colaterales se evidencia cuando se combinan los estrógenos con agonistas GnRH o espironolactona (Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota et al., 2017; Sofer et al., 2020).

Por lo expuesto, a la fecha, la información disponible no incluye evidencia de calidad que sostenga que la terapia con progestágenos en mujeres transgénero presente beneficios. Sin embargo, los estudios sí sugieren que existe un daño potencial por el uso de algunos progestágenos, al menos durante una exposición a largo plazo. Si luego de discutir los riesgos y beneficios del tratamiento con progesterona se llega a una decisión colaborativa de comenzar una prueba de la terapia con progesterona, el médico tratante debe evaluar al paciente al cabo de un año para revisar su respuesta a este tratamiento.

Postulado 12.16

Recomendamos que los profesionales de la salud prescriban medicamentos para la disminución de testosterona (ya sea acetato de ciproterona, espironolactona, o agonistas GnRH) a personas transgénero o de género diverso con testículos que cumplan con los criterios de elegibilidad* y que están recibiendo estrógenos como parte de su plan tratamiento hormonal si su objetivo individual es obtener niveles séricos de hormonas sexuales similares a los de las mujeres cisgénero.

La mayoría de las clínicas especializadas en género en los Estados Unidos y en Europa prescriben estrógenos combinados con una medicación que disminuye los niveles de testosterona (Mamoojee et al., 2017) (Ver Anexo C - Tabla 5).

En los Estados Unidos, la espironolactona es la medicación más comúnmente prescrita para disminuir los niveles de testosterona; mientras que los agonistas GnRH se utilizan habitualmente en el Reino Unido, y el acetato de ciproterona se prescribe más frecuentemente en el resto de Europa (Angus et al., 2021; Kuijpers et al., 2021). Existen 2 razones por las cuales se recomienda agregar medicación para el descenso de los niveles de testosterona 1) para disminuir los niveles de testosterona hasta alcanzar el rango de referencia para las mujeres cisgénero y 2) para reducir la cantidad de estrógenos necesarios para lograr los efectos físicos adecuados. Las diferentes medicaciones para disminuir la testosterona muestran un perfil diferente de efectos adversos. La espironolactona es un antihipertensivo y diurético ahorrador de potasio que puede causar hiperkalemia, aumento en la frecuencia de las micciones y disminución de la presión sanguínea (Lin et al., 2021). El acetato de ciproterona está asociado al desarrollo de meningioma e hiperprolactinemia (Nota et al., 2018). Los GnRH_a, aunque han demostrado ser muy efectivos para reducir los niveles de testosterona, pueden provocar osteoporosis si las dosis de estrógenos administradas concurrentemente son insuficientes (Klink, Caris et al., 2015).

Una revisión sistemática, identificó un estudio que reportó hallazgos provenientes de una comparación cabeza a cabeza de las medicaciones para disminuir los niveles de testosterona, acetato de ciproterona y leuprolide (Gava et al., 2016). Dos estudios compararon un grupo de mujeres transgénero a quienes se les administraba estrógenos y medicación para descender los niveles de testosterona con un grupo en el que recibían sólo estrógenos. La revisión sistemática no arrojó suficiente evidencia que permitiera sugerir que alguna de las 3 medicaciones para disminuir los niveles de testosterona presentara

un mejor perfil de seguridad en términos de mejores resultados en la salud ósea, en los niveles de testosterona, en los niveles de potasio, o en la incidencia de hiperprolactinemia o meningiomas (Wilson et al., 2020). Es por ello que no podemos dar recomendaciones. La revisión reportó que los regímenes basados en espironolactona se asociaron a un 45% de aumento en los niveles de prolactina, mientras que los regímenes en base a ciproterona aumentaron los niveles de prolactina en más de un 100%. Sin embargo, la significancia clínica de niveles elevados de prolactina no está clara, dado que las tasas de prolactinomas no aparecieron especialmente elevadas en ninguno de los grupos tratados con espironolactona o CPA (Wilson et al., 2020). Un estudio retrospectivo de una cohorte en un único centro en los Estados Unidos no reportó incrementos en los niveles de prolactina clínicamente significativos en 100 mujeres transgénero tratadas con estrógeno y espironolactona (Bisson et al., 2018). Un estudio retrospectivo en los Países Bajos realizado sobre 2555 mujeres transgénero a quienes se les administraba primariamente CPA con diversas formulaciones de estrógeno reportó un ratio de incidencia estandarizada aumentada de meningiomas en pacientes que utilizaban acetato de ciproterona posterior a una gonadectomía durante muchos años en comparación con la población neerlandesa general (Nota et al., 2018). Además, en un estudio más pequeño realizado en Bélgica, 107 mujeres transgénero presentaron aumento transitorio en los niveles de prolactina luego del tratamiento con acetato de ciproterona, retornando a los niveles normales luego de que se discontinuara la medicación (Defreyne, Nota et al., 2017). Una publicación reciente, no incluida en la revisión sistemática, examinó a 126 mujeres transgénero a quienes se les administraba espironolactona, GnRH_a, o ciproterona y concluyó que la ciproterona estaba asociada a niveles de prolactina más altos y a un peor perfil lipídico que con la espironolactona o los GnRH_a (Sofer et al., 2020). Luego de balancear los costos y la accesibilidad de medir los niveles de prolactina contra la significación clínica de un nivel elevado, se tomó la decisión de no brindar

una recomendación a favor o en contra de monitorear los niveles de prolactina en este momento. Los PS deberán tomar sus propias decisiones clínicas individualizadas sobre la necesidad de medir los niveles de prolactina según el tipo de régimen hormonal y/o la presencia de síntomas de hiperprolactinemia o un tumor pituitario (por ejemplo, galactorrea, cambios en el campo visual).

También se asoció la ciproterona con los meningiomas. Se reportaron 9 casos de meningiomas entre mujeres transgénero a quienes se administraba acetato de ciproterona (Mancini et al., 2018). Este riesgo aumentado también pudo identificarse en poblaciones cisgénero. En el año 2020, la Agencia Europea de Medicamentos publicó un informe en el cual recomendaba que debía restringirse el uso de los productos de ciproterona con una dosis diaria de 10 miligramos o más debido al riesgo de desarrollar meningiomas (European Medicines Agency, 2020). Es muy probable que esta asociación sea un efecto específico del acetato de ciproterona y no fue extrapolado para incluir a otras drogas utilizadas para disminuir los niveles de testosterona. En los Estados Unidos, país donde no se dispone de acetato de ciproterona, la base de datos de los Registros Centrales de Cáncer de la Asociación Norteamericana (NAACCRs, por su sigla en inglés), no registró un riesgo aumentado de tumores cerebrales (no específicos de meningiomas) en mujeres transgénero (Nash et al., 2018). Por otra parte, no se evidenció un incremento en la proporción de riesgo de tumores cerebrales en la cohorte Kaiser de 2791 mujeres transgénero comparado con grupos control cisgénero (Silverberg et al., 2017). No hubo estudios a largo plazo que hayan reportado riesgo de meningioma y prolactinoma en mujeres transgénero que utilizaban GnRHa.

Nuestra fuerte recomendación en favor del uso de medicación para disminuir los niveles de testosterona como parte de un régimen hormonal para personas transgénero con testículos se basa en la práctica global de utilizar estas medicaciones asociadas a la terapia con estrógenos, como así también en el relativamente

mínimo riesgo asociado a estas terapias. Sin embargo, no estamos en posición de hacer una recomendación en favor de una medicación para disminuir la testosterona con respecto a otra en este momento. Los datos publicados dan lugar a cierta preocupación por el riesgo de meningiomas con el uso prolongado (mayor a 2 años) y en altas dosis (mayor a 10 miligramos por día) de acetato de ciproterona (Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill et al., 2021).

La bicalutamida es un antiandrógeno que ha sido utilizado en el tratamiento de cáncer de próstata. Se une competitivamente al receptor androgénico para bloquear la unión de los andrógenos. Los datos disponibles sobre el uso de bicalutamida en feminidades trans son muy escasos y carecemos de información sobre su seguridad. Un estudio a pequeña escala observó el uso de bicalutamida 50 miligramos diarios como bloqueador de la pubertad en 23 feminidades trans adolescentes que no podían obtener tratamiento con análogos de la GnRH (Neyman et al., 2019). Todas las adolescentes experimentaron desarrollo mamario, lo que también se observa habitualmente en los hombres con cáncer de próstata que son tratados con bicalutamida. Aunque raros, se han reportado casos de hepatotoxicidad fulminante que resultaron en la muerte por el uso de bicalutamida (O'Bryant et al., 2008). Dado que la bicalutamida no ha sido adecuadamente estudiada en poblaciones de feminidades trans, no recomendamos su uso de rutina.

La administración de inhibidores de 5 α -reductasa bloquea la conversión de testosterona en el andrógeno más potente dihidrotestosterona. La Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó las indicaciones de administración de finasteride, incluso en presencia de hipertrofia prostática benigna y alopecia androgénica. Se dispone de muy poca información sobre el uso de inhibidores de la 5 α -reductasa en poblaciones de feminidades trans (Irwig, 2021). No está claro si esta clase de medicación pudiera tener beneficios clínicos en feminidades trans a quienes ya se han disminuido los niveles de testosterona y dihidrotestosterona

con estrógenos y antiandrógenos. Es por ello que no recomendamos su uso de rutina en feminidades trans. Finasteride puede ser una opción de tratamiento apropiado en masculinidades trans que experimentan alopecia molesta como consecuencia de altos niveles de dihidrotestosterona. Sin embargo, el tratamiento con inhibidores de la 5 α -reductasa puede impedir el crecimiento del clítoris y el desarrollo de vello facial y corporal en masculinidades trans. Se necesitan estudios para evaluar la eficacia y seguridad de los inhibidores 5 α -reductasa en poblaciones transgénero.

Postulado 12.17

Recomendamos que los profesionales de la salud monitoreen los niveles de hematocrito (o hemoglobina) en personas transgénero y de género diverso tratadas con testosterona.

Existen datos de buena calidad que sugieren que el tratamiento con testosterona se asocia a un aumento en el hematocrito (o hemoglobina) de las personas TGD (Defreyne et al., 2018). Los regímenes de testosterona en la revisión sistemática incluyeron ésteres de testosterona que variaban del equivalente a 25-250 miligramos SC/IM semanales, undecanoato de testosterona 1000 miligramos cada 12 semanas, o testosterona gel 50 miligramos aplicados diariamente en la piel (Defreyne et al., 2018; Gava et al., 2018; Giltay et al., 2000; Meriggiola et al., 2008; Pelusi et al., 2014; T'Sjoen et al., 2005; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wierckx, van de Peer et al., 2014). El aumento esperado debe ser consistente con los rangos de referencia en los masculinos cisgénero.

Postulado 12.18

Sugerimos que los profesionales de la salud colaboren con los cirujanos en la utilización de hormonas antes y después de la cirugía de afirmación de género. Para más información, ver Postulado 12.19.

Postulado 12.19

Sugerimos que los profesionales de la salud asesoren a las personas transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de

elegibilidad* acerca de las distintas opciones de cirugías de afirmación de género, a menos que la cirugía no sea indicada o sea médicamente contraindicada.

A pesar de la falta de evidencia, los estándares clínicos aplicables a cirugías de afirmación de género han contemplado la suspensión de la terapia hormonal de una a cuatro semanas antes y después de la cirugía, como regla general para las cirugías genitales (Hembree et al., 2009). Tal práctica tenía como objetivo mitigar el riesgo de TEV asociado a la administración de estrógenos exógenos (Hembree et al., 2009). Los estrógenos y la testosterona pueden por lo tanto volver a administrarse en algún momento después de la cirugía.

Luego de una examinación cuidadosa, los investigadores no han encontrado aumento en la tasa de TEV entre las personas transgénero que realizaron una cirugía mientras estaban en tratamiento con esteroides sexuales en comparación con las tasas evidenciadas por pacientes cuyos tratamientos con esteroides sexuales se habían discontinuado con anterioridad a la operación (Gaither et al., 2018; Hembree et al., 2009; Kozato et al., 2021; Prince & Safer, 2020). El tratamiento con esteroides sexuales es especialmente importante luego de una gonadectomía, para evitar las secuelas de hipogonadismo, riesgo de desarrollo de osteoporosis y para el mantenimiento de la salud mental y la calidad de vida (Fisher, Castellini et al., 2016; Rosen et al., 2019). Por lo tanto, quienes administran hormonas y los cirujanos deben informar a los pacientes sobre la necesidad de recibir terapia hormonal exógena en forma continua luego de la gonadectomía.

Para poder educar a los pacientes y actuar como promotores clínicos, los PS deben conocer los riesgos y beneficios de las cirugías de afirmación de género y también deben ser conocedores de la experiencia y resultados quirúrgicos demostrados por los cirujanos a quienes pueden derivar a sus pacientes (Beek, Kreukels et al., 2015; Colebunders et al., 2017; Wiepjes et al., 2018). En general, la mayoría de las cirugías médicamente necesarias pueden

plantearse en 3 regiones: el rostro, el tórax/mamas, y los genitales (internos y externos). Los procedimientos médicamente necesarios adicionales incluyen cirugías para modificar el contorno corporal y la voz. Ver el Postulado sobre necesidad médica en el Capítulo 2 - Aplicación Global - Postulado 2.1)

Se dispone de múltiples procedimientos para cirugías faciales de afirmación de género, los que incluyen, pero no se limitan a condrolaringoplastia, rinoplastia, contorno o aumento del maxilar inferior, del mentón y de la frente, estiramiento facial, remoción de vello y trasplante capilar (ver Capítulo 13 - Cirugía y Cuidados Posoperatorios). Los procedimientos disponibles para cirugía de tórax/mamas incluyen mastoplastia de aumento, mastectomía doble con injerto de pezones, mastectomía periareolar y lipoaspiración. La cirugía de afirmación de género más común en personas TGD con desarrollo mamario endógeno es la cirugía de masculinización de tórax (mastectomía). (Horbach et al., 2015; Kailas et al., 2017).

Los procedimientos de cirugía genital interna incluyen, pero no se limitan a la orquiectomía, histerectomía, salpingo-oufrectomía, vaginoplastia y colpectomía/vaginetomía (Horbach et al., 2015; Jiang et al., 2018). En la vaginoplastia, el recubrimiento interno es comúnmente formado a partir de piel del pene, injertos de piel, una combinación de ambos o un segmento del intestino. La remoción del útero/ovarios puede realizarse en forma individual o en el mismo procedimiento (histerectomía, salpingooufrectomía, y colpectomía). Si se realiza una colpectomía, también deberá realizarse una histerectomía. Los ovarios pueden permanecer in situ si así lo solicita el paciente. Dejar uno o ambos ovarios representa un beneficio potencial en cuanto a la preservación de la fertilidad, aunque el aspecto negativo es el potencial desarrollo de patología ovárica, incluyendo cáncer (De Roo et al., 2017).

Los procedimientos de cirugía genital externa incluyen, pero no se limitan a vulvoplastia, metoideoplastia y faloplastia (Djordjevic et al.,

2008; Frey et al., 2016). Por lo general es necesario remover el vello antes de realizar procedimientos sobre los genitales externos (Marks et al., 2019). La vulvoplastia puede incluir la creación de monte de Venus, labios, clítoris y apertura uretral. El alargamiento uretral es una opción, tanto en la metoideoplastia como en la faloplastia, aunque este procedimiento está asociado a un incremento significativo de la tasa de complicaciones (Schechter & Safa, 2018). En la faloplastia, es necesario cuidar la herida quirúrgica y realizar terapia física para tratar las heridas ocasionadas en los sitios donantes (van Caenegem, Verhaeghe et al., 2013). La terapia física pélvica también puede constituir una intervención adicional importante luego de la cirugía para manejar la micción y la función sexual (Jiang et al., 2019). El diálogo, la comprensión mutua y la comunicación clara, utilizando lenguaje común, entre los pacientes, PS y cirujanos contribuirá a la toma de decisiones conscientes al considerar los procedimientos quirúrgicos disponibles.

Postulado 12.20

Recomendamos que los profesionales de la salud inicien y continúen la terapia hormonal de afirmación de género en personas transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de elegibilidad* que deseen este tratamiento debido a la demostrada mejora en el funcionamiento psicosocial y en la calidad de vida. Para más información, ver Postulado 12.21.

Postulado 12.21

Recomendamos que los profesionales de la salud mantengan la terapia hormonal que se está administrando si la salud mental de la persona transgénero o de género diverso se deteriora y evalúen las causas del deterioro, a menos que esté contraindicado.

Se han documentado diversas disparidades en salud mental en la población transgénero tales como depresión, suicidio, ansiedad, baja autoestima y trastorno de estrés postraumático (Arcelus et al., 2016; Becerra-Culqui et al., 2018; Bouman et al., 2017; Eisenberg et al., 2017; Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018).

El modelo de estrés de las minorías de género brinda evidencia sobre los diferentes mediadores y moderadores de estas disparidades (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). Los mediadores y moderadores de disparidades en materia de salud mental inherentes a las personas transgénero incluyen experiencias de discriminación, victimización, uso de género errado, rechazo familiar y transfobia internalizada (Hendricks & Testa, 2012). Los factores que tienen un efecto positivo en la salud mental incluyen aceptación familiar, contención social y relaciones románticas, conexión con la comunidad transgénero, protección brindada por las políticas inclusivas y de afirmación, políticas de afirmación e inclusión, contar con documentación donde el nombre legal/género esté actualizado y alcanzar la transición física de género basada en los objetivos corporales individualizados (Bauer et al., 2015; Bockting et al., 2013; Bouman et al., 2016; Davey et al., 2014; de Vries et al., 2014; Du Bois et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Hendricks & Testa, 2012; Keo-Meier et al., 2015; Meier et al., 2013; Pflum et al., 2015; Ryan et al., 2010; Smith et al., 2018).

Se ha descubierto que la terapia hormonal tiene un impacto positivo en la salud mental y en la calidad de vida de personas TGD jóvenes y adultas que comienzan este tratamiento (Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009). En muchos casos, la terapia hormonal es considerada una intervención que salva la vida (Allen et al., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006; Moody et al., 2015). Varios estudios han demostrado que existe correspondencia entre el inicio de la terapia hormonal y la mejora de salud mental en personas jóvenes y adultas (Aldridge et al., 2020; Costa et al., 2016; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Nguyen et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), incluso mejoras en la calidad de vida (Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Murad et al., 2010; Newfield et al., 2006; Nobili et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), disminución de la ansiedad y de la

depresión (Aldridge et al., 2020; Colizzi et al., 2014; Davis & Meier, 2014; de Vries, Steensma et al., 2011; Gómez-Gil et al., 2012; Rowniak et al., 2019), disminución del estrés y de la paranoia (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017). Un estudio prospectivo controlado según el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2 por su sigla en inglés) demostró que se evidencian mejoras significativas en múltiples dominios del funcionamiento psicológico en hombres transgénero al cabo de sólo 3 meses de tratamiento con testosterona (Keo-Meier et al., 2015). Aunque la población transgénero presenta tasas más altas de síntomas de autismo, no se ha determinado que estos síntomas hayan aumentado luego de iniciar la terapia hormonal (Nobili et al., 2020).

Dado que la disminución de los síntomas depresivos puede tener un correlato con una reducción del riesgo de suicidio, no brindar la terapia hormonal por presencia de depresión o riesgo de suicidio puede ser contraproducente (Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003). Turban, King et al. (2020) descubrieron que existía una disminución de la probabilidad de ideación suicida a lo largo de la vida en adolescentes que requirieron inhibición puberal y tuvieron acceso a la misma, en comparación con aquellos que tenían un deseo similar pero no accedieron (Turban, King et al., 2020). Una revisión sistemática reciente determinó que la inhibición puberal en adolescentes TGD estaba asociada con una mejora en la vida social, disminución de suicidios en la adultez, una mejora en el funcionamiento psicológico y en la calidad de vida (Rew et al., 2020). Dado que la evidencia sugiere que la terapia hormonal está directamente relacionada a una disminución de los síntomas de depresión y ansiedad, se considera que la práctica de no proporcionar la terapia hormonal hasta que estos síntomas sean tratados por la psiquiatría tradicional presenta efectos iatrogénicos (Keo-Meier et al., 2015). En caso de que se indique tratamiento psiquiátrico, el mismo puede comenzarse o ajustarse en forma concurrente, sin discontinuar la terapia hormonal.

* Para más información sobre los criterios de elegibilidad en la adolescencia y la adultez, sírvase referirse al Capítulo 5 - Evaluación en la Adultez y al Capítulo 6 – Adolescencia, como así también al Anexo D.

CAPÍTULO 13 - Cirugía y Cuidados Postoperatorios

La cirugía de afirmación de género médicamente necesaria (CAG) se refiere a un conjunto de procedimientos diseñados para alinear el cuerpo de una persona con su identidad de género (ver Capítulo 2 - Aplicación Global, en lo referido a necesidad médica, Postulado 2.1). Este capítulo describe las recomendaciones para la cirugía y los cuidados postoperatorios en personas TGD adultas y adolescentes. Sírvase referirse al Capítulo 5 - Evaluación en la Adulthood y al Capítulo 6 - Adolescencia para obtener más información acerca de los criterios de evaluación referidos a la cirugía de personas adultas y adolescentes respectivamente. Se puede encontrar un resumen de las recomendaciones y de los criterios de evaluación en el Anexo D.

Al reconocer la diversidad y la heterogeneidad de la comunidad de personas que se identifican como transgénero o de género diverso (TGD), pueden categorizarse las intervenciones quirúrgicas de afirmación de género a lo largo de un espectro de procedimientos para personas asignadas masculinas al nacer (AMAB) y para personas asignadas femeninas al nacer (AFAB).

El conocimiento científico actual apoya los beneficios de la CAG para las personas que hayan sido apropiadamente seleccionadas. Si bien pueden ocurrir complicaciones luego de la CAG, muchas son menores o pueden ser tratadas a través de la atención local o domiciliaria (Canner et al., 2018; Gaither et al., 2018; Morrison et al., 2016). Por otra parte, las tasas de complicaciones son consistentes con las de procedimientos similares realizados para tratar diferentes diagnósticos (por ejemplo, procedimientos distintos de la afirmación de género).

En personas AFAB, la cirugía de tórax o "cirugía superior" de afirmación de género (es decir, "mastectomía subcutánea") se ha estudiado en cohortes prospectivas (Agarwal et al., 2018; Frederick et al., 2017; Top & Balta, 2017; van de Grift, Elaut et al., 2017; van de Grift et al., 2016), retrospectivas ((Bertrand et al., 2017; Claes et al., 2018; Esmonde et al., 2019; Lo Russo et al., 2017;

Marinkovic & Newfield, 2017; Poudrier et al., 2019; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018) y transversales (Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; van de Grift, Elfering et al., 2018). La eficacia de la cirugía superior ha quedado demostrada en múltiples dominios, por la mejora concreta y directa en la calidad de vida relacionada a la salud, un descenso significativo en la disforia de género y un aumento consistente del grado de satisfacción con el cuerpo y la apariencia. Asimismo, las tasas de arrepentimiento permanecen muy bajas, variando entre el 0 al 4%. Si bien el efecto de la cirugía superior sobre otros resultados tales como la depresión, la ansiedad y la función sexual también demostraron beneficios, los estudios no cuentan con la fuerza suficiente que permita sacar conclusiones definitivas. Aunque se necesita más investigación para llegar a conclusiones robustas, la evidencia demuestra que la cirugía superior es una intervención segura y efectiva.

En personas AMAB, se ha publicado una menor cantidad de estudios referentes a la cirugía mamaria de afirmación de género ("aumento mamario") que incluyen 2 estudios prospectivos (Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018), una cohorte retrospectiva (Fakin et al., 2019), y 3 estudios de cohorte transversal (Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018). Todos los estudios arrojaron como resultado un aumento consistente y directo del grado de satisfacción de los pacientes, lo que incluye satisfacción general y satisfacción con la imagen corporal luego de la cirugía. Owen-Smith et al. (2018) demostraron que existe una tendencia positiva hacia la mejora en los grados de depresión y de ansiedad con niveles crecientes de intervenciones de afirmación de género. Sin embargo, no se dispone de comparaciones estadísticas entre personas que realizaron la cirugía superior y cualquier otro grupo.

La vaginoplastia de afirmación de género es una de las intervenciones quirúrgicas de afirmación de género más frecuente; Se han reportado recientemente 8 estudios prospectivos (Buncamper et al., 2017; Cardoso da Silva et al.,

2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et al., 2018; Papadopulos, Zavlin et al., 2017; Tavakkoli Tabassi et al., 2015; Wei et al., 2018; Zavlin et al., 2018), 15 estudios de cohorte retrospectivos ((Bouman, van der Sluis et al., 2016; Buncamper et al., 2015; Hess et al., 2016; Jiang et al., 2018; LeBreton et al., 2017; Manrique et al., 2018; Massie et al., 2018; Morrison et al., 2015; Papadopulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Foroortan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalaivirithan et al., 2018), y 3 estudios de cohorte transversal fueron reportados recientemente (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018).

Aunque se utilizaron diferentes herramientas para la evaluación, los resultados de todos los estudios dan cuenta, en forma consistente, de un alto nivel de satisfacción del paciente (78 a 100%) como así también de satisfacción con la función sexual (75 a 100%). Estos resultados fueron especialmente evidentes con la utilización de técnicas quirúrgicas más recientes. La vaginoplastia de afirmación de género también estuvo asociada con una baja tasa de complicaciones y una baja incidencia de arrepentimiento (0 a 8%).

Las publicaciones recientes dan cuenta del creciente interés clínico por la metoidioplastia y faloplastía, tal como lo reflejan tres estudios de cohorte prospectivos (Garaffa et al., 2010; Stojanovic et al., 2017; Vukadinovic et al., 2014), seis estudios de cohorte retrospectivos (Cohanzad, 2016; Garcia et al., 2014; Simonsen et al., 2016; van de Grift, Pigot et al., 2017; van der Sluis et al., 2017; Zhang et al., 2015), y cuatro estudios transversales (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wierckx, Van Caenegem et al., 2011) en los cuales se estudiaron los riesgos y beneficios de estos procedimientos.

En cuanto a la función urinaria, entre el 75 y el 100% de los participantes estudiados fueron capaces de orinar estando parados; en lo referido a la función sexual, entre el 77 y el 95% de los participantes estudiados informaron estar satisfechos con su función sexual. La mayoría de

estos estudios refieren altos niveles generales de satisfacción postoperatoria (en un rango que va del 83 al 100%), siendo los estudios en los cuales se habían practicado las cirugías con técnicas más modernas los que presentaron las tasas más altas de satisfacción. Dos estudios de cohorte prospectivos y dos estudios de cohorte retrospectivos evaluaron específicamente el arrepentimiento luego de la cirugía y se reportó que ningún hombre transgénero lo había experimentado. Si bien se sabe de las limitaciones en los estudios, los resultados informados fueron consistentes y directos.

En años recientes, La CAG facial (CAGF) ha recibido mayor atención y las investigaciones actuales apoyan sus beneficios. Ocho publicaciones recientes incluyen un estudio de cohorte prospectivo (Morrison et al., 2020), cinco estudios de cohorte retrospectivos (Bellinga et al., 2017; Capitán et al., 2014; Noureai et al., 2007; Raffaini et al., 2016; Simon et al., 2022) y dos estudios transversales (Ainsworth & Spiegel, 2010; van de Grift, Elaut et al., 2018). Ocho estudios demostraron claramente que las personas estaban muy satisfechas con los resultados quirúrgicos (entre 72% y 100% de las personas). Además, las personas se mostraban significativamente más satisfechas con la apariencia de sus rostros en comparación con las que no se habían realizado la cirugía. Un estudio de cohorte prospectivo, internacional, multicentro concluyó que la CAG facial mejoraba significativamente la calidad de vida, tanto a mediano como a largo plazo (Morrison et al., 2020). Los resultados fueron directos y consistentes, aunque algo imprecisos, debido a ciertas limitaciones en el estudio. Si bien la cirugía facial de afirmación de género en personas AFAB constituye un campo emergente, la limitada información actual apunta a los mismos beneficios en pacientes seleccionados. Se recomienda realizar más estudios a futuro.

Procedimientos adicionales y/o intervenciones tales como remoción del vello (antes de la cirugía facial y/o genital) podrían ser necesarias como parte del proceso preoperatorio. Ver Capítulo 15 - Atención Primaria. Por otra parte, puede ser

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

13.1 Recomendamos que los cirujanos que practiquen procedimientos quirúrgicos de afirmación de género presenten las siguientes credenciales:

- 13.1.a- entrenamiento y supervisión documentados en procedimientos de afirmación de género;
- 13.1.b- continuidad en la práctica activa de procedimientos quirúrgicos de afirmación de género;
- 13.1.c- conocimiento sobre identidades y expresiones de género diverso;
- 13.1.d- capacitación continua en el campo de la cirugía de afirmación de género;
- 13.1.e- seguimiento de resultados quirúrgicos.

13.2 Recomendamos que los cirujanos evalúen los factores de riesgo asociados al cáncer de mama en personas transgénero y de género diverso con anterioridad a realizar una cirugía de aumento de mamas o una mastectomía.

13.3 Recomendamos que los cirujanos informen a las personas transgénero y de género diverso que realizan procedimientos quirúrgicos de afirmación de género, como parte del proceso pre-quirúrgico, acerca de los requisitos de cuidados posteriores a la cirugía, viajes y alojamiento, y sobre la importancia del seguimiento post quirúrgico.

13.4 Recomendamos que los cirujanos confirmen que las personas transgénero y de género diverso hayan sido debidamente informadas respecto de las opciones disponibles para conservar la función reproductiva previo a realizar la gonadectomía.

13.5 Sugerimos que los cirujanos consideren la posibilidad de ofrecer gonadectomía a personas transgénero y de género diverso adultas que cumplen con los criterios de elegibilidad* ante la evidencia de que han sostenido un mínimo de 6 meses de terapia hormonal (a menos que la terapia de reemplazo hormonal o la supresión gonadal no estén clínicamente indicadas o el procedimiento sea inconsistente con los deseos, objetivos o expresiones de identidad de género individual de la persona).

13.6 Sugerimos que los profesionales de la salud consideren la posibilidad de ofrecer procedimientos genitales de afirmación de género a personas transgénero y de género diverso adultas que las soliciten y cumplan con los criterios de elegibilidad*, cuando exista evidencia de que la persona ha estado estable en su régimen de tratamiento actual (lo que puede incluir al menos 6 meses de tratamiento hormonal o un periodo mayor si fuera necesario para alcanzar el resultado quirúrgico deseado, a menos que la terapia hormonal no sea deseada o sea contraindicada médicamente).

13.7 Recomendamos que los cirujanos consideren la posibilidad de ofrecer intervenciones quirúrgicas de afirmación de género a adolescentes transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de elegibilidad* cuando exista evidencia de que han participado de un abordaje multidisciplinario que incluía profesionales médicos y de la salud mental en el proceso de toma de decisiones.

13.8 Recomendamos que los cirujanos consulten con un equipo extendido, multidisciplinario de profesionales del campo de la salud transgénero cuando las personas transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de elegibilidad* soliciten cirugías personalizadas (anteriormente llamadas “no estandarizadas”) como parte de una intervención quirúrgica de afirmación de género.

13.9 Sugerimos que los cirujanos que atienden hombres transgénero y personas de género diverso que realizaron a metoideoplastia/faloplastia les recomienden un seguimiento urológico durante toda la vida.

13.10 Recomendamos que los cirujanos que atienden mujeres transgénero y personas de género diverso que se han realizado vaginoplastia insistan en la importancia de realizar el seguimiento con su cirujano principal, con su médico de atención primaria o con su ginecólogo.

13.11 Recomendamos que los pacientes que se arrepientan de haberse realizado una intervención quirúrgica de afirmación de género sean atendidos por un equipo multidisciplinario experto.

* Para más información sobre los criterios de elegibilidad en la adolescencia y la adultez, sírvase referirse a los capítulos referidos a Evaluación en la Adultez y Adolescencia, como así también al Anexo D

importante (o necesaria) la interconsulta con especialistas en fisioterapia del suelo pélvico, tanto antes como después de la cirugía.

Las principales intervenciones quirúrgicas incluyen (para ver una lista completa, referirse al Anexo E y al final de este capítulo):

AMAB: cirugía de feminización facial (que incluye condrolaringoplastia /cirugía de las cuerdas vocales), cirugía mamaria de afirmación

de género, procedimientos para contornear el cuerpo, orquiectomía, vagino/vulvoplastia (con o sin profundidad), procedimientos estéticos y procedimientos destinados a preparar a las personas para la cirugía (es decir, remoción del vello).

AFAB: Cirugía de masculinización facial, cirugía torácica de afirmación de género, histerectomía/ooforectomía, metoideoplastia (que incluye la colocación de prótesis testiculares),

faloplastia (que incluye la colocación de prótesis testiculares/peneana), procedimientos para contornear el cuerpo, procedimientos estéticos y procedimientos destinados a preparar a las personas para la cirugía (es decir, remoción del vello).

Es importante que los cirujanos comprendan en qué casos y en qué oportunidades deben recomendarse las CAGs, lo que es especialmente importante al atender adolescentes (ver Capítulo 6 – Adolescencia).

Es importante que tanto el cirujano como el paciente participen de un marco de toma de decisión compartido que incluya 1) un abordaje multidisciplinario; 2) la comprensión de los objetivos del paciente y sus expectativas; 3) la evaluación de las opciones quirúrgicas y de los riesgos y beneficios asociados a ellas; y 4) un plan informado para los cuidados posteriores (ver Capítulo 5 - Evaluación en la Adulthood). Estas recomendaciones tienen por objetivo facilitar la atención con un abordaje individualizado.

El cuidado posterior apropiado es esencial para optimizar los resultados (Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003) por lo que es importante que los pacientes cuenten con información acerca de la necesidad de cuidados postoperatorios (lo que incluye el cuidado de la incisión local, restricciones en cuanto a actividades, licencias para el trabajo o la escuela etc.). Por otra parte, es importante que el cirujano esté disponible para brindar y facilitar atención postoperatoria, para derivar el paciente a servicios especializados, o ambos si fueran necesarios. Ello puede incluir la necesidad de apoyo continuo (es decir, tanto del cuidador como del prestador de atención primaria, profesionales de salud mental (PSM) o ambos), como así también la necesidad de atención primaria de rutina (es decir, estudios para detección de cáncer de mama o de tórax, atención urológica o ginecológica, etc.)

Con el aumento del interés público y del número de procedimientos quirúrgicos de afirmación de género (Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019), se hace necesario un mayor entrenamiento, seguimiento de los

resultados, y capacitación médica continua para los cirujanos (Schechter et al., 2017).

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulado 13.1

Recomendamos que los cirujanos que practiquen procedimientos quirúrgicos de afirmación de género presenten las siguientes credenciales:

- a. **entrenamiento y supervisión documentados en procedimientos de afirmación de género;**
- b. **continuidad en la práctica activa de procedimientos quirúrgicos de afirmación de género;**
- c. **conocimiento sobre identidades y expresiones de género diverso;**
- d. **capacitación continua en el campo de la cirugía de afirmación de género;**
- e. **seguimiento de resultados quirúrgicos.**

Los cirujanos que practican CAG deben contar con experiencia y entrenamiento en la especialidad quirúrgica muy variados. Las especialidades quirúrgicas más comunes incluyen la cirugía plástica, urología, ginecología, otorrinolaringología y la cirugía oro-máxilo-facial (Jazayeri et al., 2021). De la misma forma en que lo hacemos para otros dominios quirúrgicos, recomendamos que sólo los cirujanos certificados o que cumplan con los criterios de elegibilidad de certificación en sus respectivos colegios profesionales nacionales realicen las CAG. Por otra parte, se recomienda que los cirujanos que ofrezcan atención a personas TGD cuenten con entrenamiento certificado en procedimientos de afirmación de género y principios de atención de la afirmación de género (Schechter et al., 2017;

Schechter & Schechter, 2019). Esto último incluye, pero no se limita a, conocimiento acerca de las identidades y expresiones de género diverso y cómo las mismas afectan los objetivos, las expectativas y los resultados en el paciente. Es importante que los cirujanos que practiquen CAG estén familiarizados con los procedimientos disponibles y puedan facilitar el consentimiento informado. Si los cirujanos no ofrecen el procedimiento solicitado, pueden derivar a la persona a otro profesional para una segunda opinión. Los cirujanos que ofrecen CAG deberán participar en actividades de capacitación continua en el campo de las CAG (es decir, encuentros, conferencias, seminarios, etc.) para actualizar sus conocimientos. También recomendamos que se realice un seguimiento y se comuniquen los resultados a los pacientes como parte del consentimiento informado (Schechter et al., 2017).

Por otra parte, los hospitales, instituciones y consultorios médicos que brindan CAG deben estar familiarizados con las competencias culturales (es decir, lenguaje, terminología, etcétera), lo que podría requerir capacitación del personal en forma continua y regular.

Postulado 13.2

Recomendamos que los cirujanos evalúen los factores de riesgo asociados al cáncer de mama en personas transgénero y de género diverso con anterioridad a realizar una cirugía de aumento de mamas o una mastectomía.

Previo a realizar una cirugía de aumento de mamas o mastectomía, es necesario informar a las personas sobre el riesgo de cáncer de mama, así como evaluar los factores de riesgo, incluidas las mutaciones genéticas (por ejemplo, BRCA1, BRCA2), antecedentes familiares, edad, radiación, exposición a estrógenos y la cantidad de tejido mamario que se anticipa quedará como residual luego de la cirugía. (Brown, Lourenco et al., 2021 ; Brown & Jones, 2015 ; Colebunders et al., 2014; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Los estudios para determinar la presencia de cáncer de mama abarcan una selección apropiada de diagnóstico

por imágenes, exámenes y procedimientos. En la actualidad, no contamos con guías de tamizaje basadas en evidencia que sean específicas para las personas TGD (Salibian et al., 2021); no obstante ello, el American College of Radiology ha propuesto una guía recientemente (Brown, Lourenco et al., 2021). Dado que el riesgo de cáncer en personas que solicitan aumento mamario o mastectomía de afirmación de género es similar al riesgo de la población general (aún en el contexto de uso de hormonas), se deben seguir las guías para tamizaje de cáncer ya existentes (Brown & Jones, 2015; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Los profesionales deben estar al tanto de las actualizaciones de estas guías, dado que están sujetas a cambios. Las personas que se realizan una cirugía torácica de afirmación de género deben continuar recibiendo vigilancia para cáncer de mama, a cargo de los prestadores de atención primaria.

Postulado 13.3

Recomendamos que los cirujanos informen a las personas transgénero y de género diverso que realizan procedimientos quirúrgicos de afirmación de género, como parte del proceso pre-quirúrgico, acerca de los requisitos de cuidados posteriores a la cirugía, viajes y alojamiento, y sobre la importancia del seguimiento post quirúrgico.

A los efectos de una apropiada planificación, los pacientes deberán contar con información precisa acerca de los tiempos, técnicas y duración de los requerimientos de cuidados postquirúrgicos, información que les será suministrada durante el periodo prequirúrgico. Tal información incluye el cronograma de los procedimientos quirúrgicos (y la necesidad de traslados asociados a los mismos). Debido al escaso número de cirujanos que se especializan en CAG, es habitual que los pacientes deban viajar para realizar estos procedimientos. Con anterioridad a la cirugía, los cirujanos deberán brindarle al paciente un cronograma, detallando los procedimientos de seguimiento postoperatorio. Cirujano y paciente discutirán la

duración y las fechas de viaje del paciente, la estadía en internación y la permanencia como paciente ambulatorio, como así también la necesidad potencial de requerir flexibilidad en la organización de los viajes (en especial si ocurren complicaciones). Dada la complejidad y el costo de viaje y alojamiento, los cambios en el plan de cuidado deben ser compartidos con el paciente con la mayor anticipación posible. Los cirujanos deberán facilitar la continuación del tratamiento con un prestador local cuando el paciente regrese a casa.

Los cuidados y el seguimiento postquirúrgico son importantes. Los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género por lo general presentan requerimientos de cuidados posteriores específicos, tales como contar con recursos postquirúrgicos (un hogar estable y seguro; recursos económicos para viajes y atención de seguimiento), instrucciones para llevar hábitos saludables (por ejemplo, higiene personal, forma de vida saludable, prevención de infecciones del tracto urinario (ITU) e infecciones de transmisión sexual (ITS), (Wierckx, Van Caenegem et al., 2011), precauciones post quirúrgicas o limitaciones a las actividades de la vida diaria (por ejemplo, baño, actividad física, ejercicio, guía nutricional, retorno a la actividad sexual) (Capitán et al., 2020), retorno a la medicación luego de la cirugía (es decir, anticoagulantes, hormonas, etc.), y un detalle de las actividades de autocuidado post quirúrgico (por ejemplo, regímenes de dilatación y ducha posterior a la vaginoplastia, activación de la prótesis peneana, estrategias para optimizar la micción post faloplastia, recomendaciones para trasplante de cabello) (Capitán et al., 2017; Falcone et al., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke et al., 2005). Algunos aspectos de las actividades de cuidados personales posteriores a la cirugía pueden discutirse con anterioridad a la misma y luego ser reforzados, después del procedimiento quirúrgico (Falcone et al., 2018). Dado que pueden existir problemas tales como dehiscencia de la herida, dificultad en la dilatación e ITUs (Dy et al., 2019), el período de seguimiento ofrece una oportunidad para intervenir, mitigar y evitar

complicaciones (Buncamper et al., 2016; Garcia, 2021).

Postulado 13.4

Recomendamos que los cirujanos confirmen que las personas transgénero y de género diverso hayan sido debidamente informadas respecto de las opciones disponibles para conservar la función reproductiva previo a realizar la gonadectomía.

La infertilidad suele ser consecuencia tanto de la terapia hormonal de afirmación de género (consecuencia temporaria) como de la CAG (consecuencia permanente). Es por ello que deben discutirse alternativas para la preservación de la fertilidad con anterioridad a las intervenciones médicas, quirúrgicas o en ambos casos (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021). Las intervenciones quirúrgicas que alteran la anatomía o la función reproductiva pueden limitar las opciones reproductivas a futuro en diferentes grados (Nahata et al., 2019). Por ello, es crítico que se discutan los riesgos de infertilidad, como así también las opciones para preservar la fertilidad (PF) con las personas transgénero y sus familias antes de iniciar cualquiera de estas intervenciones y luego de comenzadas, en forma continua (Hembree et al., 2017).

Para formular las recomendaciones específicas respecto a las opciones de reproducción, ver Capítulo 16 - Salud Reproductiva.

Postulado 13.5

Sugerimos que los cirujanos consideren la posibilidad de ofrecer gonadectomía a personas transgénero y de género diverso adultas que cumplan con los criterios de elegibilidad* ante la evidencia de que han sostenido un mínimo de 6 meses de terapia hormonal (a menos que la terapia de reemplazo hormonal o la supresión gonadal no estén clínicamente indicadas o el procedimiento sea inconsistente con los deseos, objetivos o expresiones de identidad de género individual de la persona). Para más información, ver Postulado 13.6.

Postulado 13.6

Sugerimos que los profesionales de la salud consideren la posibilidad de ofrecer procedimientos genitales de afirmación de género a personas transgénero y de género diverso adultas que las soliciten y cumplan con los criterios de elegibilidad*, cuando exista evidencia de que la persona ha estado estable en su régimen de tratamiento actual (lo que puede incluir al menos 6 meses de tratamiento hormonal o un periodo mayor si fuera necesario para alcanzar el resultado quirúrgico deseado, a menos que la terapia hormonal no sea deseada o sea contraindicada médicamente).

La THAG origina cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos. El comienzo de los efectos anatómicos (como, por ejemplo, crecimiento del clítoris, atrofia de la mucosa vaginal) pueden comenzar muy temprano luego del inicio de la terapia, y el efecto máximo se espera luego de 1-2 años (T'Sjoen et al., 2019). Se podría requerir un periodo de tratamiento con hormonas previo a la cirugía, dependiendo del resultado quirúrgico requerido (por ejemplo, una virilización clitoridea suficiente antes de la metoidioplastia/faloplastia), o por preferencias originadas en razones psicológicas, anatómicas o ambas (desarrollo mamario y expansión de la piel previo al aumento mamario, suavización de la piel y cambios en la distribución de la grasa facial previo a la cirugía facial de afirmación de género) (de Blok et al., 2021).

En el caso de las personas que no están bajo tratamiento hormonal antes de las intervenciones quirúrgicas, es importante que los cirujanos analicen el impacto que esto podría tener sobre la cirugía propuesta.

Para las personas que se realicen una gonadectomía y no estén bajo tratamiento hormonal, el profesional actuante puede prescribir un plan de reemplazo hormonal previo a la cirugía.

Postulado 13.7

Recomendamos que los cirujanos consideren la posibilidad de ofrecer intervenciones quirúrgicas de afirmación de género a

adolescentes transgénero y de género diverso que cumplan con los criterios de elegibilidad* cuando exista evidencia de que han participado de un abordaje multidisciplinario que incluía profesionales médicos y de la salud mental en el proceso de toma de decisiones.

Evidencia sustancial (es decir, estudios observacionales) (Monstrey et al., 2001; Stojanovic et al., 2017), revisiones y opiniones de expertos (Esteva de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan & Honig, 2018), guías establecidas (Byne et al., 2018; Chen, Fuqua et al., 2016; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; Klein, Paradise et al., 2018; Weissler et al., 2018), y un análisis del contenido temático (Gerritse et al., 2018) sostienen la importancia de aplicar un abordaje multidisciplinario (es decir, médico, de salud mental y quirúrgico) en la atención de la salud transgénero.

El abordaje multidisciplinario en las personas TGD que se realizan CAG es especialmente importante al atender problemas de salud mental, si éstos fueran experimentados por las personas TGD que se realicen CAG (de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016). Por otra parte, los prestadores de atención primaria y especialistas médicos pueden apoyar las decisiones en lo que respecta al momento óptimo para realizar la cirugía, los resultados quirúrgicos y las expectativas, el manejo hormonal perioperatorio y la optimización de las condiciones médicas (Elamin et al., 2010; Hembree et al., 2017).

Para más información sobre recomendaciones específicas referidas a la evaluación prequirúrgica en adolescentes, ver Capítulo 6 – Adolescencia.

Postulado 13.8

Recomendamos que los cirujanos consulten con un equipo extendido, multidisciplinario de profesionales del campo de la salud transgénero cuando las personas transgénero y de género diverso que cumplen con los criterios de elegibilidad* soliciten cirugías personalizadas (anteriormente llamadas “no estandarizadas”)

como parte de una intervención quirúrgica de afirmación de género.

Las identidades de género se presentan en un amplio espectro, y la expresión de identidad de una persona puede variar considerablemente entre ellas (Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018). Si bien el objetivo principal de un procedimiento en particular usualmente incluye reducir la disforia de género (van de Grift, Elaut et al., 2017) o lograr la concordancia de género, las representaciones de género diverso pueden llevar a que se soliciten cirugías customizadas individualmente, que algunos pueden considerar “no estandarizadas” (Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018). Las solicitudes quirúrgicas personalizadas pueden definirse como 1) un procedimiento que altera la expresión de género de una persona sin que necesariamente sea el objetivo expresar un género binario alternativo; 2) la combinación “no estandarizada” de procedimientos bien establecidos; o 3) ambos.

El objetivo es ayudar, aconsejar e informar al paciente, como así también asegurarle que sus objetivos puedan ser logrados. El paciente y su cirujano deben trabajar en conjunto para garantizar que las expectativas del paciente sean realistas y logrables y que las intervenciones propuestas sean seguras y técnicamente posibles. El paciente y su equipo quirúrgico deben involucrarse en un proceso de toma de decisión compartida (Cavanaugh et al., 2016). Este proceso de consentimiento informado debe también considerar la irreversibilidad de algunos procedimientos, la naturaleza innovadora de algunos procedimientos, y la limitada información de la que se dispone en cuanto a los resultados a largo plazo de algunos de ellos.

Postulado 13.9

Sugerimos que los cirujanos que atienden hombres transgénero y personas de género diverso que se realizaron una metoideoplastia/faloplastia les recomienden un seguimiento urológico durante toda la vida.

Las complicaciones postoperatorias de la metoideoplastia/faloplastia comprometen al tracto urinario y a la función sexual (Kang et al.,

2019; Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019). Se han reportado complicaciones uretrales (relativas al alargamiento uretral) que incluyen la estenosis uretral en un 35-58%, fístulas uretrales en un 15-70% (Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019), divertículos, mucocele debido a remanentes vaginales y crecimiento de vello dentro de la neouretra (Berli et al., 2021; Veerman et al., 2020). Las complicaciones relativas a la función sexual incluyen: limitada o ausente sensibilidad táctil y/o erógena, dificultades en la función orgásmica y complicaciones con la prótesis peneana (Kang et al., 2019; Santucci, 2018). Se estima que las complicaciones debidas a la prótesis peneana incluyen infección (incidencia del 8-12%), mal funcionamiento, erosión uretral, extrusión hacia la piel y dislocación de su fijación en el hueso (Falcone et al., 2018; Kang et al., 2019; Morrison et al., 2016). Aunque la mayoría de las complicaciones uretrales y prostéticas ocurren en el periodo inmediato e intermedio posterior a la operación, las mismas pueden darse en cualquier momento. La detección temprana puede reducir la morbilidad (por ejemplo, las estenosis uretrales que originan fístulas, las erosiones causadas por una prótesis peneana que originan una infección y requiere el retiro total de la prótesis) (Blecher et al., 2019).

El seguimiento de rutina para evaluar la evidencia temprana de estenosis uretral (u otros problemas urinarios) incluye una ecografía vesical con medición del volumen residual postmiccional (para determinar en qué estado está la estructura neouretral), uretrografía fluoroscópica (para identificar y determinar la evolución de las estenosis neouretrales, fístulas y divertículos), y cistouretroscopía, para examinar la uretra y la vejiga. Los hombres TGD también pueden manifestar problemas urológicos de rutina no necesariamente relacionados con la transición de género (cálculos urinarios, hematuria y malignidad genitourinaria; preservación de la fertilidad) (Sterling & Garcia, 2020a, 2020b).

Postulado 13.10

Recomendamos que los cirujanos que atienden mujeres transgénero y personas de género diverso que se han realizado vaginoplastia insistan en la importancia de realizar el seguimiento con su cirujano principal, con su médico de atención primaria o con su ginecólogo.

La vaginoplastia es un procedimiento seguro (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). Si bien pueden ocurrir complicaciones, la mayoría de ellas se autolimitan o pueden ser tratadas con intervenciones menores (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). Las complicaciones menores incluyen problemas tales como la formación de tejido de granulación, crecimiento de vello intravaginal, la demora en la cicatrización de las incisiones o dehiscencia de la herida (o ambas), cuestiones estéticas y estenosis del introito (Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021). Estas complicaciones habitualmente se autolimitan, pero pueden tener un impacto en el bienestar del paciente luego de la cirugía. Por otra parte, estos problemas pueden pasar sin ser diagnosticados o pueden ser mal diagnosticados, si los pacientes no tienen acceso a la atención de profesionales con experiencia en el campo de la salud transgénero. Recomendamos que sea el cirujano principal quien esté encargado de hacer un seguimiento en persona de los pacientes, a intervalos regulares -por ejemplo, a las 2 semanas, a los 3 meses, a los 6 meses y al año luego de la cirugía- aunque pueden indicarse otros seguimientos en el caso de algunas personas.

Las personas TGD deben realizarse controles ginecológicos adicionales durante toda su vida, los que pueden llevarse a cabo en diferentes entornos. El examen con espéculo para controlar si existe presencia de tejido granular, pelo, y lesiones puede realizarlo un prestador de atención primaria, un ginecólogo o el cirujano CAG; El examen puede resultar necesario fuera del periodo postoperatorio inmediato (Grimstad, McLaren et al., 2021; Suchak et al., 2015; van der Sluis et al., 2020). Luego de los resultados de laboratorio, las ITU, ITS y otras fluctuaciones del

microbioma vaginal podrán ser tratadas siguiendo las guías formuladas para las poblaciones cisgénero (Hooton, 2012; Sherrard et al., 2018)). Los controles de próstata digitales se realizan según los protocolos formulados para las poblaciones cisgénero vía el canal vaginal, dado que la próstata está ubicada en la pared anterior de la vagina (Carter et al., 2013).

Otras complicaciones incluyen cuestiones tales como la estenosis del canal neovaginal, fistula rectovaginal e inflamación (vaginoplastia intestinal) (Bustos et al., 2021). Las mismas requieren un tratamiento combinado quirúrgico y no quirúrgico, con interconsulta y posible derivación al cirujano principal y a otros cirujanos consultores (es decir, cirujano colorrectal) si fuera necesario. Además, dado que la disfunción del piso pélvico puede afectar al 30-40% de los pacientes tanto antes como después de la vaginoplastia, es importante contar con fisioterapeutas especialistas en piso pélvico durante el periodo posoperatorio (Jiang et al., 2019).

Postulado 13.11

Recomendamos que los pacientes que se arrepientan de haberse realizado una intervención quirúrgica de afirmación de género sean atendidos por un equipo multidisciplinario experto.

El porcentaje de personas que se arrepienten de sus CAG es muy bajo (entre 0 3% y 3.8%) (De Cuypere & Vercruyse, 2009; Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal et al., 2018; Hadj-Moussa, Ohl et al., 2018; Landén et al., 1998; Narayan et al., 2021; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wiepjes et al., 2018). La mayor incidencia de arrepentimiento fue reportada cuando las técnicas quirúrgicas eran menos refinadas, cuando el rol de la atención multidisciplinaria estaba menos establecido, y los Estándares de Atención no existían o no estaban ampliamente divulgados (Landén et al., 1998). El arrepentimiento puede ser temporario o permanente y puede ser clasificado como arrepentimiento social (causado por dificultades en la vida familiar, religiosa, social o profesional), arrepentimiento médico (debido a complicaciones médicas de largo

plazo, disconformidad con los resultados quirúrgicos o un proceso de toma de decisión pre-quirúrgico inadecuado), y verdadero arrepentimiento, por cuestiones de género (en la mayoría de los casos, como consecuencia de un diagnóstico erróneo sobre cómo el paciente experimentaba su identidad de género, exploración insuficiente de la misma o ambas) (Narayan et al., 2021). Esta clasificación guarda relación con los factores predictivos positivos y negativos que se discutieron previamente (De Cuypere & Vercauteren, 2009; Gils & Brewaeys, 2007; Pfäfflin & Junge, 1998).

Un equipo multidisciplinario puede contribuir a identificar la etiología del arrepentimiento, como así también la estabilidad temporal de la solicitud quirúrgica (Narayan et al., 2021). Luego de esta evaluación, y teniendo en cuenta las circunstancias de la persona, se pueden indicar intervenciones médicas y/o quirúrgicas para continuar con la transición o procedimientos quirúrgicos para restituir la anatomía correspondiente al sexo asignado al nacer. Para más información, ver Capítulo 5 - Evaluación en la Adulthood.

** Para más información acerca de los criterios de elegibilidad en la adolescencia y la adultez, sírvase referirse a los capítulos Evaluación en la Adulthood y Adolescencia, y al Anexo D.*

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO

A medida que se expande la comprensión acerca de las diferentes facetas de incongruencia de género en el campo de estudio, y gracias a los avances tecnológicos que permiten tratamientos adicionales, es imperativo interpretar que esta

lista no es exhaustiva. Eso reviste especial importancia debido a los periodos de tiempo habitualmente muy largos que transcurren entre las actualizaciones a los SOC, durante los cuales pueden ocurrir evoluciones en la comprensión y en las modalidades de tratamiento.

CIRUGÍA FACIAL

Frente	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la frente • Aumento de la frente • Levantamiento de la frente
Avance de la línea capilar y/o trasplante de Cabello Estiramiento de la cara/ estiramiento de la mitad de la cara (por alteración de las estructuras esqueléticas subyacentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Platismoplastía
Blefaroplastía	<ul style="list-style-type: none"> • Liporrellenado (Lipofilling)
Mejillas	<ul style="list-style-type: none"> • Implante • Liporrellenado (Lipofilling)
Labios	<ul style="list-style-type: none"> • Acortamiento del labio superior • Agrandamiento de labios (incluye autólogo y no-autólogo)
Mandíbula inferior	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del ángulo mandibular • Aumento
Remodelado del mentón	<ul style="list-style-type: none"> • Osteoplástico • Aloplástico (en base a implantes)
Condrolaringoplastía	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de las cuerdas vocales (Ver capítulo de la Voz)

CIRUGÍA DE MAMA/TÓRAX

Mastectomía	<ul style="list-style-type: none"> • Mastectomía con conservación de la areola-pezones/reconstrucción según determinación médica para el paciente específico • Mastectomía sin conservación de la areola-pezones/reconstrucción según determinación médica para el paciente específico
Liposucción	
Reconstrucción de mamas (aumento)	<ul style="list-style-type: none"> • Implante y/o expansor de tejido • Autólogo (incluye colgajo y liporrelleno)

CIRUGÍA GENITAL

Faloplastia (con/sin escrotoplastia)	<ul style="list-style-type: none"> • Con/sin alargamiento de la uretra • Con/sin prótesis (peneana y/o testicular) • Con/sin colpectomía/colpocleisis
Metoidioplastía (con/sin escrotoplastia)	<ul style="list-style-type: none"> • Con/sin alargamiento de la uretra • Con/sin prótesis (peneana y/o testicular)

		<ul style="list-style-type: none"> • Con/sin colpectomía/colpocleisis
Vaginoplastia intestinal)	(inversión, peritoneal,	<ul style="list-style-type: none"> • Puede incluir conservación de pene y/o testículos
Vulvoplastia		<ul style="list-style-type: none"> • Puede incluir procedimientos descriptos como “frente plano”
GONALECTOMÍA		
Orquiectomía		
Histerectomía y/o salpingooforectomía		
CONTORNEADO DE LA FIGURA CORPORAL		
Liposucción		
Lipo-relleno		
Implantes		<ul style="list-style-type: none"> • Pectoral, caderas, glúteos, pantorrillas
Mentoplastia/reducción del monte		
OTROS PROCEDIMIENTOS		
Remoción capilar: remoción del vello facial, corporal, y de las zonas genitales de afirmación de género o como parte del proceso de preparación preoperatorio (ver Postulado 15.14 referido a la remoción capilar)		<ul style="list-style-type: none"> • Electrólisis • Depilación por Laser
Tatuaje (pezón-areola)		
Trasplante uterino		
Trasplante peneano		

CAPÍTULO 14 – Voz y Comunicación

Los seres humanos se comunican no sólo para intercambiar ideas acerca del mundo exterior sino también para presentarse como seres socioculturales y para negociar las formas en que desean que se dirijan y refieran a ellos y que se los trate, para sentirse seguros y respetados. (Azul et al., 2022). La voz humana es ampliamente considerada una de las formas clave para la comunicación de género como una de las dimensiones de la diversidad humana. Sin embargo, también deben tomarse en cuenta otros aspectos y modos de comunicación (como por ejemplo la articulación, la elección de las palabras, los gestos, las percepciones y atribuciones del oyente) (Azul, 2015; Azul & Hancock, 2020). En este capítulo, “voz y comunicación” se utilizará como una frase que abarca las prácticas de producción de sentido en las cuales cada uno de los participantes de un encuentro social se suma según sus propias necesidades, deseos, identificaciones y posibilidades.

Si bien la investigación en este área ha estado dominada por una concepción binaria de género, el abordaje que se recomienda en este capítulo implica una visión inclusiva amplia de la identificación de género (por ejemplo, feminidad trans, masculinidad trans, género fluido, no binario, de género queer, agénero); y el entendimiento de que el género no existe en forma aislada, sino que se intersecta con otros aspectos de la diversidad humana (por ejemplo, pertenecer a una nación o pueblo originario, etnicidad/raza, sexualidad, capacidad/incapacidad, fe/religión/espiritualidad). Las recomendaciones de este capítulo se aplican a todas las personas transgénero y de género diverso (TGD) que solicitan apoyo profesional relativo a la voz y a la comunicación, lo que incluye niños, adolescentes, adultos jóvenes y mayores y a personas que desean una transición o una detransición, sin importar las prácticas que elijan.

No todas las personas TGD consideran que sus voces o la comunicación les presentan un desafío o requieren ayuda profesional, pero aquellos que

sí lo experimentan, por lo general se enfrentan a barreras que les impiden el acceso a las intervenciones. Aunque los porcentajes varían según el país y la subpoblación TGD, las estadísticas reafirman la preocupación de que las personas TGD no pueden acceder a las intervenciones para tratar la voz y la comunicación cuándo y cómo lo desean (Eyssel et al., 2017; James et al., 2016; Oğuz et al., 2021; Södersten et al., 2015; Veale et al., 2019). En estos estudios, el porcentaje de personas que desean recibir entrenamiento para la voz y la comunicación, o cirugía para cambiar la voz es generalmente más alto que el porcentaje de personas que se han sometido a estas intervenciones. Si bien existen algunas excepciones, el acceso al entrenamiento de la voz es por lo general mayor que el acceso a la cirugía de la voz. Los grupos de personas TGD más marginalizadas en sus sociedades, como las personas de raza/etnias marginalizadas, experimentan mayores tasas de discriminación y acceso limitado a la atención (James et al., 2016; Xavier et al., 2005).

Los costos, el desconocimiento sobre cómo acceder a los servicios y servicios que no están disponibles constituyen algunas de las barreras más comunes citadas por los participantes en las investigaciones. Según estudios realizados en los Estados Unidos (Hancock & Downs, 2021; Kennedy & Thibeault, 2020), Turquía (Oğuz et al., 2021), y en Aotearoa/Nueva Zelanda (Veale et al., 2019), la falta de información precisa sobre las opciones de servicios para la voz y la comunicación entre las personas constituye una barrera de acceso a la atención significativa y generalizada. Cabe destacar que, en Suecia, a todas las personas TGD a quienes se les diagnostica incongruencia de género se les ofrece apoyo para la voz y la comunicación (Södersten et al., 2015). Además, la receptividad cultural de los prestadores mejora lentamente (Hancock & Haskin, 2015; Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020; Sawyer et al., 2014). Hancock & Downs (2021) han llevado a cabo un trabajo preliminar para identificar las barreras específicas que impiden el acceso a los servicios de voz y

comunicación y para desarrollar medidas efectivas tendientes a eliminarlas.

Este capítulo tiene por objetivo brindar una guía a los profesionales de la salud (PS) para que puedan apoyar y fomentar el bienestar en todas las personas TGD que se sienten desafiadas o sufren estrés por su propia voz y prácticas comunicativas y/o por las respuestas y atribuciones que reciben de terceros (Azul et al., 2022).

Existen diferentes abordajes a los que las personas TGD pueden recurrir, en forma individual o combinada, para modificar su voz y comunicación. Los mismos incluyen cambios encarados por la propia persona, que pueden estar apoyados por recursos que las personas TGD utilizan para guiar sus prácticas de uso de la voz y comunicación; cambio conductual, apoyado por especialistas de la voz y la comunicación (referido más adelante como “entrenamiento de la voz y la comunicación” y cambio como resultado de un tratamiento hormonal con andrógenos y/o cirugía de laringe. La evidencia científica existente no incluye el cambio encarado por la propia persona, sino que se enfoca en los últimos tres abordajes.

Un “especialista en voz y comunicación” es una persona con conocimiento en materia de prácticas del intercambio permanente y dinámico entre emisor y receptor, en intervenciones profesionales relevantes que incluyen el comportamiento, el tratamiento hormonal y el tratamiento quirúrgico, y procesos relevantes relativos a la bio fisiología, la construcción de sentido sociocultural y las fuerzas materiales externas (Azul & Hancock, 2020). Este especialista está capacitado para llevar a cabo evaluaciones apropiadas para que las personas TGD den a conocer sus elecciones y para apoyar la exploración de opciones de intervenciones según sus objetivos, guiándolas con un abordaje personalizado y culturalmente responsivo. Este especialista tiene conocimientos y entrenamiento en intervenciones conductuales sobre la voz y comunicación.

Las prácticas que permiten un cambio de conducta incluyen: voz para hablar y cantar,

mindfulness, relajación, respiración, tono y rango del tono, calidad de la voz, resonancia/timbre, volumen, proyección, expresión facial, gesticulación, postura, movimiento, formas de presentarse ante otros, formas de describir su identidad y solicitar tratamiento culturalmente responsivo y las formas en que otros deben dirigirse a ellos, respuestas asertivas y resilientes ante atribuciones erróneas, práctica de la implementación del uso de la voz y prácticas comunicativas con diferentes personas y en diferentes entornos cotidianos (por ejemplo, Hancock & Siegfriedt, 2020; Mills & Stoneham, 2017).

Los servicios de atención de la voz y la comunicación se ofrecen como parte de un abordaje de salud integral y coordinado que incluye el acompañamiento de las necesidades médicas, psicológicas y sociales (Södersten et al., 2015), y no existen prerrequisitos (por ejemplo, uso de hormonas, solicitud de cirugías o permanencia en un rol de género) para acceder a los mismos. Los objetivos generales de los tratamientos de voz y comunicación para personas TGD son:

- educar a los consultantes sobre los factores que tienen influencia en las prácticas funcionales de la voz y de la comunicación y en la comunicación de identidad del hablante (hablante, oyente, prácticas profesionales, material externo, factores bio-fisiológicos y socioculturales);
- permitir que los consultantes comuniquen sus preferencias socioculturales (por ejemplo, en términos de género) en entornos cotidianos de manera congruente con su forma de presentarse y desarrollar, mantener y entrenar las voces, calidades vocales y prácticas comunicativas congruentes con los deseos del consultante de manera de que no se dañen los mecanismos de producción de la voz;
- brindar entrenamiento en producción funcional de la voz a consultantes que presentan restricciones en la función vocal (por ejemplo, como resultado de un

mecanismo de producción de voz forzado);

- apoyar a los consultantes para que desarrollen la capacidad de negociar asertivamente la forma en que desean ser tratados y referidos por otras personas (por ejemplo, uso de nombres, pronombres, títulos) y para que puedan responder a las atribuciones erróneas con la habilidad que les permita incrementar y mantener su bienestar;
- apoyar a los consultantes en el desarrollo de sus habilidades para resolver problemas, habilidades que son necesarias para manejar su ansiedad, estrés y disforia en colaboración con prestadores de salud mental y vencer las barreras al uso de la voz y la comunicación que prefieren en las prácticas o en la vida real;
- brindar a los consultantes los recursos de apoyo que les faciliten desarrollar sus habilidades para la voz y la comunicación, reconocimiento vocal y bienestar, o los deriven a profesionales que puedan brindárselos;
- derivar consultantes o colaborar con otros especialistas tales como profesionales de la salud mental, cirujanos de laringe y endocrinólogos que puedan estar más capacitados para satisfacer las necesidades específicas de un consultante determinado. Esto puede ser especialmente importante en casos en los que los consultantes se enfrentan a desafíos específicos debido a las múltiples barreras que deben superar para conseguir la salud y el bienestar, o cuando el consultante desee someterse a cirugía de laringe o terapia hormonal.

Dos tipos de cirugía de laringe son relevantes en las poblaciones TGD: las que permiten agudizar el tono de la voz (por ejemplo, glotoplastia con retro desplazamiento de la comisura anterior, aproximación cricotiroidea (ACT), laringoplastia de feminización, ajuste de la voz por medio de laser (LAVA, por sus siglas en inglés) (Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown,

2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly et al., 2018; Kanagalingam, 2005; Kim, 2017; Kim, 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2000; Mastronikolis, 2013; Mastronikolis et al., 2013; Matai, 2003; Meister 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen et al., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas & MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002) y las que permiten que el tono de la voz sea más grave (por ejemplo, tiroplastia tipo III, aumento de volumen de las cuerdas vocales por inyección) (Bultynck et al., 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima, et al. 2008; Webb et al., 2021). Los beneficios acústicos resultantes de la cirugía para agudizar el tono de la voz que se han reportado incluyen tono más agudo de la voz (frecuencia promedio (f_0)) y aumento de Min f_0 (Frecuencia mínima dentro del rango vocal fisiológico). Las auto-valoraciones de las personas TGD muestran satisfacción general con su voz luego de la cirugía, aunque las personas que están interesadas en cambios más abarcativos en su auto-presentación vocal pueden necesitar intervenciones conductuales llevadas a cabo por un especialista en voz y comunicación como complemento de la cirugía de laringe (Brown, Chang et al. 2021; Kelly et al., 2018; Nuyen et al., 2022). Los efectos adversos potenciales de la cirugía de agudización de la voz pueden ser evaluados y tratados mediante entrenamiento de la voz por el especialista en voz y comunicación. Los daños que se han reportado respecto de la cirugía de agudización de la voz incluyen disfonía, voz débil, rango de la voz limitado al hablar, en especial el rango superior (Max f_0 disminuido, dentro del rango de voz fisiológico), ronquera, inestabilidad de la voz y disminución de los valores de frecuencia con el transcurso del tiempo (Kelly et al., 2018; Song & Jiang, 2017), aunque las tasas de estos resultados son inconsistentes.

La investigación en cirugías para agravar el tono de la voz es limitada. Sin embargo, estudios realizados en 8 personas TGD que eligieron someterse a tiroplastia tipo III luego de manifestar insatisfacción continua con el

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

14.1- Recomendamos que los especialistas en voz y comunicación evalúen la función vocal y de la comunicación tanto actual como la deseada en personas transgénero y de género diverso y que desarrollen los planes de intervención apropiados para los consultantes que se sientan insatisfechos con su voz y comunicación.

14.2 -Recomendamos que los especialistas en voz y comunicación que trabajen con personas transgénero y de género diverso reciban capacitación específica para adquirir experiencia en el tratamiento de la función vocal, la comunicación y el bienestar en esta población.

14.3- Recomendamos que los profesionales de la salud transgénero que trabajan con personas transgénero y de género diverso que expresan insatisfacción con su voz o comunicación estén dispuestos a derivar el caso a especialistas en voz y comunicación para que el consultante pueda recibir apoyo, evaluación y entrenamiento de la voz.

14.4- Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con personas transgénero y de género diverso que están evaluando realizarse una cirugía de la voz estén dispuestos a derivar sus casos a un especialista en voz y comunicación que pueda brindarles apoyo pre y post quirúrgico.

14.5- Recomendamos que los profesionales de la salud transgénero brinden información a las personas transgénero y de género diverso que comiencen terapia con testosterona acerca de los efectos potenciales y variables de este tratamiento sobre la voz y la comunicación.

tratamiento hormonal (Bultynck et al., 2020) y una persona que recibió aumento por inyección con posterioridad a la terapia con testosterona y entrenamiento de la voz (Webb et al., 2020) reportaron un agravamiento estadísticamente significativo de la frecuencia fundamental percibida como tono.

El tratamiento con estrógenos en personas TGD no se ha asociado con cambios medibles en la voz (Mészáros et al., 2005) aunque se descubrió que el tratamiento con testosterona en personas TGD provocó cambios deseados y no deseados en la producción de la voz en aspectos relacionados al género y la función (Azul, 2015; Azul et al., 2017, 2018, 2020; Azul & Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns et al., 2014; Damrose, 2008; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Deuster, Matulat et al. 2016; Hancock et al., 2017; Irwig et al., 2017; Nygren et al., 2016; Van Borsel et al., 2000; Yanagi et al., 2015; Ziegler et al., 2018). Los cambios deseados asociados al tratamiento con testosterona incluyen: tono de voz más grave, aumento de los atributos masculinos de la voz y aumento de la satisfacción con la voz. Los informes de insatisfacción con el tratamiento de testosterona incluyen: falta de un agravamiento o insuficiente agravamiento del tono de la voz, disfonía, voz débil, rango del tono restringido al cantar e inestabilidad vocal. Estas áreas pueden ser evaluadas y tratadas durante el entrenamiento vocal brindado por un especialista en voz y comunicación.

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulado 14.1

Recomendamos que los especialistas en voz y comunicación evalúen la función vocal y de la comunicación tanto actual como la deseada en personas transgénero y de género diverso, y que desarrollen los planes de intervención apropiados para los consultantes que se sientan insatisfechos con su voz y comunicación.

Los especialistas en voz y comunicación pueden evaluar el grado de satisfacción de los consultantes al presentarse en entornos socioculturales o en encuentros comunicativos, incluyendo las identificaciones de género y otras intersecciones, teniendo en cuenta que las mismas pueden o no ser estáticas a lo largo del tiempo; atribuciones recibidas de terceros y cómo las mismas impactan en la forma en que se identifica la persona, sus deseos y su bienestar; la naturalidad de la voz y el discurso; y la voz y la función comunicativa en relación a los requisitos

vocales. Las evaluaciones pueden ser de diferente naturaleza (por ejemplo, tendientes a medir los resultados informados por el consultante, perceptuales, acústicos, aerodinámicos, endoscópicos) de acuerdo con los objetivos (Davies et al., 2015; Leyns et al., 2021; Oates & Dacakis, 1983). Por ejemplo, se utiliza la visualización de la laringe cuando las personas manifiestan un problema vocal concomitante (por ejemplo, disfonía por tensión muscular) (Palmer et al., 2011) o dificultades con la voz que pueden o no ser secundarias a las intervenciones de afirmación de género por terapia con andrógenos o por cirugía de laringe (Azul et al., 2017).

Los especialistas en voz y comunicación deben informar a las personas TGD que solicitan intervenciones y están insatisfechas con su voz y comunicación acerca de las intervenciones disponibles para mejorar su voz, comunicación y bienestar. Las opciones deben presentarse en forma objetiva e incluir los resultados potenciales y la permanencia requerida, a fin de brindar a la persona TGD respeto y autonomía para tomar la decisión. Los planes de intervención apropiados serán individualizados y posibles, y deben incluir los servicios profesionales disponibles. Los objetivos pueden evolucionar a lo largo del período de asistencia, en la medida en que la persona TGD explore las modificaciones que presentan su voz y la comunicación, evalúe el grado de satisfacción con los cambios logrados y redefine sus objetivos.

Postulado 14.2

Recomendamos que los especialistas en voz y comunicación que trabajen con personas transgénero y de género diverso reciban capacitación específica para adquirir experiencia en el tratamiento de la función vocal, la comunicación y el bienestar en esta población.

Las credenciales académicas y profesionales en materia de especialidad en voz y comunicación (por ejemplo, fonoaudiólogos, foniatras, profesores de canto, coaches de voz) pueden ser muy diferentes según la localización, pero por lo general no están regidas por criterios específicos

para el trabajo con poblaciones específicas. Los contenidos de la educación formal estándar para estas profesiones por lo general no incluyen entrenamiento específico o adecuado para trabajar con poblaciones TGD (Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020). Un conocimiento general, como así también las habilidades relativas a los mecanismos de la voz y a la comunicación interpersonal son fundamentales pero insuficientes para la atención efectiva, eficiente, inclusiva y accesible de personas TGD; se espera que los profesionales sean también culturalmente responsivos y enfocados en la persona (Hancock, 2017; Russell & Abrams, 2019).

Los profesionales de esta área deben recibir una preparación abarcativa que los convoque a desarrollar su capacidad de comprensión, su humildad y responsividad cultural para ser respetuosos y cuidadosos con la diversidad de género y otros aspectos de las identificaciones de un consultante, ya que éstas pueden presentarse en una variedad de formas e implicar un rango amplio de necesidad de apoyo diferente (Azul, 2015; Azul et al., 2022). Las preferencias del consultante en lo que respecta al uso de nombres, expresiones formales para dirigirse a él, registro de género y pronombres deben ser respetadas en todas las comunicaciones con él y acerca de él (incluso registros médicos, informes, correos electrónicos). La formación debe también establecer un espacio de entrenamiento o prácticas clínicas y administrativas diseñadas para recibir adecuadamente a las personas TGD y permitirles que se sientan seguras y respetadas al exponer sus preocupaciones o casos frente al equipo de apoyo en voz y comunicación.

Los especialistas en voz y comunicación que trabajan con personas TGD deberán conocer los principios de intervención, mecanismos y efectividad vigentes, ser competentes para la enseñanza y para modelar las modificaciones en voz y comunicación y poseer una comprensión básica de la salud transgénero, lo que incluye los tratamientos hormonales y quirúrgicos y asuntos psicosociales específicos de las personas trans. La formación deberá incluir metodologías y prácticas desarrolladas dentro de las

comunidades TGD que hayan demostrado ser efectivas; idealmente, éstas deberán ser presentadas por o en colaboración con personas TGD que hayan experimentado intervenciones en voz y comunicación.

Postulado 14.3

Recomendamos que los profesionales de la salud transgénero que trabajan con personas transgénero y de género diverso que expresan insatisfacción con su voz o comunicación estén dispuestos a derivar el caso a especialistas en voz y comunicación para que el consultante pueda recibir apoyo, evaluación y entrenamiento de la voz.

Un especialista en voz y comunicación está perfectamente capacitado para brindar información y asesoramiento a personas TGD que expresan insatisfacción con su voz o comunicación. Existe evidencia de que los especialistas en voz y comunicación brindan apoyo para que el consultante encuentre satisfacción con su voz y comunicación y de esta forma logre reducir la disforia de género y mejore su calidad de vida en cuanto a la comunicación (Azul, 2016; Block, 2017; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Hancock, 2017; Hancock et al., 2011; Hardy et al., 2013; Kelly et al., 2018; McNamara, 2007; McNeill et al., 2008; Owen & Hancock, 2010; Pasricha et al., 2008; Söderpalm et al., 2004; Watt et al., 2018).

Contamos con evidencia empírica sobre la efectividad de las intervenciones conductuales sobre la voz en personas TGD AMAB para lograr los cambios vocales buscados (Oates, 2019). Siete estudios anteriores a 2020 brindaron evidencia empírica sobre la efectividad del entrenamiento de la voz, aunque tal evidencia es algo débil (Carew et al., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer & Tice, 2013; Hancock et al., 2011; Hancock & Garabedian, 2013; McNeill et al., 2008; Mészáros et al., 2005). Los métodos de entrenamiento vocal en todos estos siete estudios fueron similares e indicaron que el entrenamiento de la voz puede ser efectivo en lo que respecta a aumentar la frecuencia fundamental promedio (tono promedio), el rango de frecuencia fundamental

(rango de tono), el nivel de satisfacción con la voz, autopercepción y percepción de terceros de la feminidad vocal, calidad de vida y participación social y vocacional. Las debilidades demostradas en este estudio incluyen: ausencia de testeo controlado aleatorio que permita evaluar el entrenamiento de la voz, tamaño reducido de la muestra, seguimiento a largo plazo inadecuado y falta de control de las variables confundidoras. En 2021, otra revisión sistemática de los efectos del entrenamiento del lenguaje conductual en personas AMAB llegó a conclusiones similares (Leyns et al., 2021).

Hasta hace poco tiempo, casi no contábamos con investigaciones que exploraran la efectividad del entrenamiento vocal en personas TGD AFAB. Sin embargo, hay evidencia prometedora, aunque débil, de la misma proveniente de un estudio de caso (Buckley et al., 2020) y de un estudio prospectivo no controlado sobre entrenamiento de voz grupal (Mills et al., 2019).

Postulado 14.4

Recomendamos que los profesionales de la salud que trabajan con personas transgénero y de género diverso que están evaluando realizarse una cirugía de la voz estén dispuestos a derivar sus casos a un especialista en voz y comunicación que pueda brindarles apoyo pre y post quirúrgico.

Este postulado no implica que sea un requisito que las personas TGD deban recibir entrenamiento de la voz antes de la cirugía. Por el contrario, se recomienda que se les ofrezca todo el apoyo disponible para que puedan disponer de información individualizada y asesoramiento, lo que resulta crítico para la atención centrada en la persona. La recomendación tiene por objeto que las personas TGD cuenten con asesoramiento individualizado basado en evaluación de la voz, entrenamiento en prueba de la voz y discusión respecto de los resultados esperados y de los riesgos de la cirugía con un especialista en voz y comunicación.

En la mayoría de los tipos de cirugía de laringe, se recomienda que el paciente reciba entrenamiento de la voz antes del procedimiento

quirúrgico, para garantizar la preparación del mecanismo vocal para la intervención y luego de la cirugía, para garantizar que pueda retomarse la producción vocal funcional (Branski et al., 2006; Park et al., 2021). En el caso particular de la cirugía para agudizar la voz, otra razón para recomendar un entrenamiento en prueba de voz es que existen signos de que algunas mediciones mejoran con el entrenamiento, pero no con la cirugía para agudizar el tono (por ejemplo, los factores que son relevantes en cuanto a la entonación y a la naturalidad, tales como un tono máximo f_0 en el rango del habla; Kelly et al., 2018).

Por el momento, la cantidad y calidad de las investigaciones que evalúan las cirugías de agravamiento del tono resultan insuficientes, en especial en lo referente a comparar los resultados con y sin otras intervenciones (por ejemplo, con administración de testosterona) (Bultynck et al., 2020). Contamos con más técnicas y estudios de cirugías para la agudización del tono, pero la calidad de la evidencia es todavía baja. Se han comparado los resultados de las cirugías de agudización del tono con los resultados obtenidos sin cirugía (Anderson, 2007, 2014; Brown et al., 2000; Geneid et al., 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak et al., 2010; Kunachak et al., 2000; Matai et al., 2003; Meister et al., 2017; Neumann & Welzel, 2004; Orloff et al., 2006; Pickuth et al., 2000; Rémacle et al., 2011; Thomas & Macmillan, 2013; Tschan et al., 2016; Van Borsel et al., 2008; Yang et al., 2002), con otro tipo de técnica quirúrgica (Mora, 2018), sólo con entrenamiento vocal (Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003) y cirugía en combinación con entrenamiento vocal (Casado, 2017; Kelly et al., 2018).

En los 11 estudios que reportaban si los participantes habían tenido entrenamiento vocal anterior a la cirugía para agudización de la voz, la mayoría de los participantes habían tenido entrenamiento de la voz anterior al procedimiento, pero seguían estando insatisfechos con su voz y por ello solicitaban intervención quirúrgica. Por lo tanto, la mayoría de los estudios sobre los resultados quirúrgicos

reflejan los efectos combinados del entrenamiento vocal y de la intervención quirúrgica. Se desconocen las características de los consultantes que permitan predecir cuáles de ellos solicitarán cirugía luego del entrenamiento.

Postulado 14.5

Recomendamos que los profesionales de la salud transgénero brinden información a las personas transgénero y de género diverso que comiencen terapia con testosterona acerca de los efectos potenciales y variables de este tratamiento sobre la voz y la comunicación.

La investigación sobre los efectos del tratamiento con andrógenos sobre la voz y la comunicación en personas TGD destaca la diversidad y la imprevisibilidad de los efectos en consultantes individuales. Si bien un número de estudios ha revelado efectos sobre la voz que satisfacían las expectativas y deseos de las personas TGD, existe evidencia de alta calidad que demuestra que las personas TGD no siempre están satisfechas con los resultados vocales de la terapia con testosterona y muchas de ellas experimentan dificultades tales como un agravamiento inadecuado del tono, calidad vocal comprometida, voz chillona, resistencia vocal, rango del tono y flexibilidad (Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018). Un meta-análisis reciente sobre 19 estudios que examinaban los efectos de la terapia con testosterona durante al menos un año estimó que el 21% de los participantes no alcanzó las frecuencias normativas del masculino cisgénero, el 21% de los participantes reportaron congruencia incompleta de género referida a la voz y problemas vocales, y el 16% no estaban plenamente satisfechos con sus voces (Ziegler, 2018).

En el caso de las personas que deseen tratamiento con andrógenos, se recomienda que se les brinde información precisa antes de comenzar el tratamiento para que puedan desarrollar expectativas realistas y evitar desilusiones frente al impacto permanente del tratamiento hormonal sobre la voz y la

comunicación. Además, las personas TGD que no tengan acceso o no deseen tratamiento con testosterona, pero sí deseen cambiar su voz, y aquellas que están insatisfechas con los resultados del tratamiento con testosterona podrán recibir el asesoramiento de un especialista en voz y comunicación acerca de las opciones de apoyo alternativas y adicionales con que cuentan (por ejemplo, entrenamiento conductual de la voz y de la comunicación, cirugía para conseguir un tono de voz más grave).

CAPÍTULO 15 – Atención Primaria

La atención primaria es la más amplia de las disciplinas de la atención la salud y se define como “La provisión de servicios de salud integrados, accesibles, brindados por profesionales de la salud que son responsables de tratar la amplia mayoría de las necesidades de salud de las personas, desarrollando una confraternidad sostenida con los pacientes en el contexto de la familia y la comunidad” (Instituto de Medicina, 1996).

Los prestadores de atención primaria (PAP) conforman un amplio rango de profesionales de la salud (PS) que brindan esta atención, incluyendo los médicos generales y de familia, enfermeros, auxiliares de enfermería, auxiliares o asistentes médicos y médicos internistas. Los PAP provienen de entornos educativos, entrenamiento y especialidades muy variados. Según el tipo de formación académica y la naturaleza de la especialidad, sus incumbencias varían y no todos los prestadores pueden ser entrenados o calificados para brindar por sí mismos, en forma completa, la amplitud de la atención transgénero, como es el caso de atención de la salud mental, atención genital/pélvica, o cuidados postoperatorios posteriores a los procedimientos de afirmación de género. Los médicos y otros prestadores reciben escasa formación en materia de salud de las personas transgénero y de género diverso (TGD,) en diferentes momentos durante su formación (Dubin et al., 2018) por lo que la mayoría de las habilidades las adquieren en la práctica, ya sea de manera informal, o a través de programas de educación continua breves. Ver también Capítulo 4 – Formación. Sin embargo, si los prestadores son competentes para brindar atención similar en pacientes cisgénero, podrán desarrollar la competencia necesaria para atender pacientes TGD. Las competencias que describimos seguidamente deben ser comprendidas como integrantes de la formación y práctica del prestador. Sin embargo, todos los PAP deberán estar capacitados para atender la salud integral de los pacientes TGD, ya sea directamente o derivando a los pacientes a otros

PS, incluso a otros especialistas, para su evaluación y tratamiento. No existe evidencia de que la competencia en la atención de pacientes TGD sólo pueda adquirirse a través de procesos de formación o certificación formales. Al detallar explícitamente las competencias recomendadas, sin embargo, los PAP y las personas TGD en todos los contextos podrán acordar sobre un conjunto estandarizado de expectativas acerca del conocimiento, las habilidades y la competencia cultural requerida para la atención de personas TGD.

Dado que las personas TGD deben enfrentar condiciones médicas, quirúrgicas y sociales únicas, los PAP necesitan contar con competencias distintivas para la atención de personas TGD más allá de las que se esperan en todos los PAP que atienden poblaciones diversas que incluyen minorías étnicas, raciales o sexuales. Cuerpos profesionales de un amplio rango de disciplinas generalistas han formulado postulados y guías específicos para la atención de personas TGD (Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, 2021; Sociedad Italiana de Género, Identidad y Salud (SIGIS); Sociedad Italiana de Andrología y Medicina Sexual (SIAMS); Sociedad Italiana de Endocrinología (SIE), 2021; Sociedad Sexológica Polaca, 2021; Sociedad de Clínicos en VIH de Sudáfrica, 2021). Wylie et al. (2016) establecen que “en la mayoría de los casos, la salud y el bienestar general de las personas transgénero debería cuidarse dentro de los entornos de atención primaria, sin diferenciarlos de los servicios ofrecidos a las personas cisgénero (no transgénero) en lo que respecta a asuntos de salud físicos, psicológicos y sexuales. La atención específica de la transición de género también es posible en la atención primaria”. Existen numerosos ejemplos en los que estos servicios se brindaron en forma segura y efectiva en lugares de atención no especializados en diversas ciudades tales como Toronto y Vancouver en Canadá, Nueva York y Boston en los Estados Unidos, y en Sydney, Australia (Radix & Eisfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021).

Terapia hormonal

El hecho de que los pacientes TGD reciban terapia hormonal de afirmación de género (THAG) médicamente necesaria administrada por un especialista, como por ejemplo un endocrinólogo, o que la administre un PAP dependerá de la disponibilidad de prestadores con conocimiento y disposición para administrarla, y de factores del país tales como la legislación en materia de salud y el financiamiento de los servicios de salud (ver el postulado sobre necesidad médica en el Capítulo 2 - Aplicación Global, Postulado 2.1). En gran parte del mundo, los servicios especializados en personas TGD están parcial o completamente no disponibles, lo que refuerza la necesidad de que todos los prestadores de salud se comprometan a entrenarse en brindar atención de afirmación de género. En algunos países, los PAP pueden estar obligados a derivar los pacientes TGD a servicios especializados (como, por ejemplo, clínicas de identidad de género) lo que trae aparejado demoras inaceptables al acceso de THAG (Colegio Real de Médicos Clínicos, 2019).

La terapia hormonal incluye una variedad de intervenciones tales como inhibición de la pubertad e inicio o mantenimiento de la terapia hormonal. Con el debido entrenamiento, la mayoría de los PAP pueden administrar la terapia hormonal de afirmación de género. Ya sea que actúen como prescriptores primarios de las hormonas o no, todos los PAP deberían estar familiarizados con la medicación, los monitoreos sugeridos y los efectos adversos potenciales que se asocian a la THAG (ver Capítulo 12 - Terapia Hormonal). Los PAP deben estar capacitados para hacer las derivaciones apropiadas a prestadores apropiados en el caso de que ellos mismos no puedan brindar los servicios relativos a la transición.

El presente capítulo apoya la postura de que las THAG también pueden ser prescriptas tanto por PAP como por otros no especialistas –“Debido a las barreras de acceso a la atención y la importancia de las THAG en esta población, es imperativo que los PAP estén capacitados y

dispuestos a brindar THAG a los pacientes TGD.” (Shires, 2017).

Es habitual recurrir a los PAP por consultas sobre una amplia variedad de condiciones y necesidades, incluso aquellas en las cuales no han tenido experiencia o su experiencia ha sido limitada. Esto generalmente incluye recurrir a fuentes de referencia usadas habitualmente y disponibles en forma inmediata, tales como las guías emitidas por las asociaciones profesionales o consultar suscripciones en bases de datos online. Se recomienda que los PAP adopten un abordaje similar cuando se les solicite brindar THAG básico, recurriendo a los Estándares de Atención y también a otras fuentes disponibles (Cheung et al., 2019; Hembree et al., 2017; Oliphant et al., 2018; T’Sjoen et al., 2020). Debe tomarse en cuenta que la mayoría de las medicaciones habitualmente usadas en regímenes de afirmación de género son del conocimiento habitual en la práctica diaria de atención primaria, las que incluyen, pero no se limitan al uso de testosterona, estradiol, progesterona y otros progestágenos, y espironolactona.

Salud mental

Los PAP deben estar capacitados y dispuestos a evaluar y brindar apoyo para la salud mental a personas TGD, y THAG que pueda aliviar la disforia de género y permitir la expresión de género. Por lo menos, deben ser conscientes de estas necesidades y recurrir a la consulta especializada adicional si fuera necesario.

Cuidados preventivos

Los médicos clínicos están capacitados para administrar terapias de prevención primaria y secundaria completa contra el cáncer, como parte de la atención primaria de rutina. Las guías de prevención de cáncer basadas en la evidencia difieren en todo el mundo debido a divergencias en los protocolos nacionales y en los niveles de acceso a modalidades de estudio a nivel local. A la fecha, la investigación sobre el impacto a largo plazo de la THAG en lo que respecta a riesgos de

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

15.1- Recomendamos que los profesionales de la salud desarrollen una historia clínica detallada de las personas transgénero y de género diverso que incluya el uso de hormonas, cirugías gonadales, como así también si existieran factores de riesgo cardiovascular regulares y cerebrovasculares en el pasado y en la actualidad para poder evaluar el riesgo cardiovascular regularmente, según las guías establecidas y utilizadas localmente.

15.2- Recomendamos que los profesionales de la salud evalúen y controlen la salud cardiovascular en personas transgénero y de género diverso utilizando métodos de evaluación de factores de riesgo y de manejo cardiovascular/cerebrovascular apropiados.

15.3- Recomendamos que los profesionales de la salud adapten los sistemas de evaluación de riesgo basadas en el sexo que se utilizan para evaluar condiciones médicas a las necesidades de las personas transgénero y de género diverso, teniendo en cuenta la duración del tratamiento hormonal, la dosificación, los niveles séricos de hormonas, la edad actual y la edad en la cual se comenzó la terapia hormonal.

15.4- Recomendamos que los profesionales de la salud asesoren a las personas transgénero y de género diverso sobre el uso del tabaco y les aconsejen abstenerse de usar tabaco/nicotina antes de la cirugía de afirmación de género.

15.5- Recomendamos que los profesionales de la salud aborden y traten las preocupaciones psicológicas, médicas y sociales relacionadas a la edad con las personas transgénero y de género diverso.

15.6- Recomendamos que los profesionales de la salud se ajusten a las guías locales de tamizaje de cáncer de mama desarrolladas para mujeres cisgénero cuando atiendan personas transgénero y de género diverso que hayan recibido estrógenos, teniendo en cuenta la duración del tratamiento hormonal, la dosis, la edad actual y la edad en la cual comenzó el uso de hormonas.

15.7- Recomendamos que los profesionales de la salud sigan las guías locales para tamizaje de cáncer de mama desarrollados para mujeres cisgénero al atender personas transgénero y de género diverso que hayan desarrollado mamas a partir de su pubertad endógena y que no se hayan realizado una cirugía torácica de afirmación de género.

15.8- Recomendamos que los profesionales de la salud apliquen las mismas guías locales de tamizaje respectivas (incluso la recomendación de no realizarlos) desarrolladas para mujeres cisgénero que presentan un riesgo promedio y elevado de desarrollar cáncer de ovario y de endometrio al atender personas transgénero y de género diverso que presenten los mismos riesgos.

15.9- Recomendamos no realizar ooforectomías ni histerectomías en forma rutinaria con el solo fin de evitar el cáncer de ovario o de útero en personas transgénero o de género diverso que reciban tratamiento con testosterona y que presenten un riesgo de malignidad promedio.

15.10- Recomendamos que los profesionales de la salud ofrezcan tamizaje de cáncer de cuello de útero a personas transgénero y de género diverso que actualmente conserven el cérvix o que lo hayan tenido, siguiendo las guías locales para mujeres cisgénero.

15.11- Recomendamos que los profesionales de la salud informen a las personas transgénero y de género diverso que el uso de medicación antirretroviral no es una contraindicación para la terapia hormonal de afirmación de género.

15.12- Recomendamos que los profesionales de la salud cuenten con una historia clínica detallada de las personas transgénero y de género diverso, que incluya información sobre el uso de hormonas en el pasado y en la actualidad, sobre cirugías gonadales como así también sobre la presencia de factores de riesgo tradicionales de osteoporosis, para evaluar la edad óptima y la necesidad de realizar evaluaciones para diagnóstico de osteoporosis.

15.13- Recomendamos que los profesionales de la salud hablen con las personas transgénero y de género diverso sobre la salud ósea, incluso la necesidad de realizar ejercicios activos de levantamiento de peso, de llevar una dieta saludable y de recurrir a suplementos de calcio y vitamina D.

15.14- Recomendamos que los profesionales de la salud estén dispuestos a derivar a las personas transgénero y de género diverso para que puedan realizarse tratamientos de afirmación de género de remoción del vello facial, corporal y genital o como parte del proceso de preparación prequirúrgico.

contraer cáncer es limitada. (Blondeel et al., 2016; Braun et al., 2017). Contamos con evidencia insuficiente para estimar la prevalencia de cáncer de mama o en los órganos reproductivos en las poblaciones TGD (Joint et al., 2018). Sin embargo, los estudios diagnósticos para el cáncer deben comenzar, en general, según lo que disponen las recomendaciones locales. Más adelante

discutiremos en detalle varias modificaciones a esta recomendación, según la duración y el tipo de tratamiento hormonal, de la intervención quirúrgica, o de ambas. Los PAP tratantes de pacientes transgénero deben llevar un registro actualizado de los órganos presentes en los pacientes TGD para poder ofrecerles los estudios de rutina apropiados según el caso.

Este inventario de órganos será actualizado sobre la base de los antecedentes quirúrgicos o de cualquier otro cambio que haya ocurrido como consecuencia de la administración de hormonas de afirmación de género. No todos los PAP atienden todas las etapas de la vida. Sin embargo, si los prestadores atienden niños, adolescentes o personas cisgénero mayores, deberán desarrollar competencia específica para estos grupos etarios en la atención de personas transgénero.

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulado 15.1

Recomendamos que los profesionales de la salud desarrollen una historia clínica detallada de las personas transgénero y de género diverso que incluya el uso de hormonas, cirugías gonadales, como así también si existieran factores de riesgo cardiovasculares y cerebrovasculares en el pasado y en la actualidad para poder evaluar el riesgo cardiovascular regularmente, según las guías establecidas y utilizadas localmente. Para más información, ver Postulado 15.3.

Postulado 15.2

Recomendamos que los profesionales de la salud evalúen y controlen la salud cardiovascular en personas transgénero y de género diverso utilizando métodos de evaluación de factores de riesgo y de manejo cardiovascular/cerebrovascular apropiados. Para más información, ver Postulado 15.3.

Postulado 15.3

Recomendamos que los profesionales de la salud adapten los sistemas de evaluación de

riesgo basadas en el sexo que se utilizan para evaluar condiciones médicas a las necesidades de las personas transgénero y de género diverso, teniendo en cuenta la duración del tratamiento hormonal, la dosificación, los niveles séricos de hormonas, la edad actual y la edad en la cual se comenzó la terapia hormonal.

La enfermedad cardiovascular (ECV) y el accidente cerebrovascular son las causas principales de mortalidad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018). La gran cantidad de información disponible proveniente de diferentes contextos raciales, étnicos y de minorías sexuales demuestra que existen disparidades significativas en la prevalencia de ECV y de sus factores de riesgo, como así también en lo que concierne a los resultados de las intervenciones médicas. Factores estructurales tales como el acceso a la atención médica, la condición socioeconómica y la carga alostática por estrés de las minorías contribuyen a generar estas disparidades (Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021). Es común que las personas TGD experimenten condiciones sociales, económicas y discriminatorias similares a las de otras poblaciones minoritarias las que, según se sabe, presentan un riesgo cardiovascular aumentado (Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016). Se ha demostrado que las personas TGD pertenecientes a minorías raciales, étnicas y sexuales muestran mayor impacto relacionado con el estrés interseccional. Por el contrario, el acceso a atención de afirmación de género, que incluye THAG puede moderar la elevación de riesgo de ECV debido a la mejora en calidad de vida y a la reducción de la disforia y de la incongruencia de género (Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2018). Los PAP pueden mejorar significativamente la salud de las personas TGD por medio del tamizaje y la prevención de ECV y de las condiciones de riesgo asociadas a los mismos, tales como el uso de tabaco, diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia y obesidad.

Existen unos pocos estudios, principalmente en los Estados Unidos, que evalúan la prevalencia de ECV, accidente cerebrovascular o riesgo de ECV

en personas TGD, que indican la existencia de un riesgo cardiovascular elevado independiente de la THAG, incluyendo altas tasas de factores de riesgo cardiovascular no diagnosticado y no tratado, con prevención cardiovascular inadecuada en comparación con las poblaciones cisgénero (Denby et al., 2021; Malhotra et al., 2022; Nokoff et al., 2018). En un estudio poblacional, las personas TGD presentaban más posibilidades de experimentar discriminación, distrés psicológico y experiencias adversas en la niñez, factores que eran asociados a mayores posibilidades de desarrollar una condición cardiovascular (Potat et al., 2021).

En estudios realizados en Estados Unidos, basados en información proveniente del Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo Conductuales (Behavioral Risk Factor Surveillance System) tanto los hombres como las mujeres transgénero evidenciaron una mayor prevalencia de infarto de miocardio (IM), de accidente cerebrovascular o de otra ECV en comparación con los hombres o mujeres cisgénero o con ambos. Los resultados variaban según el ajuste que se hacía sobre los datos en función de otras variables que incluían la raza, los ingresos o los factores de riesgo cardiovascular (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). Las personas de género no binario también tienen más posibilidades de desarrollar ECV (Downing & Przedworski, 2018). En estos estudios, no se recogieron datos sobre el uso de hormonas, información que también resulta limitada por la utilización de historias clínicas por auto reporte. En los Estados Unidos, las personas TGD que solicitan THAG pueden presentar tasas mayores de factores de riesgos de ECV no diagnosticados y no tratados en comparación con la población cisgénero (Denby et al., 2021), aunque esta información puede no ser aplicable a nivel global.

En 2018, un gran estudio de caso-control, de casos provenientes de diferentes centros en los Estados Unidos que utilizaron controles cisgénero en relación 10:1, no encontró diferencias estadísticamente significativas en las tasas de IM o accidente cerebrovascular al

comparar mujeres transgénero y hombres cisgénero; Tampoco había diferencias en las tasas de IM, accidente cerebrovascular o tromboembolismo venoso (TEV) al comparar hombres transgénero y hombres o mujeres cisgénero. Sí se evidenció un cociente de riesgo estadísticamente significativa de 1.9 para TEV en las mujeres transgénero al comprarlas con los hombres cisgénero. Una sub-cohorte de mujeres transgénero que iniciaron THAG durante la ventana del estudio, de 6 años, (a diferencia de las que no la iniciaron con anterioridad) también mostró un riesgo aumentado de accidente cerebrovascular. Los aumentos de las tasas de TEV en la cohorte global de mujeres transgénero y de las tasas de accidente cerebro vascular en la sub-cohorte demostraron que el número necesario para dañar calculado fue entre 71-123 (esto no fue informado en la publicación) (Getahun et al., 2018). Otros estudios demostraron que no había aumento de eventos cardiovasculares o accidentes cerebrovasculares en hombres transgénero realizando terapia con testosterona, aunque dichos estudios resultan limitados por el tamaño pequeño de la muestra, un periodo relativamente corto de seguimiento y la edad joven de la población que constituía la muestra (Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019).

Los estudios realizados en Europa y en los Estados Unidos en mujeres transgénero que realizaron THAG feminizante mostraron un mayor riesgo de ECV, accidente cardiovascular o ambos, en comparación con mujeres cisgénero, y en algunos estudios, en comparación con hombres cisgénero (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019; Wierckx et al., 2013). Muchos de estos estudios presentan limitaciones significativas tales como el ajuste variable de los factores de riesgo CV, tamaños pequeños de muestra - especialmente en lo que concierne a mujeres transgénero adultas mayores- y los diversos tipos de THAG, con duración variable (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019, Martinez et al., 2020). Además, el aumento global de riesgo resultó ser pequeño. En muchos de estos estudios, la mayoría de las mujeres transgénero que experimentaron eventos cardíacos o accidente

cerebrovascular tenían más de 50 años de edad, presentaban uno o más factores de riesgo por ECV y realizaban una variedad de regímenes hormonales, los que incluían pero no se limitaban al uso de etinilestradiol, estrógeno sintético que provoca elevaciones significativas del riesgo trombótico y no está recomendado en regímenes de feminización (Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020). La limitada evidencia actual sugiere que los regímenes de THAG basados en estrógenos están asociados con un riesgo aumentado de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, pero no está claro si este pequeño riesgo es el resultado de la THAG o un efecto de un riesgo CV preexistente. No existen estudios conocidos que traten específicamente las ECV y condiciones relacionadas con ellas en personas no binarias, que usan dosis sub-fisiológicas de hormonas de afirmación de género, o en personas adultas previamente tratadas con inhibidores de la pubertad.

Los PAP pueden abordar mejor los riesgos de ECV durante la THAG, evaluando en las personas TGD el riesgo de ECV y los factores de riesgo modificables de ECV, tales como la diabetes mellitus, la hipertensión, la hiperlipidemia, la obesidad y el cigarrillo, como así también considerando el impacto del estrés de las minorías en el riesgo cardiovascular (Streed et al., 2021). Además, los PAP pueden mitigar las disparidades en salud cardiovascular de las personas transgénero, brindándoles un diagnóstico oportuno y tratamiento de las condiciones de riesgo y adecuando su atención, de modo de apoyar las intervenciones de afirmación de género que están encarando.

Las guías para evaluación de riesgo varían según el contexto nacional o internacional y la afiliación científica de quienes las desarrollan. Las guías para la prevención de ECV también varían según la naturaleza y la frecuencia de la evaluación de riesgo en personas adultas saludables menores de 40 años (Arnett et al., 2019; Piepoli et al., 2020; Précuma et al., 2019; Streed et al., 2021; OMS, 2007). En el caso de los mayores de 40, cuando el riesgo cardiovascular aumenta, las guías claramente recomiendan evaluaciones de

riesgo programadas, utilizando una predicción calculada a 10 años basada en ecuaciones provenientes de amplias muestras poblacionales. Como ejemplos de calculadores de riesgo podemos mencionar el SCORE (recomendado por las guías europeas para la prevención de ECV), ecuaciones de estudios de cohorte agrupados (2013 AHA ACC Guideline on the Assessment of CVD risk), de riesgo de Framingham, y las tablas de predicción de riesgo formuladas por la Organización Mundial de la Salud. Las tablas de la OMS fueron desarrolladas en base a información proveniente de países de cada subregión de la OMS. En entornos de bajos recursos, no se cuenta con la posibilidad de medir el colesterol ni glucosa sérica, por lo que se cuenta con tablas de sugerencias alternativas sin estas mediciones.

Debe tomarse en consideración que todos los calculadores de riesgo cardiovascular actuales están basados en el género, y utilizan el sexo como una variable de riesgo significativa. En la actualidad, hay datos insuficientes acerca de intervenciones sobre el riesgo cardiovascular durante la vida de las personas TGD con intervenciones médicas y quirúrgicas para ajustar estas ecuaciones predictivas. Sin embargo, queda claro que tanto el sexo asignado al nacer como la transición médica pueden afectar los parámetros utilizados para calcular el riesgo cardiovascular (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). Los prestadores pueden adoptar una variedad de abordajes al utilizar los calculadores de riesgo cardiovascular en personas TGD, incluso utilizar el calculador de riesgo para el sexo asignado al nacer, para el género afirmado, o un promedio significativo de los dos, tomando en consideración la duración completa de la THAG. Aunque se carece de datos suficientes, es probable que lo más apropiado sea utilizar el género afirmado en las personas transgénero adultas con antecedentes de haber iniciado la THAG en edad puberal. En los pacientes con antecedentes de THAG sub-máxima, o que hayan transcurrido prolongados períodos sin reemplazo hormonal post gonadectomía, menores a

aproximadamente 50 años de edad, podría ser necesario un abordaje aún más controlado. Los prestadores deben tener en cuenta las características y limitaciones de los calculadores de riesgo que utilizan y deben invitar a los pacientes a compartir la toma de decisión en lo que respecta a estas consideraciones específicas.

No existen estudios en la actualidad que comparen la prevalencia de dislipemia en muestras transgénero y cisgénero controlando por el uso de hormonas. Como se destacó previamente, los datos provenientes de otras poblaciones demuestran que la presencia de estrés psicosocial durante la niñez y la adultez mayor favorece la adiposidad y el metabolismo anormal de los lípidos. La THAG, tanto con testosterona como con estrógenos, afecta el metabolismo de los lípidos, aunque contamos con evidencia limitada debido a la variedad de regímenes hormonales y variables adicionales (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Deutsch, Glidden et al., 2015; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020;). En general, los estrógenos tienden a aumentar el colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad) y los triglicéridos, con efectos variables sobre el colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad), mientras que la testosterona afecta en formas diversas a los triglicéridos, disminuye el colesterol HDL y aumenta el colesterol LDL. El método de administración también puede afectar este esquema, en especial si se toma en cuenta la administración oral versus la administración transdérmica de estrógenos y su impacto sobre los triglicéridos (Maraka et al., 2017). En general, la dimensión del efecto de estas diferencias es mínimo y el impacto en general sobre los resultados cardio y cerebrovasculares no está claro. No contamos con estudios que evalúen los efectos de las hormonas en personas TGD que presentan dislipemia preexistente y comenzaron a utilizar hormonas luego de los 50 años de edad, ni se han investigado los efectos más allá de los 2 a 5 años de terapia.

Se carece de estudios que comparen la prevalencia de hipertensión en muestras TGD y cisgénero controlada por el uso de hormonas. Los

datos provenientes de otras poblaciones demuestran que el estrés psicosocial crónico y agudo, incluso las experiencias de discriminación pueden tener participación en la hipertensión (Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010). En estudios realizados en los Estados Unidos basados en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales, una amplia encuesta de salud nacional en Estados Unidos, no se encontraron diferencias en hipertensión reportada en hombres transgénero o mujeres transgénero comparadas con las muestras cisgénero (Alzahrani et al., 2019; Nokoff et al., 2018).

Los estudios de THAG con testosterona y estrógenos han demostrado efectos inconsistentes en la presión sanguínea sistólica y diastólica. En un estudio retrospectivo sobre los efectos de la THAG con estrógenos o testosterona, la presión sanguínea sistólica evidenció una leve reducción al iniciar los regímenes de estrógenos, mientras que se vio una pequeña elevación (4 mm Hg) en el promedio de la presión sanguínea sistólica en estudios de seguimiento a largo plazo de los regímenes de testosterona, esta diferencia se encontraba al margen de la significancia estadística y era de limitada relevancia clínica (Banks et al., 2021). Una revisión sistemática concluyó que, dada la limitada calidad de los estudios, los datos son insuficientes para sacar conclusiones sobre los efectos de la terapia hormonal de afirmación de género sobre la presión sanguínea (Connelly et al., 2021). La espironolactona, comúnmente utilizada como un antiandrógenos en la THAG feminizante, es un diurético ahorrador de potasio que puede aumentar los niveles de potasio si se utiliza en combinación con inhibidores ACE o medicaciones antagonistas de receptores de angiotensina, así como también de sustitutos de la sal. No contamos con estudios que evalúen los efectos de las hormonas en personas TGD que presentaron hipertensión preexistente al comienzo del tratamiento hormonal, a una edad superior a los 50 años, ni se han investigado los efectos a más de 2 a 5 años de la terapia. Las personas transgénero que reciben THAG también

deben realizarse controles de presión sanguínea adicionales y otros chequeos, como lo indica la guía de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) para la THAG.

Contamos con datos limitados que comparen la prevalencia de diabetes mellitus en muestras TGD y cisgénero independientemente del uso de hormonas. Información reciente proveniente del estudio de cohorte STRONG (Islam et al., 2021) observó que la prevalencia e incidencia de diabetes tipo 2 era más común en la cohorte de feminidades trans que en los controles de mujeres cisgénero, pero no en los controles de hombres cisgénero. No se observaron diferencias significativas en la prevalencia o incidencia de diabetes tipo 2 en la cohorte de masculinidades trans ni en el total de las personas TGD con posterioridad al comienzo de la terapia hormonal. Sin embargo, la media de seguimiento para ambas cohortes fue de 2.8 y 3.1 años respectivamente (Islam et al., 2021). La información de otras poblaciones, incluidas minorías sexuales, indica que el estrés psicosocial crónico y agudo puede mediar en el desarrollo y control de la diabetes tipo 2 (Beach et al., 2018; Kelly & Mubarak, 2015).

Los estudios en los Estados Unidos basados en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales no hallaron diferencias en la diabetes reportada entre hombres transgénero, mujeres transgénero y personas no binarias al compararlas con personas cisgénero (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). Varios estudios sobre muestras pequeñas han demostrado una prevalencia mayor a la esperada de síndrome de ovario poliquístico o de hiperandrogenismo en hombres transgénero (Feldman et al., 2016), condiciones asociadas a la resistencia a la insulina y al riesgo de diabetes. Si bien los estudios de la THAG con testosterona o estrógeno muestran efectos diversos sobre el peso/grasa corporal, metabolismo de la glucosa y resistencia a la insulina (Defreyne et al., 2019), la mayoría no son concluyentes en cuanto al aumento de prediabetes o diabetes (Chan et al., 2018; Connelly et al., 2019). No contamos con estudios que evalúen los efectos de las hormonas

en personas TGD con diabetes preexistente al comienzo del tratamiento hormonal, de más de 50 años de edad, o que investiguen los efectos más allá de los 2 a 5 años de terapia. En la actualidad, no hay estudios que aborden específicamente la diabetes en personas adultas tratados previamente con inhibición de la pubertad.

Si bien los estudios de resultados intermedios de los efectos de la THAG sobre la presión sanguínea y los lípidos son útiles para generar hipótesis y para estudiar la etiología, las futuras investigaciones deberían focalizarse en resultados cardiovasculares de interés, haciendo foco específicamente en predictores individuales tales como la edad, el plan de tratamiento y la dosis de hormonas utilizadas y la duración total del THAG. La interpretación de los datos siempre debe tener en cuenta si los controles cisgénero se realizaron sobre el mismo sexo de nacimiento o sobre el género de identificación.

Postulado 15.4

Recomendamos que los profesionales de la salud asesoren a las personas transgénero y de género diverso sobre el uso del tabaco y les aconsejen abstenerse de usar tabaco/nicotina antes de la cirugía de afirmación de género.

El uso de tabaco es una de las causas principales que contribuyen al desarrollo de enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar y cáncer en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2020). Las personas TGD presentan una mayor prevalencia de uso de tabaco en comparación con personas cisgénero, que varía a lo largo del espectro de género (Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017). Este patrón es consistente con otras poblaciones que experimentan estrés de las minorías (Gordon et al., 2021). Los PAP pueden promocionar factores protectores contra el uso de tabaco, que incluyen reducir la exposición a la discriminación personal o estructural, tener identificación afirmante de género, y contar con seguro de salud (Kidd et al., 2018; Shires & Jafee, 2016).

Los riesgos a la salud por uso de tabaco afectan a las personas TGD en forma desproporcionada, principalmente porque ellas cuentan con menores

posibilidades para acceder a tamizajes realizados por profesionales culturalmente competentes y accesibles, y a tratamientos de las enfermedades relacionadas con el tabaco (Shires & Jafee, 2016). Fumar puede también podría aumentar el riesgo cardiovascular y de TEV en personas TGD bajo THAG feminizante (Hontscharuk, Alba, Manno et al., 2021). Fumar también duplica o triplica el riesgo de complicaciones quirúrgicas en general, tales como la curación de la herida quirúrgica, generación de escaras e infección (Yoong et al., 2020) y aumenta estos riesgos en los casos de cirugías de afirmación de género. Los datos en poblaciones cisgénero muestran que dejar de fumar antes de la cirugía y abstenerse durante las seis semanas posteriores reduce las complicaciones significativamente (Yoong et al., 2020).

En la actualidad, contamos con pocos estudios que refieran programas para dejar de fumar específicamente orientados a personas TGD (Berger & Mooney-Somers, 2017). Sin embargo, hay evidencia limitada que sugiere que los PAP pueden contribuir a mejorar los esfuerzos para dejar de fumar tratando los efectos del estrés de las minorías (Gamarel et al., 2015) e incorporando intervenciones de afirmación de género tales como THAG (Myers & Safer, 2016).

Los PS deben tener en cuenta las barreras que deben superar las personas habituadas al uso de nicotina cuando intentan abandonarla. Deben poner a su disposición terapia de reemplazo de nicotina y/u otras formas de intervención de cesación tabáquica enfatizando en las preferencias individuales y reconociendo los factores de salud conductual subyacentes que contribuyen a un uso continuado de nicotina. La toma de decisiones y el abordaje respecto a la THAG o la cirugía deben incluir la consideración del principio de la práctica médica “primero no dañar”, teniendo en cuenta las reales habilidades y necesidades del paciente individual.

Postulado 15.5

Recomendamos que los profesionales de la salud aborden y traten las preocupaciones psicológicas, médicas y sociales relacionadas a

la edad con las personas transgénero y de género diverso.

Envejecer presenta desafíos sociales, físicos y de salud mental específicos para las personas TGD. Si bien contamos con limitadas publicaciones sobre envejecimiento y personas transgénero, es sabido que gran cantidad de adultos mayores TGD han experimentado una vida de estigma, discriminación y represión de su identidad de género (Fabbre & Gaveras, 2020; Witten, 2017). Esta experiencia afecta las interacciones entre los adultos mayores y los efectores de salud (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari & Hasche, 2016; Walker et al., 2017). Las personas transgénero adultas mayores son más propensas que sus pares cisgénero LGB a reportar una salud física pobre, aun controlando por factores sociodemográficos (Fredriksen-Goldsen 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014). El acceso reducido a la atención culturalmente competente y las secuelas del estrés de minorías traen aparejados una demora en la atención y una potencial exacerbación de las condiciones crónicas comunes al envejecer (Bakko & Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

Aunque contamos con poca cantidad de estudios sobre intervenciones médicas de afirmación de género en adultos mayores TGD, la evidencia sugiere que los adultos mayores experimentan una calidad de vida significativamente superior con la transición médica, aún en comparación con personas TGD adultas más jóvenes (Cai et al., 2019). Si bien la edad en sí misma no es una contraindicación absoluta o limitación para las intervenciones médicas o quirúrgicas de afirmación de género, es probable que las personas TGD adultas mayores no estén al tanto de la variedad de opciones disponibles en materia social, médica o quirúrgica que pueden ayudarlas a satisfacer sus necesidades individuales (Hardacker et al., 2019; Houlberg, 2019).

A pesar de que los estudios sobre salud mental en personas TGD adultas mayores son limitados, se sabe que las personas mayores de 50 años experimentan porcentajes significativamente más altos de síntomas de depresión y de percepción de

estrés en comparación con pares cisgénero LGB y adultos mayores heterosexuales (Fredriksen-Goldsen 2011, Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Los factores de riesgo específicos para personas TGD adultas mayores incluyen discriminación por género y edad, estrés general, ocultamiento de la identidad, victimización y estigma internalizado, mientras que el apoyo social y el sentido de pertenencia a una comunidad parecen ser factores protectores (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto & Reisner, 2018). Los PAP pueden ayudar a los pacientes, aconsejándoles espiritualidad, auto aceptación y auto convicción, como así también un estilo de vida saludable y activo, todos ellos factores asociados con la resiliencia y un envejecimiento exitoso (McFadden et al., 2013; Witten, 2014).

Es habitual que las personas TGD adultas mayores enfrenten aislamiento social, pérdida de los sistemas de apoyo y desconexión de amigos cercanos e hijos (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2017). Sus mayores preocupaciones relativas al envejecimiento se refieren a perder la habilidad de cuidarse por sí solos, que trae aparejada la necesidad de tener que recurrir a cuidados domiciliarios o a una institución para adultos mayores (Henry et al., 2020). Si bien los entornos de atención de estadía prolongada ofrecen la asistencia necesaria, también presentan potencial de abuso físico o emocional, de denegación de THAG y atención de rutina, de “desalojo”, y de impedimento a vivir y vestirse según el género afirmado de la persona (Auldridge et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016). Las personas TGD adultas mayores consideran que los servicios más necesarios son el hogar para personas mayores, el transporte, los eventos sociales y los grupos de apoyo (Auldridge et al., 2012; Witten, 2014).

A pesar de las barreras que deben enfrentar, la mayoría de las personas TGD envejecen de manera exitosa, empoderadas por la auto aceptación, relaciones afectivas, y la fortaleza para defender sus derechos (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2014). Los PAP deben abordar los problemas de salud fundamentales a los que se

enfrentan las personas TGD adultas mayores, lo que incluye atención de la salud mental, intervenciones médicas de afirmación de género, apoyo social y cuidados prolongados o del fin de vida.

Más allá del impacto independiente de factores tales como estrés de las minorías y determinantes sociales de la salud en los últimos años, carecemos de datos sobre los problemas específicos de salud que deben enfrentar las personas transgénero que utilizan THAG a edades avanzadas, de las personas que comenzaron con la THAG a edades más tempranas y de aquellas que solicitan continuar o comenzar THAG en la sexta, séptima, octava década de su vida o aún más tarde. Dado que la proporción de personas transgénero que inician THAG a edades tempranas está en aumento, incluso de aquellas que comienzan la terapia en la pubertad, resulta todavía más importante contar con estudios sobre el impacto en la salud a largo plazo de décadas de tal tratamiento.

Postulado 15.6

Recomendamos que los profesionales de la salud se ajusten a las guías locales de tamizaje de cáncer de mama desarrolladas para mujeres cisgénero cuando atiendan personas transgénero y de género diverso que hayan recibido estrógenos, teniendo en cuenta la duración del tratamiento hormonal, la dosis, la edad actual y la edad en la cual comenzó el uso de hormonas.

Las personas TGD que se utilizan THAG en base a estrógenos desarrollarán mamas y por lo tanto deberán realizarse los estudios para tamizaje de cáncer de mama.

Los estrógenos exógenos pueden ser uno de los múltiples factores que contribuyen al riesgo de cáncer de mama en personas cisgénero. Se han publicado dos estudios de cohorte que evaluaban la prevalencia de cáncer de mama en mujeres transgénero en los Países Bajos (Gooren et al., 2013) y en los Estados Unidos (Brown & Jones, 2015). Ambos fueron cohortes retrospectivas de muestras clínicas que utilizaban un diagnóstico de cáncer de mama como resultado de interés y

controles cisgénero como grupo de comparación. Ninguno de los estudios incluyó tamizajes prospectivos de cáncer de mama y ambos presentaron limitaciones metodológicas significativas. Se han publicado numerosas guías (Deutsch, 2016a) que recomiendan la combinación de “edad más tiempo de exposición a estrógenos” como factor determinante de la necesidad de comenzar con los controles. Estas recomendaciones están basadas solamente en el consenso de expertos y son evidentemente débiles.

Las mutaciones BRCA 1 y 2 incrementan el riesgo de cáncer de mama, pero el rol que juega la exposición a hormonas sexuales, si lo hubiera, en cuanto al aumento de riesgo todavía no queda claro (Rebeck et al., 2005). El grado de aumento en el riesgo, si lo hubiera, resultante de la terapia con estrógenos de afirmación de género es desconocido. Los pacientes que sepan que presentan una mutación BRCA1 deben recibir asesoramiento acerca de esta limitación de conocimiento, aunque al emitir su consentimiento informado producto de un proceso de toma de decisión compartida entre el paciente y el prestador, se reconocerán los numerosos beneficios de la THAG.

El tamizaje de cáncer de mama en mujeres transgénero también deberá considerar la probabilidad de que las mamas de una mujer transgénero pueden ser más densas en una mamografía. Mamas densas, antecedentes de inyección de rellenos tales como silicona en mamas, y los implantes mamarios pueden complicar la interpretación de los hallazgos mamográficos (Sonnenblick et al., 2018). Es por ello que deben utilizarse técnicas especiales en el caso que se requiera. Las personas que se han inyectado partículas tales como silicona u otros rellenos para aumento del volumen mamario también pueden presentar complicaciones tales como lipogranulomas esclerosantes, que brindan una imagen de los tejidos más oscura que la normal en una mamografía o en una ecografía.

Postulado 15.7

Recomendamos que los profesionales de la salud sigan las guías locales para tamizaje de cáncer de mama desarrollados para mujeres cisgénero al atender personas transgénero y de género diverso que hayan desarrollado mamas a partir de su pubertad endógena y que no se hayan realizado una cirugía torácica de afirmación de género.

En el caso de las personas TGD asignadas femeninas al nacer que desarrollaron mamas debido a su pubertad endógena, existen preocupaciones teóricas acerca de si la exposición directa a testosterona y la exposición a estrógenos por aromatización producto de la terapia de testosterona constituyen factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mamas. Datos retrospectivos limitados no han demostrado un aumento del riesgo de cáncer de mama en hombres transgénero (Gooren et al., 2013; Grynberg et al., 2010), aunque no contamos con datos prospectivos y comparativos. La mayoría de las personas en este grupo tendrán un remanente de tejido mamario y por lo tanto es importante que los prestadores sean conscientes de que el riesgo de cáncer mamario no es cero en esta población. No se ha establecido hasta la fecha el tiempo ni el abordaje para realizar estudios de cáncer de mama en este grupo de pacientes que han realizado una cirugía de tórax pero, en forma similar a la de los hombres cisgénero que presentan antecedentes familiares significativos de mutación del gen BCRA, puede resultar apropiado realizar estudios mediante resonancia magnética o ecografía. Dado que la utilidad y el desempeño de estos abordajes no han sido estudiados y debido a que los autocontroles y los controles realizados por un profesional de la salud sobre el pecho o las mamas no están recomendados en mujeres cisgénero porque podrían arrojar falsos positivos y sobre-detección (detección de un cáncer que hubiera remitido por sí solo sin necesidad de intervención), cualquier abordaje de tamizaje en este grupo debe tener lugar dentro del contexto de una toma de decisión compartida entre pacientes y prestadores, teniendo en cuenta los daños potenciales, los

beneficios y las incertidumbres acerca de estos abordajes.

Postulado 15.8

Recomendamos que los profesionales de la salud apliquen las mismas guías locales de tamizaje respectivas (incluso la recomendación de no realizarlos) desarrolladas para mujeres cisgénero que presentan un riesgo promedio y elevado de desarrollar cáncer de ovario y de endometrio al atender personas transgénero y de género diverso que presenten los mismos riesgos.

Las guías de consenso en la actualidad no recomiendan controles de cáncer de ovario de rutina en mujeres cisgénero. Se han reportado casos de cáncer de ovario en hombres transgénero (Dizon et al., 2006; Hage et al., 2000). Por el momento, no existe evidencia de que la terapia con testosterona provoque un aumento de riesgo de cáncer de ovario, aunque no contamos con estudios prospectivos a largo plazo (Joint et al., 2018).

Postulado 15.9

Recomendamos no realizar ooforectomías ni histerectomías en forma rutinaria con el solo fin de evitar el cáncer de ovario o de útero en personas transgénero o de género diverso que reciban tratamiento con testosterona y que presenten un riesgo de malignidad promedio.

Las personas TGD con ovarios que reciben THAG en base a testosterona están habitualmente en un estado oligo o anovulatorio o pueden experimentar cambios en la función de la fase lútea y en la producción de progesterona. Esta condición, combinada con el posible incremento de exposición a estrógenos provenientes de la aromatización de testosterona exógena eleva la preocupación de una exposición a estrógenos excesiva o no controlada en el endometrio, aunque el significado clínico de este hallazgo es desconocido. Estudios histológicos del endometrio de personas TGD a quienes se administra testosterona observaron atrofia más que hiperplasia (Grimstad et al., 2018; Grynberg et al., 2010; Perrone et al., 2009). En una cohorte

amplia de masculinidades trans que se habían realizado una histerectomía con ooforectomía, todos los casos (n= 85) arrojaron histopatología ovárica benigna (Grimstad et al., 2020). Aunque no contamos con datos de resultados prospectivos, la evidencia actual es insuficiente para apoyar una recomendación de que los hombres transgénero se realicen una histerectomía u ooforectomía de rutina con el solo objeto de evitar el desarrollo de cáncer endometrial u ovárico. Obviamente, si existieran signos o síntomas inexplicados de cáncer de endometrio o de ovario, éstos deberán ser evaluados apropiadamente.

Postulado 15.10

Recomendamos que los profesionales de la salud ofrezcan tamizaje de cáncer de cuello de útero a personas transgénero y de género diverso que actualmente conserven el cérvix o que lo hayan tenido, siguiendo las guías locales para mujeres cisgénero.

Las personas con cérvix deben realizar un tamizaje rutinario de cáncer de cuello de útero, siguiendo las prácticas y guías de la región según la edad. Esto incluye la vacunación contra el virus de papiloma humano (VPH) y el tamizaje según las guías locales, incluyendo citología, y cotesteo de VPH de alto riesgo, si estuviera disponible. Es importante que los PS sean cuidadosos al realizar los exámenes pélvicos con espéculo, de manera de minimizar el dolor y el distrés en personas transgénero masculinas.

Es menos probable que las personas TGD con cérvix se hayan realizado tamizajes convencionales para cáncer de cuello de útero, ya sea porque el examen puede empeorar la disforia y/o por falta de información adecuada tanto de los médicos clínicos como de los pacientes acerca de la necesidad de tamizaje (Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015). Por otra parte, la terapia con testosterona puede producir cambios atróficos del tracto genital, y la duración de la administración de testosterona se ha asociado con una mayor probabilidad de obtener una muestra citológica inadecuada para realizar el tamizaje de cáncer de cuello de útero (Peitzmeier et al., 2014).

Buscar alternativas a los exámenes con espéculo y a la citología cervical, tales como la toma de muestras por el prestador o la auto-toma para el estudio de HPV de alto riesgo, podrían resultar beneficiosos para realizar los controles en personas con cérvix. En los Estados Unidos se está investigando el testeo de alto riesgo de VPH mediante extendidos vaginales recogidos por auto-toma en poblaciones transgénero masculinas. Estas muestras resultaron ser altamente aceptables en los hombres transgénero, con una sensibilidad a HPV de alto riesgo del 71.4% (valor predictivo negativo de 94.7%) y una especificidad del 98.2% (Reisner et al., 2018). Se necesitan estudios adicionales para evaluar los daños producidos por el control primario de VPH en hombres transgénero en relación con los daños potenciales aumentados asociados a los exámenes invasivos y colposcopías.

Postulado 15.11

Recomendamos que los profesionales de la salud informen a las personas transgénero y de género diverso que el uso de medicación antirretroviral no es una contraindicación para la terapia hormonal de afirmación de género.

La prevalencia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es desproporcionadamente alta en las poblaciones TGD. Un amplio metaanálisis reciente arrojó un odds ratio para infección por VIH de 66 en feminidades trans y de 6.8 para masculinidades trans a nivel mundial (Stutterheim et al., 2021). Los profesionales de atención primaria cuentan con oportunidades únicas de educar e implementar estrategias de prevención, especialmente en lo que se refiere a disminuir la carga viral de VIH en las personas TGD. La desconfianza frente a los prestadores de la salud debido a experiencias pasadas de discriminación y transfobia impacta en la prevención de VIH y altera los esfuerzos en conjunto (Sevelius et al., 2016). El estigma, la falta de entrenamiento adecuado y las jerarquías de poder innatas dentro de los establecimientos médicos contribuyen a generar ambivalencia e incertidumbre en los prestadores al atender personas TGD (Poteat et al., 2013). Por último, la

falta de inclusión y de prácticas de afirmación de género en el entorno de la salud pueden provocar que las personas TGD se sientan inseguras al hablar de temas sensibles tales como el diagnóstico de VIH y que eviten recurrir a la consulta por temor a hacerlo (Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016; Seelman et al., 2017).

Los efectores del sistema de salud deben ser conscientes del contexto ampliado en el cual las personas TGD solicitan atención, ya sea para recibir hormonas de afirmación de género, tratamiento/profilaxis pre-exposición (PrEP) para VIH o ambos. Es posible que existan diversas interpretaciones incorrectas sobre la seguridad de realizar terapia hormonal de afirmación de género concomitantemente con la terapia antirretroviral para profilaxis pre-exposición o tratamiento del VIH.

Los estudios directos sobre las interacciones de las terapias antirretrovirales/hormonales de afirmación de género (TARV/THAG) han sido limitados. Mediante un subanálisis de mujeres transgénero y feminidades trans participantes en el estudio multinacional iPrEx se determinó una pobre efectividad en este grupo al analizar la intención de tratar, aunque la efectividad dentro de los participantes transgénero que adherían a la medicación como se prescribió resultó ser similar a la de los hombres gay cisgénero, lo que sugiere que el compromiso y la adherencia a PrEP en esta población sigue siendo un desafío. Dos estudios sobre los efectos de la THAG sobre el difosfato de tenofovir (Grant et al., 2021) y difosfato de tenofovir con emtricitabina (Shieh et al., 2019) observaron que la disminución significativa del nivel sérico de drogas de TARV era poco probable que tuvieran significancia clínica. En general, los datos sobre las interacciones entre los anticonceptivos hormonales y los antirretrovirales son reafirmantes en términos del impacto de las hormonas sobre TARV (Nanda et al., 2017). Dado que el estradiol es metabolizado parcialmente por las enzimas citocromo p450 (CYP) 3A4 y 1A2, pueden presentarse interacciones potenciales de las drogas con otros medicamentos que inducen o inhiben estas vías, tales como los inhibidores no nucleosídicos de

transcriptasa inversa (INNTI, como, por ejemplo, efavirenz (EFV) y nevirapina (NVP)) (Badowski et al., 2021). No obstante ello, los regímenes de TARV de primera línea de elección en la mayoría de los países incluyen inhibidores de integrasa, que presentan interacciones mínimas o no interactúan con las hormonas de afirmación de género y pueden usarse con seguridad (Badowski, 2021; Departamento de Salud y Servicios Humanos, Panel sobre Protocolos para el uso de Antirretrovirales en Adultos y Adolescentes, 2021). Si quedan dudas acerca de posibles interacciones, los prestadores deberán monitorear los niveles hormonales séricos según la necesidad. Por lo expuesto, las personas TGD que viven con VIH y toman medicaciones antirretrovirales deben saber que el uso de antirretrovirales durante la THAG es seguro.

Postulado 15.12

Recomendamos que los profesionales de la salud cuenten con una historia clínica detallada de las personas transgénero y de género diverso, que incluya información sobre el uso de hormonas en el pasado y en la actualidad, sobre cirugías gonadales como así también sobre la presencia de factores de riesgo tradicionales de osteoporosis, para evaluar la edad óptima y la necesidad de realizar evaluaciones para diagnóstico de osteoporosis. Para información adicional, ver el Postulado 15.13.

Postulado 15.13

Recomendamos que los profesionales de la salud hablen con las personas transgénero y de género diverso sobre la salud ósea, incluso la necesidad de realizar ejercicios activos de levantamiento de peso, de llevar una dieta saludable y de recurrir a suplementos de calcio y vitamina D.

Tanto los estrógenos como la testosterona contribuyen a la formación y al recambio óseo. La disminución de los niveles de hormonas sexuales está asociada a un mayor riesgo de osteoporosis en edad avanzada (Almeida et al., 2017). Las personas TGD pueden requerir intervenciones médicas y/o quirúrgicas que tienen el potencial de

influir en la salud ósea, tales como el tratamiento con hormonas sexuales, el bloqueo de andrógenos y la gonadectomía. Es por eso que se necesita una historia clínica detallada que incluya el uso de hormonas en la actualidad y en el pasado, como así también las cirugías gonadales que se haya realizado para poder determinar la necesidad de estudios de tamizaje para osteoporosis.

Varios estudios observacionales compararon la densidad mineral del hueso (DMO) en personas TGD adultas antes y después de la terapia hormonal de afirmación de género con controles cisgénero del mismo sexo asignado al nacer.

Puede existir una baja DMO antes del inicio del tratamiento hormonal. Un estudio demostró una media de DMO más baja en el área del cuello femoral, cadera total y en la columna vertebral en mujeres transgénero comparado con hombres cisgénero de la misma edad (Van Caenegem, Taes et al., 2013). Otro estudio reveló una alta prevalencia de puntajes bajos de DMO en personas TGD jóvenes antes de iniciar el tratamiento con inhibidores de la pubertad (Lee, Finlayson et al., 2020). Los autores de ambos estudios concluyeron que las bajas tasas de actividad física pudieron contribuir a estos hallazgos.

Puede ocurrir aceleración de la pérdida ósea luego de la gonadectomía, si se suspenden las hormonas o si los niveles hormonales son subóptimos. En un estudio, 30% de las mujeres transgénero que habían realizado una gonadectomía presentaban baja masa ósea, lo que se correlacionó con niveles más bajos de 17- β estradiol y adherencia a THAG (Motta et al., 2020).

Investigaciones acerca de los efectos de la THAG sobre la DMO revelaron que las mujeres TGD que recibían terapia hormonal mostraron mejora de la DMO. Una revisión sistemática y metaanálisis publicados entre los años 2008 y 2015 que estudiaron el impacto de las hormonas sexuales sobre la salud ósea de las personas transgénero incluyeron 9 estudios representativos sobre mujeres transgénero (n= 392) y 8 sobre hombres transgénero (n= 247). El

metaanálisis reveló que las mujeres transgénero presentaban un aumento de la DMO estadísticamente significativo en la columna lumbar (pero no en el cuello femoral) en comparación con las mediciones basales. Entre los hombres transgénero, no se evidenciaron cambios estadísticamente significativos en su columna lumbar, en el cuello femoral ni en cadera total en lo que respecta a la DMO, ni a los 12, ni a los 24 meses posteriores a comenzar el tratamiento con testosterona en comparación con las mediciones basales (Singh-Ospina et al., 2017). Desde la publicación de este estudio, el de la Red Europea para la Investigación de Incongruencia de Género (ENIGI, por su sigla en inglés), un estudio multicéntrico observacional prospectivo (Bélgica, Noruega, Italia y los Países Bajos) publicó los resultados de las DMO en 231 mujeres transgénero y 199 hombres transgénero, un año después de iniciar la terapia de afirmación de género (Wiepjes et al., 2017)). Las mujeres transgénero evidenciaron un aumento de la DMO en la columna lumbar, cadera total y en el cuello femoral y los hombres transgénero evidenciaron un incremento de la DMO en cadera total. Un estudio en 53 hombres transgénero y 53 mujeres transgénero informó que las personas transgénero no presentaron fracturas a los 12 meses luego de iniciar la terapia hormonal (Wierckx, van Caenegem et al., 2014). No existen estudios que sugieran que la THAG constituye una indicación para el tamizaje ampliado de osteoporosis. Por el contrario, los períodos de suspensión de la THAG en aquellas personas que se realizaron una gonadectomía constituiría una indicación para tales estudios.

Las guías de práctica clínica incluyen recomendaciones de realizar tamizaje de osteoporosis en personas TGD (Deutsch, 2016a; Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019). En el caso de las personas TGD, tanto la Sociedad Internacional de Densitometría Clínica como la Endocrine Society sugieren que se realice un estudio basal de DMO previo a iniciar el tratamiento hormonal. Se han formulado otras recomendaciones sobre tamizaje de DMO en base a factores de riesgo que incluyen el sexo al

nacimiento y la edad, como así también la presencia de factores de riesgo tradicionales para osteoporosis, tales como una fractura previa, utilización de medicación de alto riesgo, condiciones asociadas a la pérdida ósea, y bajo peso corporal (Rosen et al., 2019). Específicamente, las guías ISCD establecen que el estudio de DMO está indicado en personas TGD si presentan antecedentes de gonadectomía o terapia que disminuye los niveles de esteroides gonadales endógenos antes del inicio de la THAG, hipogonadismo sin plan de realizar THAG, u otras indicaciones habituales (Rosen et al., 2019). Sin embargo, la base de evidencia para estas recomendaciones es débil.

La modalidad de tamizaje de osteoporosis recomendada es la absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) de la columna lumbar, cadera total y cuello del fémur (Kanis, 1994). Sin embargo, en muchos países de bajos o medianos ingresos los estudios de DMO que utilizan DXA no están disponibles; Los diagnósticos por DXA de rutina se realizan en pocos países, y los Estados Unidos constituyen una excepción.

Los profesionales de la salud deben discutir con las personas TGD las formas de optimizar la salud ósea. Además, deben suministrarles información acerca de la importancia de la nutrición y del ejercicio para mantener la salud ósea. Las personas TGD con (o con riesgo de) osteoporosis deben contar con información sobre los beneficios de realizar ejercicios de levantamiento de peso, como así también de ejercicios de fuerza y resistencia para limitar la pérdida ósea (Benedetti et al., 2018). La alimentación es esencial para la salud ósea. Las deficiencias nutricionales, que incluyen una ingesta insuficiente de calcio y bajos niveles de vitamina D pueden traer como consecuencia una baja mineralización ósea. Se ha demostrado que la utilización de suplementos de vitamina D y calcio reducen la incidencia de fracturas de cadera y fracturas en general (Weaver et al., 2016). Aunque estas consideraciones son relevantes para todas las poblaciones, esta discusión es pertinente dado que se ha observado una alta prevalencia de hipovitaminosis D en poblaciones

TGD (Motta et al., 2020; Van Caenegem, Taes et al., 2013).

Postulado 15.14

Recomendamos que los profesionales de la salud estén dispuestos a derivar a las personas transgénero y de género diverso para que puedan realizarse tratamientos de afirmación de género de remoción del vello facial, corporal y genital o como parte del proceso de preparación prequirúrgico.

La remoción del vello es necesaria tanto para eliminar el vello facial (Marks et al., 2019) como para preparar al paciente para ciertos tipos de cirugías de afirmación de género (CAG) tales como la vaginoplastia, la faloplastia y la metoidioplastia (Zhang et al., 2016). Se requiere en forma prequirúrgica la remoción permanente de vello en las áreas de la piel que entrarán en contacto con la orina (por ejemplo, en la utilizada para construir una neouretra) o que se relocalizarán dentro de una cavidad parcialmente cerrada del cuerpo (por ejemplo, la que se utiliza para generar la neovagina) (Zhang et al., 2016). Las técnicas de remoción de vello utilizadas como intervención de afirmación de género son la remoción de vello por electrólisis (RVE) y la remoción de vello por láser (RVL) (Fernandez et al., 2013). La RVE es actualmente el único método aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA, por su sigla en inglés) para obtener la remoción permanente de vello, mientras que la RVL está aprobada para la reducción permanente de vello (Thoreson et al., 2020).

La RVE implica el uso de corriente eléctrica a través de un catéter muy fino que se inserta manualmente en forma secuencial en los folículos capilares de la persona (Martin et al., 2018). Dado que este método consiste en la destrucción mecánica directa de los vasos sanguíneos que alimentan el vello, puede utilizarse en todos los colores de vello y en diferentes tipos de piel (Martin et al., 2018). La RVE consume tiempo y es costosa, dado que requiere que se trate cada folículo capilar individualmente, pero es efectiva para la remoción permanente de vello. En el caso

de la remoción permanente de vello genital anterior a la CAG, el tratamiento debe realizarlo un profesional competente en remoción de vello genital, ya que este método difiere del utilizado en el rostro o en el cuerpo. La RVE es más dolorosa que la RVL y puede presentar efectos adversos tales como eritema, costras y dolor e hinchazón (Harris et al., 2014). En el caso de personas de piel oscura, existe riesgo de hiperpigmentación postinflamatoria (Richards & Meharg, 1995). El dolor puede controlarse con anestésicos tópicos locales y técnicas de frío. La RVE puede ser bien tolerada por muchas personas en sesiones largas (Richards & Meharg, 1995).

La RVL utiliza energía de láser para atacar los folículos capilares. Es beneficiosa en el caso de grandes superficies. El mecanismo consiste en fototermólisis, en la que la luz proveniente del láser ataca selectivamente la melanina del tallo capilar (Gao et al., 2018). Esta energía se convierte en calor que daña los folículos pilosos que se encuentran en la piel y resulta en la destrucción de crecimiento del vello. Se necesitan varias sesiones para alcanzar mejores resultados, los que suelen realizarse a intervalos de 6 semanas para permitir que se complete el ciclo del vello (Zhang et al., 2016). Dado que el objetivo de la RVL es la melanina, los resultados pueden ser limitados en personas con cabellos canos, rubios o pelirrojos.

Existen consideraciones específicas para la utilización de RVL en personas de piel oscura (tipos de piel IV a VI, según Fitzpatrick) (Fayne et al., 2018). Los niveles altos de melanina en la epidermis pueden entrar en competencia con el cromóforo objetivo de la luz o láser, que es la melanina presente en el folículo piloso. Para que se dé una termólisis selectiva, el calor se difunde desde el tallo piloso hacia la raíz folicular para dañar sus células. En personas de piel oscura, la luz se absorbe en la epidermis en lugar de alcanzar la melanina del tallo piloso y allí se convierte en calor. Eso puede traer aparejado resultados clínicos pobres y efectos adversos inducidos por el calor, tales como hipo o hiperpigmentación, ampollas y formación de costras (Fayne et al., 2018). Para reducir este

riesgo, la elección del largo de onda láser es fundamental: se recomienda un largo mayor para minimizar la absorción de la luz a nivel de la melanina epidérmica y así maximizar la eficacia y minimizar los efectos adversos en pacientes de piel oscura (Zhang et al., 2016). Los efectos adversos de la RVL incluyen: sensación de quemadura por el Sol luego del tratamiento, como así también inflamación, enrojecimiento, hiperpigmentación e hinchazón. Se conoce que el disparo de luces puede inducir convulsiones en pacientes susceptibles, por lo cual debe realizarse una evaluación de riesgo a los pacientes.

El dolor y la incomodidad durante el procedimiento también puede constituir una barrera significativa, por lo que los PS deben estar dispuestos a recetar analgésicos tópicos o sistémicos tales como una mezcla eutéctica de anestésicos locales (MEAL) o una baja dosis de opioides sistémicos. En el caso de la CAG, se recomienda un período de espera de 3 meses posterior al tratamiento para la remoción de vello antes de realizar la cirugía para asegurarse de que el vello no volverá a crecer. (Zhang et al., 2016)

CAPÍTULO 16 - Salud Reproductiva

Todos los seres humanos, incluidas las personas transgénero, tienen el derecho reproductivo de decidir si quieren o no tener hijos (Fondo para la Población de las Naciones Unidas, 2014). La terapia hormonal de afirmación de género (THAG) médicamente necesaria y las intervenciones quirúrgicas (ver postulado sobre necesidad médica en el Capítulo 2 - Aplicación global, Postulado 2.1) que provocan alteraciones en la anatomía del aparato reproductor o en su función pueden limitar las opciones de reproducción futuras en grados variables (Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019). Es por ello que resulta crítico discutir el riesgo de infertilidad y las opciones disponibles de preservación de fertilidad (PF) con las personas transgénero y sus familias antes de iniciar cualquiera de estos tratamientos, así como continuar con el asesoramiento a medida que éstos van avanzando (Hembree et al., 2017). Las personas transgénero post puberales disponen de opciones de PF establecidas, tales como la criopreservación de embriones, ovocitos y esperma (Nahata et al., 2019). También se han desarrollado y estudiado protocolos de investigación para la criopreservación de tejido ovárico y testicular (Borgström et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg, et al., 2019). Si bien el uso de embriones, ovocitos maduros y esperma han tenido probada eficacia cuando fueron utilizados como parte de tratamientos clínicos, la criopreservación de tejidos gonadales requeriría de una reimplantación futura para obtener gametas completamente funcionales o la implementación de métodos de laboratorio para cultivarlos, los que están en período de desarrollo en entornos de investigación de ciencias básicas. Cabe destacar que las guías recientemente publicadas por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva han dejado de considerar como experimental la criopreservación de tejido ovárico, pero la evidencia sigue siendo limitada en niños prepuberales (Practice Committee of the

American Society for Reproductive Medicine, 2019).

Debe brindarse atención individualizada, teniendo en cuenta el contexto y los objetivos de parentalidad de cada persona. Algunas investigaciones sugieren que las personas transgénero y de género diverso (TGD) podrían ser menos propensas a desear hijos genéticos o hijos en general en comparación con sus pares cisgénero (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015). Sin embargo, otros estudios han demostrado que muchas personas TGD 1) desean tener hijos genéticos; 2) lamentan haber perdido oportunidades de PF, y 3) están dispuestas a demorar o interrumpir la terapia hormonal para preservar la fertilidad y/o concebir (Armuand, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017).

Se ha reportado la existencia de gran cantidad de barreras a la PF, tales como el costo (que es exacerbado cuando no se cuenta con cobertura de salud), la urgencia por comenzar el tratamiento, la imposibilidad de tomar decisiones orientadas hacia el futuro, el conocimiento inadecuado o prejuicios del prestador que afectan la oferta de PF, y dificultades para acceder a la PF (Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020). Por otra parte, las personas transgénero pueden presentar un agravamiento de la disforia debido a las varias instancias del proceso de PF que están relacionadas inseparablemente con el género asignado al nacer (Armuand, Dhejne, et al., 2017; Baram et al., 2019). Si lo hubiera, un equipo multidisciplinario, donde los prestadores médicos y de salud mental colaboren con los especialistas en fertilidad de afirmación de género, podría contribuir a superar algunas de estas barreras (Tishelman et al., 2019). Las personas TGD deben conocer la diferencia entre fertilidad (utilizando sus propias gametas/tejidos reproductores) y embarazo. Además de las consideraciones sobre fertilidad, se deben mantener los esfuerzos para garantizar una atención igualitaria y de alta calidad, que tenga en cuenta todas las formas de planificación familiar

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

16.1- Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero y de género diverso y prescriban o deriven pacientes para terapia hormonal /cirugías asesoren a sus pacientes acerca de:

16.1.a- los efectos conocidos de la terapia hormonal/cirugías sobre la fertilidad futura;

16.1.b- los efectos potenciales de las terapias que no están bien estudiados y son de reversibilidad desconocida;

16.1.c- opciones para la preservación de fertilidad (PF) (tanto las ya establecidas como las experimentales);

16.1.d- implicancias psicosociales de la infertilidad.

16.2- Recomendamos que los profesionales de la salud deriven a las personas transgénero y de género diverso que estén interesadas en preservar la fertilidad a prestadores que tengan experiencia en preservación de la fertilidad para que puedan discutir las opciones en mayor profundidad.

16.3- Recomendamos que los equipos que atienden pacientes transgénero trabajen en conjunto con los especialistas en reproducción y establecimientos locales para brindarles información específica y oportuna, como así también servicios para preservación de la fertilidad antes de ofrecerles intervenciones médicas o quirúrgicas que puedan impactar sobre la fertilidad.

16.4- Recomendamos que los profesionales de la salud informen a las personas transgénero y de género diverso jóvenes, pre-puberales o en pubertad temprana que solicitan terapia de afirmación de género y a sus familias que, según la evidencia disponible, las opciones para preservación de la fertilidad son limitadas.

16.5- Recomendamos que las personas transgénero y de género diverso con útero que deseen un embarazo recurran a métodos de anticoncepción y asesoramiento prenatal relativo al uso e interrupción de las hormonas de afirmación de género, atención del embarazo, trabajo de parto y parto, servicios de apoyo para el amamantamiento y apoyo en el postparto de acuerdo con los estándares locales, con perspectiva de afirmación de género.

16.6- Recomendamos que los prestadores médicos discutan con las personas transgénero y de género diverso los métodos de anticoncepción disponibles, si estos practican actividad sexual que pueda resultar en embarazo.

16.7- Recomendamos que los prestadores que ofrecen servicios de interrupción del embarazo garanticen que los abordajes procedimentales tengan perspectiva de género y se brinden a personas transgénero y a aquellas de géneros diversos.

a lo largo de todo el continuo reproductivo. Ello incluye opciones para la procreación tales como atención perinatal, embarazo, parto y postparto, como así también planificación familiar y opciones para la anticoncepción orientada a evitar embarazos no planificados, y la interrupción del embarazo, en los casos en que está legalmente permitido (Bonnington et al., 2020; Cipres et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020). Las personas TGD que desean embarazo deberán ser atendidos bajo los estándares de atención preconcepcionales, y recibir asesoramiento prenatal e información acerca de la lactancia en entornos que apoyen a las personas con identidades y experiencias de género diverso (MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver & Makadon, 2016).

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los

pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulado 16.1

Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero y de género diverso y prescriban o deriven pacientes para terapia hormonal /cirugías asesoren a sus pacientes acerca de:

- a. los efectos conocidos de la terapia hormonal/cirugías sobre la fertilidad futura;**
- b. los efectos potenciales de las terapias que no están bien estudiados y son de reversibilidad desconocida;**
- c. . opciones de preservación de fertilidad (PF) (tanto las ya establecidas como las experimentales);**
- d. implicancias psicosociales de la infertilidad.**

Personas TGD asignadas femeninas al nacer

La THAG puede tener un impacto negativo en la capacidad futura de reproducción (Hembree et al., 2017). En base a la evidencia actual en hombres transgénero y personas de género diverso asignadas femeninas al nacer, estos riesgos son los siguientes:

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRHa) pueden utilizarse para suprimir la pubertad, y así evitar la progresión puberal hasta que los adolescentes estén preparados para el tratamiento de masculinización. También pueden utilizarse GnRHa para suprimir la menstruación. Los GnRHa actúan sobre la maduración de las gametas pero no ocasionan daños permanentes a la función gonadal. Por lo tanto, si se discontinúa el uso de GnRHa, se espera que se pueda reiniciar la maduración del ovocito.

Existen pocos estudios que detallen los efectos de la terapia con testosterona sobre la función reproductiva en hombres transgénero (Moravek et al., 2020). El restablecimiento de la función ovárica normal con maduración de ovocitos luego de la interrupción de la administración de testosterona ha quedado demostrado en hombres transgénero que han logrado concebir naturalmente. Un estudio retrospectivo sobre la criopreservación del ovocito no mostró diferencias en el número total de ovocitos recuperados ni en el número de ovocitos maduros al comparar hombres transgénero con mujeres cisgénero de la misma edad e IMC (Adeleye et al., 2018, 2019). Los primeros resultados que evalúan las tasas de nacidos vivos posteriores a la estimulación controlada de ovarios en hombres transgénero comparados con mujeres cisgénero se han publicado recientemente (Leung et al., 2019). En estos estudios, la testosterona fue discontinuada con anterioridad a la estimulación ovárica. En general, los resultados referentes a la influencia de la testosterona sobre los órganos reproductores y su función parecen ser promisorios. Sin embargo, no contamos con estudios prospectivos hasta la fecha que evalúen el efecto de la terapia hormonal a largo plazo sobre la fertilidad (es decir, la que comenzó en la

adolescencia) ni en aquellos pacientes tratados con GnRHa en la pubertad temprana seguido por terapia con testosterona. Es importante tener en cuenta que los medicamentos y procedimientos requeridos para la criopreservación de ovocitos (examen pélvico, ecografías por vía vaginal, y recuperación de ovocitos) pueden aumentar la disforia de género en hombres transgénero (Armuan, Dhejne et al., 2017).

Las intervenciones quirúrgicas en hombres transgénero conllevan implicancias obvias sobre la capacidad reproductiva. Si los pacientes desean una histerectomía, se les debe ofrecer la opción de preservar sus ovarios para mantener la posibilidad de tener hijos relacionados genéticamente. Como opción, si se remueven los ovarios, ya sea en un procedimiento separado o en el mismo momento de realizarse la histerectomía, se les debe ofrecer la posibilidad de congelar óvulos antes de someterse a la cirugía y/o realizar una criopreservación de tejido ovárico al momento de la ooforectomía. Aunque este procedimiento ya no se considera experimental, gran número de hombres transgénero podrían desear la maduración in vitro de folículos primordiales, que todavía está en etapa de investigación. Estudios que evalúan la función de los ovocitos han demostrado que los ovocitos aislados provenientes de hombres transgénero con exposición a testosterona al momento de la ooforectomía pueden ser madurados in vitro para desarrollar estructuras normales del huso meiótico de metafase II (De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017).

Personas TGD asignadas masculinas al nacer

En base a la evidencia actual en mujeres transgénero y personas de género diverso asignadas masculinas al nacer (AMAB), las consecuencias del tratamiento médico son las siguientes:

Los GnRHa inhiben la espermatogénesis. La información sugiere que discontinuar el tratamiento resulta en el reinicio de la espermatogénesis, aunque el proceso puede llevar 3 meses o más (Bertelloni et al., 2000). Por

otra parte, debe ser tenida en cuenta la carga psicológica de una re-exposición a la testosterona.

Los antiandrógenos y los estrógenos provocan la disminución de la producción de esperma (de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). La espermatogénesis se puede reanudar luego de discontinuar el tratamiento prolongado con antiandrógenos y estrógenos, pero la información disponible es limitada (Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017). La terapia hormonal de afirmación de género disminuye el volumen testicular (Matoso et al., 2018). La calidad del semen en mujeres transgénero puede también resultar afectada negativamente por factores específicos del estilo de vida, tales como baja frecuencia de masturbación, o usar vestimenta que comprime los genitales contra el cuerpo (como por ejemplo el uso de ropa interior ajustadas para el trucado) (Jung & Schuppe, 2007; Mieusset et al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Häljestig et al., 2021).

Postulado 16.2

Recomendamos que los profesionales de la salud deriven a las personas transgénero y de género diverso que estén interesadas en preservar la fertilidad a prestadores que tengan experiencia en preservación de la fertilidad para que puedan discutir las opciones en mayor profundidad.

Las investigaciones demuestran que muchas personas transgénero adultas desean tener hijos biológicos (De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012), aunque las tasas de PF siguen siendo muy variables, en especial en los jóvenes (< 5%–40%) (Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020). En una encuesta reciente, muchos jóvenes reconocieron que sus deseos de tener hijos biológicos podrían cambiar en el futuro (Strang, Jarin et al., 2018). La esterilización no voluntaria constituye una violación a los derechos humanos (Comité de Ética de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, 2015; Comisión de Equidad y Derechos Humanos, 2021; Meyer III et al., 2001) y

dados los avances en el comportamiento social, en la medicina para la fertilidad y en la atención afirmativa de la salud transgénero, debe apoyarse que las personas transgénero cuenten con oportunidades de acceder a la parentalidad biológica durante su transición. Debido a la influencia que la opinión clínica puede tener en la PF de las personas transgénero o no binarias y en sus decisiones relativas a la parentalidad, los prestadores de atención de la salud deben explorar las opciones de PF conjuntamente con otras opciones tales como la guarda, la adopción, la coparentalidad y otras alternativas para ejercer la parentalidad (Bartholomaeus & Riggs, 2019). Los pacientes transgénero a quienes se les habilitó este tipo de discusión y quienes contaban con la posibilidad de elegir realizar procedimientos de PF informaron que la experiencia resultó positiva (Armuand, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

En otras poblaciones de pacientes, se demostró que las derivaciones a expertos en fertilidad y los programas formales de fertilidad incrementaron las tasas de PF y mejoraron la satisfacción del paciente (Kelvin et al., 2016; Klosky, Anderson et al., 2017; Klosky, Wang et al., 2017; Shnorhavorian et al., 2012). Se han investigado las actitudes de los médicos, y estudios recientes indican que son conscientes y desean brindar información relativa a fertilidad a los niños y a sus familias (Armuand et al., 2020). Sin embargo, también se han detectado barreras que incluyen falta de conocimiento, comodidad y recursos (Armuand, Nilsson et al., 2017; Frederick et al., 2018). Ello demuestra la necesidad de que los prestadores de atención para la salud reciban el entrenamiento apropiado, haciendo énfasis en que deben brindar asesoramiento sobre fertilidad y ofrecer las opciones de PF a todas las personas en riesgo, en forma no sesgada (Armuand, Nilsson et al., 2017). También se ha demostrado que las recomendaciones de los padres ejercen una influencia significativa en las tasas de PF en adolescentes y adultos masculinos jóvenes que padecen cáncer (Klosky, Flynn et al., 2017). Aunque existen diferencias clínicas claras entre estas poblaciones, estos hallazgos pueden

contribuir a dar información sobre las mejores prácticas en el asesoramiento sobre fertilidad y en derivaciones de PF para personas transgénero.

Postulado 16.3

Recomendamos que los equipos que atienden pacientes transgénero trabajen en conjunto con los especialistas en reproducción y establecimientos locales para brindarles información específica y oportuna, como así también servicios para preservación de la fertilidad antes de ofrecerles intervenciones médicas o quirúrgicas que puedan impactar sobre la fertilidad.

La criopreservación de espermatozoides y ovocitos constituyen técnicas de PF establecidas que pueden ofrecerse en la pubertad, pubertad tardía y adultez a personas asignadas masculinas y femeninas al nacer respectivamente, en ambos casos, preferentemente antes de la iniciación de la THAG (Hembree et al., 2017; Comité de Práctica de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, 2019). Las personas TGD adultas (post puberales) disponen de criopreservación de embriones si desean tener hijos y tienen pareja. El uso futuro de las gametas criopreservadas también depende de las gametas y de los órganos reproductores de la futura pareja (Fischer, 2021; Maxwell et al., 2017).

Aunque ha quedado demostrado que los parámetros de semen resultan comprometidos cuando la PF se realiza luego de comenzar la administración de medicación de afirmación de género (Adeleye et al., 2019), un breve estudio demostró que, al discontinuar el tratamiento, los parámetros de semen resultaron comparables con los de pacientes TGD que nunca habían recibido terapia hormonal de afirmación de género. En lo que respecta a estimulación ovárica y rendimiento luego de la vitrificación de los ovocitos y su uso posterior en procedimientos de fertilización in vitro (FIV), no existen razones para prever un resultado diferente en los tratamientos de reproducción asistida en pacientes TGD que los que se pueden obtener en pacientes cisgénero que realicen esos procedimientos -a excepción de factores concurrentes individuales relacionados a

(in) fertilidad-, cuando se conservan las gametas antes de cualquier tratamiento médico (Adeleye et al., 2019). El uso de ovocitos en tratamientos de reproducción asistida tuvo resultados exitosos similares en personas TGD cuando se los comparó con pacientes controles cisgénero (Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019; Maxwell et al., 2017).

Aunque estas son opciones establecidas, sólo una cantidad limitada de personas TGD puberales, púberes tardíos o adultas se someten a PF (Nahata et al., 2017) y muchas de ellas deben enfrentar desafíos al hacerlo. El acceso a estos métodos y su costo (en especial, en regiones sin cobertura de salud) no son la única barrera que deben superar: estos procedimientos suelen ser física y emocionalmente incómodos, y muchos expresan su preocupación por posponer el proceso de transición (Chen et al., 2017; De Sutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012). Especialmente en el caso de las personas asignadas femeninas al nacer, la naturaleza invasiva de la ecografía endovaginal, la posterior estimulación ovárica y los procedimientos de recuperación de ovocitos (asociado al estrés psicológico) fueron las barreras citadas (Armuand, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017). También existe la preocupación de que las personas adultas jóvenes en transición pueden no tener una visión clara de lo que significa la parentalidad y por ello es probable que rechacen la oportunidad de recurrir a PF en ese momento -aunque pueden tener una opinión diferente cuando lleguen a la adultez (Cauffman & Steinberg, 2000). La reducción de la disforia de género durante la transición también puede influir en la toma de decisiones respecto de la PF (Nahata et al., 2017). En base a que la investigación demuestra que las perspectivas en materia de fertilidad en jóvenes TGD pueden cambiar con el tiempo (Nahata et al., 2019; Strang, Jarin et al., 2018), las opciones de PF deben discutirse a lo largo de todo el proceso.

Postulado 16.4

Recomendamos que los profesionales de la salud informen a las personas transgénero y de

género diverso jóvenes, pre-puberales o en pubertad temprana que solicitan terapia de afirmación de género y a sus familias que, según la evidencia disponible, las opciones para preservación de la fertilidad son limitadas.

Para los niños en etapa prepuberal o de pubertad temprana, las opciones de PF se limitan a la conservación de tejido gonadal. Aunque esta opción está disponible para niños TGD de igual manera que para pacientes oncológicos cisgénero pre-puberales y en pubertad temprana, no contamos con estudios que describan la utilización de este abordaje en población transgénero. El autotransplante de tejido ovárico ha dado como resultado 130 nacidos vivos en mujeres cisgénero. La mayoría de estas pacientes concibió naturalmente, sin tratamiento de fertilización asistida (Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul et al., 2017), y la mayoría había conservado su tejido ovárico cuando eran adultas o durante la pubertad. Aunque la guía reciente de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva ya no considera experimental el procedimiento de criopreservación de tejido ovárico (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019), existen muy pocos reportes de casos que describan un embarazo exitoso en una mujer luego del trasplante de tejido ovárico criopreservado antes de la pubertad. Demeestere et al. (2015) y Rodríguez-Wallberg, Milenkovic et al. (2021) describieron casos de embarazos exitosos luego del trasplante de tejido que se había obtenido a la edad de 14 años y más recientemente, Matthews et al. (2018) describió el caso de una niña diagnosticada con talasemia que había conservado tejido ovárico cuando tenía 9 años y se lo trasplantó 14 años más tarde. Esta paciente concibió a través de fertilización in vitro y dio a luz a un bebé saludable.

Por el momento, la única aplicación clínica a futuro del tejido ovárico conservado es el auto-transplante, que puede no ser lo deseado en un hombre transgénero (debido a los potenciales efectos indeseados de los estrógenos). La aplicación futura ideal del tejido ovárico conservado para las personas transgénero sería

un procedimiento de laboratorio que permitiría madurar los ovocitos in vitro a partir del tejido ovárico, pero esta técnica sólo está en etapa de investigación y optimización en entornos de investigación de ciencias básicas (Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010).

La extracción de tejido testicular prepuberal se ha documentado como un procedimiento de bajo riesgo (Borgström et al., 2020; Ming et al., 2018). Algunos autores también describieron este abordaje como una opción teórica para las personas transgénero (De Roo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., 2018). Sin embargo, no contamos con reportes en la literatura que describan la utilización clínica o de investigación de esta opción de PF para pacientes TGD. Además, la viabilidad de la aplicación clínica del autotransplante de tejido testicular sigue siendo desconocida en humanos y las técnicas de maduración in vitro todavía permanecen en el ámbito de la investigación de las ciencias básicas. Por lo tanto, los especialistas consideran esta técnica como experimental (Picton et al., 2015). La posibilidad de conservar tejido gonadal debe discutirse antes de cualquier procedimiento quirúrgico genital que pudiera resultar en esterilización, aunque la probabilidad de poder usar este tejido debe manifestarse abiertamente.

Postulado 16.5

Recomendamos que las personas transgénero y de género diverso con útero que deseen un embarazo recurran a métodos de anticoncepción y asesoramiento prenatal relativo al uso e interrupción de las hormonas de afirmación de género, atención del embarazo, trabajo de parto y parto, servicios de apoyo para el amamantamiento y apoyo en el postparto de acuerdo con los estándares locales, con perspectiva de afirmación de género.

La mayoría de los hombres transgénero y personas de género diverso (AFAB) conservan sus úteros y ovarios y por lo tanto pueden concebir y llevar un embarazo, aún luego de utilizar testosterona a largo plazo (Light et al., 2014). Muchos hombres transgénero desean hijos

(Light et al., 2018; Wierckx, van Caenegem et al., 2012) y están dispuestos a llevar un embarazo (Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021). Los tratamientos de fertilidad asistida han aumentado las oportunidades de que muchos hombres transgénero conciban y cumplan con sus deseos de planificación familiar (De Roo et al., 2017; Ellis et al., 2015; Maxwell et al., 2017). Algunos hombres transgénero informan aislamiento psicológico, disforia relacionada al estado grávido del útero y a los cambios en el pecho y depresión (Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Por el contrario, otros estudios han informado sobre experiencias positivas durante el embarazo (Fischer, 2021; Light et al., 2014). Los prestadores de salud mental deben participar para brindar apoyo y se debe brindar asesoramiento sobre cuándo dejar de tomar las hormonas de afirmación de género y cuándo reiniciarlas, cuáles son las opciones disponibles en cuanto a la forma de realizarse el parto y el amamantamiento (Hoffkling et al., 2017). Por último, deben implementarse intervenciones a nivel del sistema y a nivel interpersonal para garantizar una atención en salud reproductiva centrada en la persona, para todas las personas que la solicitan (Hahn et al., 2019; Hoffkling et al., 2017; Moseson, Zazanis et al., 2020; Snowden et al., 2018).

Dados los efectos potencialmente perjudiciales de la testosterona en el desarrollo del embrión, se recomienda discontinuar la terapia hormonal con testosterona o masculinizante con anterioridad a la concepción y durante todo el periodo de embarazo. Sin embargo, el momento óptimo tanto para la discontinuación de la testosterona antes del embarazo como para retomarla, con posterioridad al mismo, es desconocido. Dado que suspender la administración de hormonas de afirmación de género puede causar distrés y exacerbar la disforia en hombres transgénero, debe discutirse cuándo y cómo suspender esta terapia en la consulta prenatal (Hahn et al., 2019). Debido a que no contamos con información acerca de la duración de la exposición de

testosterona y el riesgo de teratogenicidad asociado, el uso de testosterona debe suspenderse antes de intentar un embarazo y antes de suspender la anticoncepción. Además, sólo contamos con información limitada acerca de los resultados en materia de salud de los bebés nacidos de hombres transgénero. Algunas series de casos intentaron evaluar esta pregunta y revelaron que no había diferencias psicológicas ni psicosociales adversas entre los infantes nacidos de hombres transgénero y los infantes de la población general (Chiland et al., 2013).

Amamantamiento

En los limitados estudios que evaluaron la lactancia y la alimentación a pecho, la experiencia en la mayoría de los hombres transgénero y las personas TGD AFAB que eligieron amamantar luego del parto, fue exitosa. La investigación sugirió que la inducción a la lactancia depende en cierta medida del asesoramiento previo a la concepción y del apoyo a la lactancia que hayan recibido (MacDonald et al., 2016; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015). Específicamente, los hombres transgénero y las personas TGD que usan testosterona deben recibir la siguiente información: 1) que la testosterona se transfiere a través de la leche materna, aunque en cantidades pequeñas; y 2) que se desconoce el impacto sobre el neonato o niño en desarrollo, por lo cual no se recomienda el uso de testosterona de afirmación de género durante la lactancia, aunque puede retomarse luego de suspender la misma (Glaser et al., 2009). Los hombres transgénero y otras personas TGD AFAB deben saber que algunos pacientes que llevan un embarazo pueden experimentar un crecimiento no deseado de las mamas y/o producción no deseada de leche, aún después de la reconstrucción del pecho, por lo cual deben solicitar apoyo si desean suprimir la lactancia (MacDonald et al., 2016).

Contamos con información limitada en lo que respecta a la lactancia en mujeres transgénero, como así también en otras personas TGD AMAB, aunque muchas de ellas también expresan su deseo de amamantar. Si bien existe un reporte de caso de una mujer transgénero que experimentó

una lactancia satisfactoria, alimentando a pecho a su bebe luego del tratamiento hormonal con una combinación de estrógeno, progesterona, domperidona y extracción de leche por bombeo (Reisman & Goldstein, 2018), no se ha estudiado el perfil nutricional e inmunológico de la leche materna bajo estas condiciones. Por ello, los pacientes deben estar informados acerca de los riesgos y beneficios de este abordaje para la alimentación del niño (Reisman & Goldstein, 2018).

Postulado 16.6

Recomendamos que los prestadores médicos discutan con las personas transgénero y de género diverso los métodos de anticoncepción disponibles, si estos practican actividad sexual que pueda resultar en embarazo.

Muchas personas TGD pueden mantener su capacidad reproductiva y ellas mismas (si conservan sus úteros, ovarios y trompas) o sus parejas sexuales (en el caso de personas que producen esperma) pueden experimentar un embarazo no planificado (James et al., 2016; Light et al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020). Por lo tanto, se necesita de asesoramiento en materia de planificación familiar intencional con perspectiva de género, que incluya anticoncepción y aborto (Klein, Berry-Bibee et al., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa & Wu, 2018).

Es posible que las personas TGD AFAB no utilicen métodos anticonceptivos porque asumen erróneamente que la testosterona es una forma confiable de anticoncepción (Abern & Maguire, 2018; Ingraham et al., 2018; Jones, Wood et al., 2017; Potter et al., 2015). Sin embargo, en la actualidad se sabe que la testosterona no es una forma confiable de anticoncepción, dado que provoca una supresión incompleta del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (Krempasky et al., 2020). Por otra parte, se han dado embarazos durante el período amenorreico en personas que utilizaban testosterona, una vez terminados los períodos de administración activa (Light et al., 2014). El embarazo también puede darse en personas TGD luego de un largo período de utilización de testosterona (por lo menos hasta de

10 años), aunque todavía se desconoce su efecto sobre los ovocitos y la fertilidad de base (Light et al., 2014).

Las personas TGD AFAB pueden recurrir a una amplia variedad de métodos anticonceptivos (Abern & Maguire, 2018; Bentsianov et al., 2018; Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Cipres et al., 2017; Jones, Wood et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018). Pueden utilizar estos métodos para evitar embarazos explícitamente, para suprimir la menstruación, un sangrado anormal u otras necesidades ginecológicas (Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Krempasky et al., 2020; Schwartz et al., 2019). Los vacíos que presenta la investigación en anticoncepción sobre esta población son profundos. No existen estudios que hayan examinado la forma en que los andrógenos exógenos (como por ejemplo la testosterona) pueden modificar la eficacia o el perfil de seguridad de los métodos anticonceptivos hormonales (por ejemplo, si se combina estrógenos y anticonceptivos hormonales en base a progestina, anticonceptivos basados solamente en progestina) o métodos no hormonales de barrera (como, por ejemplo, preservativos internos y externos, dispositivos intrauterinos no hormonales, diafragmas, esponjas, etcétera).

Las personas de género diverso que tienen pene y testículos pueden tener actividad sexual con personas que tienen útero, ovarios y trompas de cualquier género. Las personas de género diverso que tienen pene y testículos pueden producir esperma aún si reciben hormonas de afirmación de género (es decir, estrógenos), y aunque los parámetros de semen se presenten disminuidos en los pacientes a quienes se les está administrando o han utilizado previamente hormonas de afirmación de género, la azoospermia no es completa y la actividad de los espermatozoides no está totalmente suprimida (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). Es por ello que se deben evaluar las necesidades de anticoncepción si se desea evitar el embarazo en la actividad sexual que involucra la penetración del pene en la vagina entre una persona que tiene útero, ovarios y trompas y una que tiene pene y testículos, sin importar si cualquiera de ellas está utilizando hormonas de

afirmación de género. En la actualidad, los métodos anticonceptivos disponibles para la parte que produce esperma son principalmente métodos de barrera mecánica (es decir, preservativos externos, preservativos internos), esterilización permanente (es decir, vasectomía) y cirugía de afirmación de género (como, por ejemplo, la orquiectomía que también causa esterilización). Se recomienda asesoramiento en materia de anticoncepción que tenga en cuenta a las partes que producen esperma, las que producen óvulos y a las gestantes (si es relevante).

Postulado 16.7

Recomendamos que los prestadores que ofrecen servicios de interrupción del embarazo garanticen que los abordajes procedimentales tengan perspectiva de género y se brinden a personas transgénero y a aquellas de géneros diversos.

Se han reportado embarazos no planificados y abortos entre personas TGD que tienen útero (Abern & Maguire, 2018; Light et al., 2014; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020), documentados a través de encuestas realizadas en establecimientos que practican abortos (Jones et al., 2020), pero la epidemiología de la práctica del aborto basada en una población determinada y las experiencias y preferencias de las personas TGD que se practican un aborto todavía representa una brecha crítica en la investigación (Fix et al., 2020; Moseson, Fix et al., 2020; Moseson, Lunn et al., 2020). Sin embargo, dado que la capacidad de embarazo existe en muchas personas TGD y estos embarazos pueden no ser siempre planificados o deseados, es necesario que esta población cuente con acceso seguro, legal y con perspectiva de género si necesitan una interrupción médica o quirúrgica del embarazo.

CAPÍTULO 17 - Salud sexual

La salud sexual tiene un impacto profundo en el bienestar físico y psicológico, sin importar el sexo, género u orientación sexual de la persona. Sin embargo, el estigma por su sexo, género u orientación sexual impacta sobre las oportunidades individuales de expresar con libertad su sexualidad y de recibir atención apropiada en materia de salud sexual. Específicamente, en la mayoría de las sociedades, la cisnormatividad y la heteronormatividad inducen a la presunción de que todas las personas son cisgénero y heterosexuales (Bauer et al., 2009), y que esta combinación es superior a todos los demás géneros y orientaciones sexuales (Nieder, Gùldenring et al., 2020; Rider, Vencill et al., 2019). La hetero-cis normatividad niega la complejidad del género, de la orientación sexual y de la sexualidad y no toma en cuenta la diversidad y la fluidez. Esto adquiere aún mayor relevancia dado que las identidades, orientaciones y prácticas sexuales de las personas transgénero y de género diverso se caracterizan por una enorme diversidad (Galupo et al., 2016; Jessen et al., 2021; Thurston & Allan, 2018; T'Sjoen et al., 2020). Del mismo modo, una fuerte tendencia transcultural hacia la alo-normatividad -la presunción de que todas las personas experimentan atracción sexual o interés en la actividad sexual- niega las experiencias diversas de las personas TGD, en especial, las de aquellas que se ubican en el espectro asexual (McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) destaca que la salud sexual depende del respeto de los derechos sexuales de todas las personas, incluyendo el derecho a expresar sexualidades diversas y a ser tratado con respeto, con seguridad y con libertad, sin discriminación ni violencia. Los discursos sobre salud sexual se han centrado en la agencia y en la autonomía del cuerpo, lo que incluye consentimiento, placer sexual, satisfacción sexual, relaciones de pareja y vida familiar (Cornwall & Jolly, 2006; Lindley et al., 2021). A la luz de los mismos, la OMS define la salud sexual como “un estado de bienestar

físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad y no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad.” La salud sexual requiere de un abordaje positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, como así también la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y cumplirse los derechos sexuales de todas las personas (OMS, 2006, p. 5). Ello incluye personas en el espectro asexual, que pueden no sentir atracción sexual hacia otros y aun así elegir ser sexuales en algunos momentos (por ejemplo, por autoestimulación) y/o tener interés en formar relaciones románticas (de Oliveira et al., 2021).

La atención de la ciencia a las experiencias sexuales y comportamientos de las personas TGD ha aumentado en los últimos años (Gieles et al., 2022; Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Kloer et al., 2021; Mattawanon et al., 2021; Stephenson et al., 2017; Tirapegui et al., 2020; Thurston & Allan, 2018). El incremento de publicaciones refleja un encuadre sexo-positivo (Harden, 2014), un encuadre que reconoce tanto los aspectos positivos tales como el placer sexual (Laan et al., 2021) así como los riesgos potenciales asociados a la sexualidad (Goldhammer et al., 2022; Mujugira et al., 2021). Los estudios realizados sobre la sexualidad de las personas TGD, sin embargo, por lo general no cuentan con instrumentos validados, grupos control apropiados ni un diseño prospectivo (Holmberg et al., 2019). Además, la mayoría sólo tienen en cuenta la función sexual (Kennis et al., 2022), por lo que dejan de lado la satisfacción sexual y operacionalizaciones más amplias de placer sexual más allá del funcionamiento. Los efectos de los tratamientos médicos actuales relacionados a la sexualidad TGD son heterogéneos (Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020) y a la fecha se ha realizado muy poca investigación sobre la sexualidad de los adolescentes TGD (Bungener et al., 2017; Maheux et al., 2021; Ristori et al., 2021; Stùbler & Becker-Hebly, 2019; Warwick et al., 2022). Se han propuesto abordajes sexo-positivos para asesorar y tratar las dificultades sexuales experimentadas por personas TGD (Fielding, 2021; Jacobson et al.,

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

- 17.1- Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero o de género diverso se capaciten para tratar temas de salud sexual (relativos a su incumbencia).
- 17.2- Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero y de género diverso discutan con ellos qué impacto pueden tener los tratamientos de afirmación de género sobre la función sexual, el placer y la satisfacción.
- 17.3- Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero y de género diverso les ofrezcan la posibilidad de incluir a su(s) pareja(s) en las intervenciones relacionadas a la sexualidad, si fuera apropiado.
- 17.4- Recomendamos que los profesionales de la salud asesoren a las personas transgénero y de género diverso sobre el impacto potencial que puede tener el estigma y el trauma en el comportamiento de riesgo sexual, la evitación sexual y en el funcionamiento sexual.
- 17.5- Recomendamos que cualquier profesional de la salud que brinde atención que pueda tener un impacto en la salud sexual de las personas transgénero y de género diverso brinde información, pregunte acerca de sus expectativas y evalúe el nivel de comprensión sobre los posibles cambios.
- 17.6- Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero y de género diverso brinden asesoramiento en la adolescencia y la adultez sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- 17.7- Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero y de género diverso sigan las guías locales y de la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico, prevención y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana /infecciones de transmisión sexual (VIH/ITS).
- 17.8- Recomendamos que los profesionales de la salud que atienden personas transgénero y de género diverso aborden las preocupaciones sobre las potenciales interacciones entre la medicación antirretroviral y las hormonas.

2019; Richards, 2021), pero a la fecha, la investigación sobre la efectividad de tales intervenciones es insuficiente. Con el objeto de promocionar la salud sexual, la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS, por su sigla en inglés) afirma la importancia del placer sexual y considera que la autodeterminación, el consentimiento, la seguridad, la privacidad, la confianza y la capacidad de comunicar y negociar relaciones sexuales constituyen importantes facilitadores (Kismödi et al., 2017). La WAS asevera que el placer sexual es parte integral de los derechos sexuales y de los derechos humanos (Kismödi et al., 2017). Para contribuir a la salud sexual de las personas TGD, los profesionales de la salud (PS) deben tener no sólo experiencia en materia transgénero sino también sensibilidad (Nieder, Güldenring et al., 2020). Con el objeto de mejorar la salud sexual de las personas TGD a un nivel éticamente sólido, basado en evidencia y de alta calidad, los PS deben brindar sus servicios con la misma atención (es decir, con experiencia en temas transgénero), respeto (es decir con sensibilidad transgénero) y con conciencia sobre el placer sexual y la satisfacción, que emplean cuando atienden personas cisgénero (Holmberg et al., 2019).

En muchas sociedades, las expresiones de no conformidad con el género pueden desatar fuertes reacciones (emocionales), incluso en PS.

Por ello, es más probable que se garantice un recibimiento sin prejuicios y abierto cuando los PS son conscientes de sus reacciones emocionales, cognitivas e interaccionales al iniciar una consulta o al establecer una relación terapéutica con la persona (Nieder, Güldenring et al., 2020). Por otra parte, la experiencia en temas transgénero se refiere a tener la capacidad de identificar el impacto que las identidades y experiencias de marginalización y estigmatización pueden haber tenido en su persona. (Rider, Vencill et al., 2019). Para poder abordar adecuadamente las condiciones físicas, psicológicas y sociales de las personas TGD, los PS deben ser conscientes de que estas condiciones por lo general no son tenidas en cuenta dada la hetero-cis-normatividad, falta de conocimiento y falta de habilidades (Rees et al., 2021). También es importante considerar las normas culturales en materia de sexualidad. Por ejemplo, en algunas culturas africanas considerar el sexo como tabú restringe la cantidad de vocablos aceptables que se pueden utilizar al realizar la historia clínica sexual (Netshandama et al., 2017). Un lenguaje culturalmente respetuoso puede facilitar hablar abiertamente sobre la historia clínica sexual de la persona y reducir la ambigüedad o la vergüenza

(Duby et al., 2016). Además, los PS deben ser sensibles al historial de (mal) uso de la identidad y orientación sexual que fueron utilizados para excluir a las personas transgénero de las intervenciones de afirmación de género (Nieder & Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014). Las siguientes recomendaciones tienen por objeto mejorar las intervenciones en materia de salud sexual para personas TGD.

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulado 17.1

Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero o de género diverso se capaciten para tratar temas de salud sexual (relativos a su incumbencia).

Es importante que los PS que traten la salud sexual de las personas TGD estén familiarizados con la terminología utilizada habitualmente (ver Capítulo 1 – Terminología) y que alienten a aquellas personas que buscan atención a explicarles la terminología con la cual ellos pueden no estar familiarizados. En este contexto, también es importante que los PS registren la historia clínica sexual (o estén dispuestos a hacerlo) y ofrezcan tratamiento (según sus incumbencias) de manera afirmativa con relación al género y con un abordaje sexo-positivo (Centros para el Control de las Enfermedades, 2020; Tomson et al., 2021). Los PS darán mayor importancia a la terminología que utiliza la persona TGD al referirse a su propio cuerpo que a la terminología médica habitualmente utilizada o más tradicionalmente aceptada (Wesp, 2016). Al referirse a las prácticas sexuales, es recomendable hacer foco en las partes del cuerpo involucradas (por ejemplo, “¿Tiene relaciones sexuales con

personas con pene, con personas con vagina o con ambos?”; ACON, 2022) y qué papel tienen en su sexualidad (por ejemplo, “durante el acto sexual, ¿alguna parte de su cuerpo penetra en el cuerpo de su pareja, como por ejemplo sus genitales, ano o boca?”; ACON, 2022).

Postulado 17.2

Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero y de género diverso discutan con ellos qué impacto pueden tener los tratamientos de afirmación de género sobre la función sexual, el placer y la satisfacción.

Para lograr la afirmación de género, es fundamental que los PS que realizan intervenciones médicas relacionadas a la transición estén suficientemente informados sobre los posibles efectos de estos procedimientos sobre la función sexual, el placer y la satisfacción (T'Sjoen et al., 2020). Dado que los datos clínicos indican que las personas TGD alcanzan niveles significativamente más bajos de placer sexual en comparación con personas cisgénero, esto adquiere una relevancia aún mayor (Gieles et al., 2022). Si el PS no pudiera brindar información relativa a los efectos del tratamiento sobre la función sexual, el placer y la satisfacción, se espera que al menos derive al paciente a un profesional que esté calificado para hacerlo. Si los efectos relacionados a la sexualidad que tiene el tratamiento fueran desconocidos, los PS deben hacérselo saber a los pacientes. Como se introdujo anteriormente, la sexualidad de las personas TGD suele desafiar los puntos de vista heteronormativos. Sin embargo, existe gran cantidad de publicaciones (por ejemplo, Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017) que destacan el amplio espectro de sexualidad que no se ajusta a las expectativas de lo que se entiende por sexualidad masculina o femenina (ni cis- ni transgénero), y menos aún la de las personas de género diverso (como, por ejemplo, no binarias, agénero, de género queer). Los PS deben considerar cuidadosamente estos aspectos, dado que la cisnormatividad, la heteronormatividad y las

intervenciones médicas relacionadas a la transición, todas, conllevan un fuerte impacto en la salud sexual.

Existe amplia evidencia de que el placer sexual constituye un factor importante que permite mejorar los resultados en la salud sexual, mental y física (Anderson, 2013). Además de concentrarse en la función sexual, el PS que atiende la salud sexual debe también abordar el placer y la satisfacción como factores claves dentro de la salud sexual. Históricamente, la atención de la salud sexual se realizaba con una perspectiva de enfermedad, lo que ha estado especialmente presente en la investigación y la práctica clínica al trabajar con pacientes TGD. Aunque se necesita una atención competente para trabajar en VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITSs), también es necesario integrar la valoración del placer sexual de los pacientes TGD. La decisión de integrar el placer sexual como punto focal en la capacitación para prevención de ITS y en las intervenciones depende de comprender que el placer es un motivador de la conducta (Philpott et al., 2006). A las personas TGD les interesa su placer sexual y necesitan PS que conozcan la diversidad de prácticas sexuales y funcionamiento anatómico relacionado al cuidado de la salud de las personas TGD.

Postulado 17.3

Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero y de género diverso les ofrezcan la posibilidad de incluir a su(s) pareja(s) en las intervenciones relacionadas a la sexualidad, si fuera apropiado.

Cuando resulte apropiado y relevante clínicamente, la inclusión de la(s) pareja(s) sexual(es) y/o romántica(s) en los momentos de toma de decisión puede mejorar el bienestar sexual y satisfacción de los pacientes TGD (Kleinplatz, 2012). Las personas TGD disponen de un amplio rango de opciones de intervenciones médicas para la transición; y estas intervenciones pueden tener resultados mixtos en cambiar experiencias de disforia anatómica (Bauer & Hammond, 2015). Al discutir el impacto de las intervenciones médicas sobre la función sexual, el

placer y la satisfacción, incluir a la(s) pareja(s) puede aumentar el conocimiento sobre cambios potenciales y fomentar la comunicación en la pareja (Dierckx et al., 2019). Dado que el proceso de transición usualmente no transcurre en solitario completamente, incluir a las parejas sexuales y/o románticas en la atención médica relacionada a la transición puede facilitar el proceso de “co-transición” (Lindley et al., 2020; Siboni et al., 2022; Theron & Collier, 2013) y también puede contribuir al crecimiento y ajuste sexual, tanto de la persona como también de su relación. Las barreras sociales y psicológicas que impiden el funcionamiento sexual y el placer, incluyendo las experiencias de disforia de género, estigmatización, ausencia de modelos de roles sexuales y de relaciones, y habilidades limitadas, pueden tener un impacto negativo en la salud sexual general (Kerckhof et al., 2019). Una comunicación empática y afirmativa en la pareja mejora la satisfacción sexual de las personas TGD (Stephenson et al., 2017; Wierckx, Elaut et al., 2011).

La inclusión de las parejas sexuales y/o románticas ofrece una oportunidad adicional para establecer expectativas realistas, compartir información útil y precisa, y facilitar una comunicación positiva en la afirmación de género en materia de salud sexual. Es importante reconocer que, en última instancia, son los pacientes los que deben realizar sus elecciones relativas a la salud y transición de género, no sus parejas. La inclusión de su pareja sólo debe darse cuando resulte apropiado y si el paciente lo desea. Las contraindicaciones podrían incluir dinámicas interpersonales abusivas o violentas, en cuyo caso la seguridad del paciente prima sobre el involucramiento de su pareja. Por último, es fundamental que los PS atiendan a todas las personas en forma afirmativa e inclusiva, incluso a las parejas sexuales y/o románticas. Ello implica, por ejemplo, cuidar las presunciones y posibles sesgos acerca de la orientación sexual o del género de la(s) pareja(s) del paciente o la estructura de sus relaciones.

Postulado 17.4

Recomendamos que los profesionales de la salud asesoren a las personas transgénero y de género diverso sobre el impacto potencial que puede tener el estigma y el trauma en el comportamiento de riesgo sexual, la evitación sexual y en el funcionamiento sexual

La comunidad TGD se ve desproporcionadamente afectada por el estigma, la discriminación y la violencia (de Vries et al., 2020; Agencia de la Unión Europea para los Derechos Fundamentales, 2020; McLachlan, 2019). Estas experiencias suelen ser traumáticas por su naturaleza (Burnes et al., 2016; Mizock & Lewis, 2008) y pueden generar barreras que impiden o dificultan la salud sexual, el funcionamiento y el placer (Bauer & Hammond, 2015). Por ejemplo, las narrativas estigmatizantes acerca de las sexualidades transgénero pueden ocasionar un aumento de la disforia y la vergüenza sexual, aumentando la tendencia a evitar la comunicación sobre temas sexuales que es necesaria para obtener placer seguro y óptimo (Stephenson et al., 2017). Las investigaciones demuestran que el estigma, un historial de violencia sexual y las preocupaciones por la imagen corporal pueden tener un impacto negativo en la autoestima y en la autodeterminación sexual, por ejemplo, en la habilidad de distinguir lo que es placentero o negociar el uso de preservativos (Clements-Nolle et al., 2008; Dharma et al., 2019). Además, la disforia de género puede verse exacerbada por experiencias traumáticas pasadas y síntomas traumáticos actuales (Giovanardi et al., 2018). Es posible que resulte dificultoso para algunas personas TGD comprometerse sexualmente, utilizando los genitales con los que nacieron y por ello pueden decidir evitar la estimulación completamente, perturbando los procesos de excitación y/o los orgásmicos (Anzani et al., 2021; Bauer & Hammond, 2015; Iantaffi & Bockting, 2011), o tener sentimientos encontrados acerca del orgasmo (Chadwick et al., 2019). Los PS que brindan asesoramiento e intervenciones de afirmación de género deben conocer ese amplio espectro de orientaciones e identidades sexuales

(incluso identidades y prácticas asexuales) para evitar hacer presunciones basados en las formas heteronormativas, cisnormativas o alonormativas de comportamiento o satisfacción y al mismo tiempo reconocer el impacto potencial del estigma y del trauma en la salud y el placer sexual (Nieder, Güldenring et al., 2020). Puede, a veces, haber un cierto grado de desconexión o disociación, especialmente en los casos de síntomas de trauma agudo (Colizzi et al., 2015). Es importante que los PS tengan presente este impacto potencial sobre la salud sexual, el funcionamiento, el placer y la satisfacción para poder derivar a los pacientes que así lo necesiten a consejeros sexuales, prestadores de salud mental o ambos, quienes podrán ayudarlos mejor y podrán incluso normalizar y validar que los pacientes TGD exploren múltiples y diversos caminos de curación y de acceso al placer sexual.

Postulado 17.5

Recomendamos que cualquier profesional de la salud que brinde atención que pueda tener un impacto en la salud sexual de las personas transgénero y de género diverso brinde información, pregunte acerca de sus expectativas y evalúe el nivel de comprensión sobre los posibles cambios.

Las intervenciones para la transición pueden afectar la función sexual, el placer y la satisfacción, tanto en forma positiva como en forma negativa (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Thurston & Allan, 2018; Tirapegui et al., 2020). Por el lado positivo, la afirmación de género puede ayudar a que las personas TGD experimenten mejoras en su funcionamiento sexual y aumente el grado de placer y satisfacción (Kloer et al., 2021; Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020). Por el lado negativo, sin embargo, los datos indican que existen resultados problemáticos en materia de salud sexual debido a los tratamientos hormonales y quirúrgicos (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019, Stephenson et al., 2017; Weyers et al., 2009). Las hormonas para la transición pueden afectar el estado de ánimo, el deseo sexual, la posibilidad de alcanzar una erección y eyaculación y la salud del tejido

genital, lo que a su vez puede tener un impacto sobre el funcionamiento sexual, el placer y la autoexpresión sexual (Defreyne, Elaut et al., 2020; Garcia & Zaliznyak, 2020; Kerckhof et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et al., 2014)). Las personas TGD que desean usar su anatomía genital original durante el sexo de penetración pueden verse beneficiados con la administración de medicamentos que tratan los efectos no deseados de la terapia hormonal, tales como la disfunción eréctil, medicamentos para personas TGD a quienes se administra estrógenos o antiandrógenos, y estrógenos y/o lubricantes tópicos para personas TGD que presentan atrofia o sequedad vaginal debido a la terapia con testosterona.

El deseo sexual, la excitación y la función también pueden verse afectadas por el uso de drogas psicotrópicas (Montejo et al., 2015). Dado que a algunas personas TGD se les indica medicación para tratar la depresión (Heylens, Elaut et al., 2014), la ansiedad (Millet et al., 2017) u otros problemas de salud mental (Dhejne et al., 2016), también deben considerarse los potenciales efectos colaterales de esta medicación sobre la salud sexual.

Muchas cirugías de afirmación de género pueden presentar efectos significativos en la sensación erógena, en el deseo sexual y en la excitación, como también en la función y el placer sexual. El impacto de estos cambios en los pacientes puede ser variado (Holmberg et al., 2018). Las cirugías de tórax (reducción de mamas, mastectomía y aumento de mamas) y las cirugías para contornear el cuerpo, por ejemplo, pueden brindar los cambios deseados en cuanto a la forma y apariencia y por lo tanto reducir el estrés psicológico que puede alterar el funcionamiento sexual, pero pueden también afectar negativamente la sensación erógena (Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020). En particular, las cirugías genitales tienen el potencial de afectar la función sexual y el placer en forma negativa, aunque es probable que se las experimente de forma positiva, dado que el cuerpo del paciente se alinea mejor con su género, lo que posibilita la apertura de nuevos caminos

hacia el placer sexual y la satisfacción (Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019).

Existen numerosos ejemplos sobre estas cuestiones en la literatura existente:

- La cirugía puede ocasionar una disminución, pérdida completa o un posible aumento de la estimulación erógena y/o sensación experimentada en comparación con la anatomía del paciente previa a la cirugía (García, 2018; Sigurjónsson et al., 2017).
- Una opción quirúrgica en particular puede tener un correlato con limitaciones específicas de la función sexual que pueden manifestarse inmediatamente, en el futuro o en ambos momentos, algo que los pacientes deben considerar antes de realizar su elección al considerar las diferentes opciones quirúrgicas (Frey et al., 2016; García, 2018; Isaacson et al., 2017).
- Las complicaciones postquirúrgicas pueden afectar negativamente el funcionamiento sexual, ya sea disminuyendo la calidad de la misma (por ejemplo, al sufrir incomodidad o dolor durante la actividad sexual) o impidiendo una relación sexual satisfactoria (Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019).

En general, el grado de satisfacción alcanzado luego de un tratamiento médico se ve fuertemente influenciado por las expectativas del paciente (Padilla et al., 2019). Por otra parte, cuando los pacientes tienen expectativas poco realistas antes del tratamiento, es mucho más probable que estén insatisfechos con los resultados, con su atención y con su PS (Padilla et al., 2019). Por lo tanto, es importante tanto proporcionar a los pacientes información adecuada sobre sus opciones de tratamiento como comprender y considerar lo que les es importante en cuanto a los resultados (García, 2021). Por último, es importante que los PS se aseguren de que los pacientes comprendan los efectos adversos potenciales de un tratamiento sobre la función sexual y el placer, para que puedan tomar una decisión bien informada. Esto

es relevante tanto para cumplir con el estándar de consentimiento informado (es decir, discusión y comprensión) como para brindar a los pacientes y, si se desea, también a sus parejas una oportunidad de obtener mayor clarificación (Glaser et al., 2020).

Protocolo 17.6

Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero y de género diverso brinden asesoramiento en la adolescencia y la adultez sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual.

La OMS (2015) recomienda que los PS brinden una charla breve sobre temas de sexualidad durante la atención primaria de personas adolescentes y adultas. De este modo, las personas TGD sexualmente activas o que planean tener actividad sexual podrán beneficiarse con estas charlas o consejos para la prevención de VIH/ITS. Estas charlas revisten particular importancia, dado que las personas TGD se ven desproporcionadamente afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en comparación con las personas cisgénero (Baral et al., 2013; Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2016). Sin embargo, hay escasos datos disponibles referidos a infecciones de transmisión sexual que no sea VIH, tales como la clamidia, la gonorrea, la sífilis, la hepatitis viral y el virus de herpes simple (Tomson et al., 2021). El programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida estima que las mujeres transgénero son 12 veces más susceptibles que otras personas adultas a vivir con VIH (UNAIDS, 2019). Las estimaciones de un meta-análisis a nivel global determinaron una prevalencia del 19% entre mujeres transgénero que tienen sexo con hombres (Baral et al., 2013). El riesgo de VIH/ITS se concentra en los subgrupos TGD, cuando confluyen múltiples vulnerabilidades biológicas, psicológicas, interpersonales y estructurales. En especial, las personas transfemeninas que tienen sexo con hombres cisgénero, que pertenecen a grupos raciales/étnicos minoritarios, que viven en la pobreza y realizan trabajos sexuales de

supervivencia presentan riesgo elevado de VIH/IETS (Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2015; Poteat et al., 2016). Menos se sabe del riesgo de VIH/ITS en hombres transgénero o personas de género diverso AFAB. Estudios pequeños en países de altos ingresos indican una prevalencia de VIH confirmada en laboratorio de 0-4% en personas transmasculinas (Becasen et al., 2018; Reisner & Murchison, 2016). Casi no se ha investigado la población transmasculina que tiene sexo con hombres cisgénero en países de alta prevalencia de VIH. A pesar de los datos epidemiológicos limitados, las personas transmasculinas que tienen sexo con hombres cisgénero frecuentemente reportan un riesgo de VIH/ITS relativo al sexo vaginal y/o anal receptivo (Golub et al., 2019; Reisner et al., 2019; Scheim et al., 2017) y pueden ser más susceptibles de contraer VIH por relaciones sexuales vaginales que las mujeres cisgénero (pre-menopáusicas) debido a la atrofia vaginal por el uso de hormonas.

Los PS tendrán que complementar las guías generales, desarrollando el conocimiento y las habilidades necesarias para hablar los temas relacionados a la salud sexual con las personas TGD, tales como el uso de lenguaje afirmativo (ver Postulado 17.1 en este capítulo). Resulta imperativo que los PS eviten hacer presunciones acerca del riesgo de VIH/ITS basadas solamente en la identidad de género o en la anatomía del paciente, del estilo de “muchas personas transgénero no son sexualmente activas”, y “las personas TGD posiblemente usen prótesis o juguetes sexuales”. A fin de brindar una consejería en prevención apropiada, los PS deben hacer las preguntas necesarias sobre las actividades sexuales específicas que realizan las personas TGD, y sobre las partes de su cuerpo (o prótesis) que involucran en estas actividades (ACON, 2022). Los PS bien preparados (lo que incluye, pero no se limita a prestadores de salud mental) también pueden involucrarse en una consejería minuciosa para abordar los factores subyacentes que aumentan el riesgo de contraer VIH/ITS (ver Postulado 17.3 en este capítulo).

En todos los casos, los PS deberán ser sensibles a los antecedentes individuales y colectivos de las personas TGD (por ejemplo, estereotipos y estigma sobre las sexualidades trans y la disforia de género) y deben explicar a los pacientes las razones por las cuales se les pregunta sobre su sexualidad y el carácter voluntario de responder a tales preguntas. Al conversar sobre la prevención de VIH/ITS, los PS deben referirse al amplio abanico de opciones para la prevención, incluyendo los métodos de barrera, la profilaxis post-exposición (PrEP), la profilaxis pre-exposición (PEP) y el tratamiento del VIH para evitar la transmisión (OMS, 2021). Las consideraciones específicas sobre la PrEP en personas TGD se detallan en el Postulado 17.8.

Postulado 17.7

Recomendamos que los profesionales de la salud que atiendan personas transgénero y de género diverso sigan las guías locales y de la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico, prevención y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana /infecciones de transmisión sexual (VIH/ITS)

Del mismo modo que con los pacientes cisgénero, se debe ofrecer a los adolescentes y personas TGD adultas la opción de detección de VIH/ITS según las guías vigentes y en base al riesgo individual de contraer VIH/ITS, considerando las características anatómicas y el comportamiento y no solamente su identidad de género. Si no se dispone de guías locales o nacionales, la OMS (2019 a) ofrece recomendaciones globales. Se recomienda realizar pruebas de detección más frecuentes en personas transgénero que tienen sexo con hombres cisgénero, dado que constituyen una población clave afectada por el VIH. Las cirugías genitales de afirmación de género y las técnicas quirúrgicas tienen impacto en los riesgos de adquisición de ITS y las necesidades de testeo, como lo destacan las guías recientes emitidas por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (Workowski et al., 2021). Por ejemplo, las personas transfemeninas que se han realizado una vaginoplastia con inversión

peneana, utilizando sólo piel del pene y del escroto para reconstruir el canal vaginal seguramente presenten un riesgo menor de contraer clamidia trachomatis (*C. trachomatis*) y gonorrea neisseria (*N. gonorrhoeae*) urogenital, aunque las técnicas quirúrgicas más modernas que emplean mucosa bucal o uretral o colgajos de peritoneo en teoría aumentan la susceptibilidad de ITS bacteriana en comparación con el uso de piel del pene/del escroto solamente (Van Gerwen et al., 2021). Se recomienda realizar testeo de ITS de rutina de la neovagina (si está expuesta) en todas las personas transfemeninas que se han realizado vaginoplastia (Workowski et al., 2021). En el caso de las personas transmasculinas que se han realizado metoidioplastia con alargamiento de la uretra, pero sin vaginectomía, el testeo de ITS urogenital bacteriana debe incluir un hisopado cervical, dado que las infecciones pueden no ser detectables en orina (Workowski et al., 2021).

Además, es importante que los PS ofrezcan realizar controles en diferentes partes de la anatomía, ya que las ITS en pacientes transgénero son habitualmente extra-genitales (Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019). En línea con las recomendaciones de la OMS (2020), debe ofrecerse la opción de testeo con auto-toma de muestras, en especial cuando los pacientes se sienten incómodos o no desean que un prestador tome la muestra por su disforia de género, por su historial de trauma o por ambas cuestiones. Si correspondiera, integrar el testeo de VIH/ITS al de serología habitual utilizado para controlar la terapia hormonal puede facilitar el acceso a la atención en salud (Reisner, Radix et al., 2016; Scheim & Travers, 2017).

Postulado 17.8

Recomendamos que los profesionales de la salud que atienden personas transgénero y de género diverso aborden las preocupaciones sobre las potenciales interacciones entre la medicación antirretroviral y las hormonas.

En adolescentes y personas TGD adultas que presentan un riesgo importante de infección por VIH (definido generalmente como una relación

serodiscordante en curso o relaciones sexuales sin preservativos por fuera de una relación mutuamente monógama con una pareja VIH negativa confirmada; OMS, 2017), la profilaxis pre-exposición (PrEP) constituye una opción importante para prevenir el contagio de VIH (Golub et al., 2019; Sevelius et al., 2016; OMS, 2021). Para fomentar la adopción de la PrEP, en el año 2021 los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos recomendaron informar a todos los adolescentes y personas adultas sexualmente activos sobre la PrEP y ofrecerla en caso de solicitarla (CDC, 2021). En algunos entornos, existen guías específicas aplicables a personas transgénero para tratar a aquellas que viven con VIH (por ejemplo, Panel sobre Guías para el uso de Antirretrovirales para Adultos y Adolescentes, 2019).

Tanto para la prevención como para el tratamiento de VIH, existen guías de dosificación y de administración de antirretrovirales específicos para las personas TGD. Para la PrEP oral, se recomienda una dosis diaria únicamente, ya que los estudios que demostraron la efectividad de la PrEP a demanda con emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (TDF) se limitaron a hombres cisgénero (OMS, 2019 c). Por otra parte, aunque la emtricitabina/tenofovir alafenamida (TAF) es una nueva opción de PrEP oral, desde comienzos del año 2022 no está recomendada para personas en riesgo de adquirir el VIH a través de relaciones sexuales vaginales receptivas debido a falta de evidencia científica (CDC, 2021). Por último, la disponibilidad de fórmulas inyectables efectivas de acción prolongada tanto de PrEP como de tratamiento de VIH está aumentando (por ejemplo, cabotegravir para PrEP), y si bien son recomendadas para pacientes que pueden beneficiarse con las opciones inyectables, los sitios para aplicarse la inyección (es decir el músculo del glúteo) pueden no resultar apropiados para personas que han utilizado rellenos de tejidos blandos (Rael et al., 2020).

Existe limitada evidencia que valide la ocurrencia de interacciones medicamentosas entre las hormonas de afirmación de género y la

medicación para PrEP. Un número limitado de estudios, principalmente basados en el uso de PrEP por auto-reporte, demostraron concentraciones de PrEP reducidas en mujeres transgénero que se encontraban bajo terapia hormonal, aunque las concentraciones permanecían dentro del rango de seguridad (Yager & Anderson, 2020). Un estudio sobre las interacciones medicamentosas que observaba directamente la terapia con PrEP no logró detectar impacto de la terapia hormonal en las concentraciones de droga para PrEP en mujeres transgénero, y descubrió que las mujeres y hombres transgénero que realizan terapia hormonal alcanzaron altos niveles de protección contra infección por VIH (Grant et al., 2020). Lo más importante, para muchas personas transgénero, fue que no se detectó un impacto de la PrEP en las concentraciones hormonales. En lo que respecta al tratamiento de VIH, las medicaciones antirretrovirales específicas pueden tener un impacto sobre las concentraciones de las hormonas; sin embargo, el mismo puede ser controlado, seleccionando agentes alternativos, monitoreando y ajustando la dosificación hormonal, o de ambas formas (Cirrincione et al., 2020), tal como se detalla en las guías del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Panel sobre Guías para el Uso de Antirretrovirales en Adultos y Adolescentes, 2019). A pesar de ello, la preocupación por interacciones medicamentosas, en especial aquellas que pueden limitar la concentración hormonal, representa una barrera para la implementación y adherencia a la terapia antirretroviral para la prevención o tratamiento del VIH (Radix et al., 2020; Sevelius et al., 2016). Por lo tanto, se aconseja que los PS aborden estos temas proactivamente con aquellas personas que son candidatas a la PrEP o al tratamiento del VIH. La integración de la PrEP o el tratamiento de VIH con la terapia hormonal puede reducir aún más las barreras que impiden la implementación y adherencia (Reisner, Radix et al., 2016). La integración puede lograrse por colocación conjunta o coordinación con un especialista en

VIH si el prestador de atención primaria no cuenta con la experiencia necesaria. Algunas personas TGD pueden verse beneficiadas de la PrEP individual o de servicios de salud sexual que les brinden mayor privacidad y flexibilidad, por lo que se necesita de modelos de servicios diferenciados (Wilson et al., 2021).

CAPÍTULO 18 – Salud Mental

Este capítulo tiene por objetivo brindar una guía a los profesionales de la salud (PS) y a los profesionales de la salud mental (PSM) que atienden personas transgénero adultas y de género diverso (TGD). No pretende sustituir a los capítulos referidos a la evaluación de personas para intervenciones hormonales o quirúrgicas. Muchas personas TGD no necesitarán terapia u otras formas de atención de la salud mental como parte de su transición, mientras que otras se beneficiarán del acompañamiento que le puedan brindar los profesionales y los sistemas de la salud mental (Dhejne et al., 2016).

Algunos estudios han demostrado una mayor prevalencia de depresión (Witcomb et al., 2018), ansiedad (Bouman et al., 2017) y suicidio (Arcelus et al., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019) en personas TGD (Jones et al., 2019; Thorne, Witcomb et al., 2019) que en la población general, en especial entre los que requieren tratamiento médico necesario para la afirmación de género (ver el postulado sobre necesidad médica en el Capítulo 2 - Aplicación Global, Postulado 2.1). Sin embargo, la identidad transgénero no constituye una enfermedad mental, y estas tasas elevadas se han asociado a traumas complejos, estigma social, violencia y discriminación (Nuttbrock et al., 2014; Peterson et al., 2021). Por otra parte, los síntomas psiquiátricos disminuyen con una apropiada atención médica y quirúrgica de afirmación de género (Aldridge et al., 2020; Almazan and Keuroghlian; 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021) y con las intervenciones que disminuyen la discriminación y el estrés de las minorías (Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020).

El tratamiento de la salud mental debe estar a cargo de prestadores y ser implementado a través de sistemas que respeten la autonomía del paciente y reconozcan la diversidad de género. Los PSM que trabajan con personas transgénero deben recurrir a la escucha activa como método para estimular la exploración en personas que están inseguras acerca de su identidad de género. En lugar de imponer sus propias narrativas o preconcepciones, los PSM deben ayudar a sus pacientes a determinar sus propios caminos. Si bien muchas personas transgénero requieren intervenciones médicas o quirúrgicas o buscan atención en salud mental, otras no lo requieren (Margulies et al., 2021). Es por eso que los hallazgos de las investigaciones que involucran poblaciones clínicas no deben ser extrapolados a la totalidad de la población transgénero.

Tratar la enfermedad mental y los trastornos relacionados al uso de sustancias es importante, pero no debe convertirse en una barrera para la atención relativa a la transición. De hecho, estas intervenciones para abordar los trastornos de salud mental y relacionados al uso de sustancias pueden facilitar resultados exitosos en la atención relacionada con la transición, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de la persona (Nobili et al., 2018).

Todos los postulados contenidos en este capítulo son recomendaciones basadas en una revisión exhaustiva de la evidencia, y en la evaluación de los beneficios y daños, de las valoraciones y preferencias tanto de los prestadores del sistema de salud como de los pacientes y de la viabilidad y el uso de los recursos. Debemos reconocer que, en algunos casos, la evidencia es limitada y/o que los servicios pueden no estar disponibles o no ser los óptimos.

Postulados de Recomendaciones y Sugerencias

18.1- Recomendamos que los profesionales de la salud mental traten los síntomas de la salud mental que interfieren con la capacidad de una persona de brindar su consentimiento para el tratamiento de afirmación de género, antes de que se inicie dicho tratamiento.

18.2- Recomendamos que los profesionales de salud mental brinden atención y apoyo a personas transgénero y de género diverso para tratar los síntomas de salud mental que interfieran con la capacidad de la persona para participar en los cuidados peri-operatorios esenciales anteriores a la cirugía de afirmación de género.

18.3- Recomendamos que cuando existan síntomas de enfermedad mental significativos o abuso de sustancias, los profesionales de la salud mental evalúen el potencial impacto negativo que tales síntomas de salud mental pueden tener en los resultados, tomando en cuenta la naturaleza del procedimiento quirúrgico específico de afirmación de género.

18.4- Recomendamos que los profesionales de la salud evalúen la necesidad de obtener apoyo psicosocial y práctico para las personas transgénero y de género diverso que estén atravesando el periodo perioperatorio de la cirugía de afirmación de género.

18.5- Recomendamos que los profesionales de la salud brinden asesoramiento y ayuda a las personas transgénero y de género diverso para abstenerse de consumir tabaco/nicotina previo a la cirugía de afirmación de género.

18.6- Recomendamos que los profesionales de la salud continúen con el tratamiento hormonal existente cuando una persona transgénero y de género diverso requiera admisión a una unidad de internación psiquiátrica o médica, a menos que ello sea contraindicado.

18.7- Recomendamos que los profesionales de la salud se aseguren de que en el caso de que la persona transgénero o de género diverso necesite hospitalización o residir en una institución de salud mental por abuso de sustancias o atención médica, todo el personal use el nombre y pronombre correctos (tal como se los informa el paciente), y que les brinden acceso a los baños y a las habitaciones que se correspondan con la identidad de género de la persona.

18.8- Recomendamos que los profesionales de la salud mental estimulen, apoyen y empoderen a las personas transgénero y de género diverso para que desarrollen y mantengan redes de apoyo social, incluyendo pares, amigos y familias.

18.9- Recomendamos a los profesionales de la salud no hacer obligatorio que las personas transgénero y de género diverso realicen psicoterapia antes de iniciar el tratamiento de afirmación de género, aunque reconocemos que la psicoterapia puede ser de ayuda para algunas personas transgénero y de género diverso.

18.10- Recomendamos que no se ofrezca terapia “reparativa” y “de conversión” para tratar el cambio de identidad de género de una persona y la expresión de género vivida para hacerla más congruente con el sexo asignado al nacer.

Postulado 18.1

Recomendamos que los profesionales de la salud mental traten los síntomas de la salud mental que interfieren con la capacidad de una persona de brindar su consentimiento para el tratamiento de afirmación de género, antes de que se inicie dicho tratamiento.

Dado que generalmente se asume que los pacientes están en condiciones de brindar consentimiento para la atención médica, debe examinarse individualmente al paciente para determinar si existen impedimentos cognitivos, psicosis u otras enfermedades mentales que le impidan brindar su consentimiento informado (Applebaum, 2007). El consentimiento informado es primordial para la atención de la salud. El prestador de salud debe informar al paciente acerca de los riesgos, beneficios y alternativas de las intervenciones que le proponen de modo tal que pueda elegir en forma voluntaria e informada

(Berg et al., 2001). Tanto el prestador de atención primaria como el endocrinólogo que recete hormonas y el cirujano que realice la cirugía deben obtener el consentimiento informado. En forma similar, los PSM deben obtener el consentimiento informado para realizar los tratamientos en salud mental y pueden requerir una consulta para determinar la capacidad del paciente de otorgar un consentimiento informado cuando esta capacidad está cuestionada. Las enfermedades psiquiátricas y los trastornos relacionados al uso de sustancias, en particular el deterioro cognitivo y la psicosis, pueden comprometer la capacidad de la persona para comprender los riesgos y beneficios del tratamiento (Hostiuc et al., 2018). Por el contrario, un paciente puede presentar enfermedad mental significativa y aún así ser capaz de comprender los riesgos y beneficios de un tratamiento en particular (Carpenter et al., 2000). La

comunicación multidisciplinaria es importante en casos difíciles y puede recurrirse a la consulta con expertos si fuera necesario (Karasic & Fraser, 2018). En el caso de muchos pacientes, la dificultad para comprender los riesgos y beneficios de un tratamiento particular puede superarse con tiempo y explicaciones detalladas. En otros casos, tratar la condición subyacente que interfiere con la capacidad de brindar su consentimiento informado -por ejemplo, tratar una psicosis subyacente-, les permitirá recuperar la capacidad de consentimiento requerida para el tratamiento solicitado. No obstante, los síntomas de salud mental tales como la ansiedad o la depresión que no afectan la capacidad de dar consentimiento no deberían constituir una barrera que impida el tratamiento médico de afirmación de género, en especial porque se ha descubierto que este tratamiento reduce la sintomatología de salud mental (Aldridge et al., 2020).

Postulado 18.2

Recomendamos que los profesionales de salud mental brinden atención y apoyo a personas transgénero y de género diverso para tratar los síntomas de salud mental que interfieran con la capacidad de la persona para participar en los cuidados peri-operatorios esenciales anteriores a la cirugía de afirmación de género.

La incapacidad para participar adecuadamente en el cuidado perioperatorio debido a enfermedad mental o trastornos relacionados al uso de sustancias no debería considerarse un obstáculo que impida la atención de transición necesaria, pero debe considerarse como una indicación para brindar atención de salud mental y apoyo social (Karasic, 2020). Los trastornos de salud mental y relacionados al uso de sustancias pueden comprometer la capacidad de un paciente de participar de los cuidados peri-operatorios (Barnhill, 2014). Consultas con prestadores de salud, cuidado de las incisiones y otros procedimientos de cuidados posteriores a la cirugía (por ejemplo, la dilatación luego de una vaginoplastia) pueden ser necesarios para obtener buenos resultados. Una persona que

presente trastornos relacionados al uso de sustancias puede tener dificultad para respetar los turnos de consulta con el prestador de atención primaria y el cirujano. Un paciente que sufre psicosis o depresión severa puede restarle importancia a su herida o no prestarle atención a una infección o a los signos de dehiscencia (Lee, Marsh et al., 2016).

La enfermedad mental activa está asociada a una mayor necesidad de atención médica y quirúrgica aguda adicional luego de la intervención quirúrgica inicial (Wimalawansa et al., 2014). En estos casos, el tratamiento de la enfermedad mental o del trastorno relacionado al uso de sustancias puede contribuir a alcanzar resultados satisfactorios. También se puede recurrir a obtener más apoyo de la familia y amigos del paciente o de un empleado del centro de salud para que el paciente pueda participar adecuadamente en los cuidados perioperatorios para poder realizar la cirugía. Los beneficios de los tratamientos de salud mental que puedan demorar la cirugía deben ser sopesados contra los riesgos que implica la demora y se debe incluir una evaluación sobre el impacto que estas demoras pueden ocasionar en la salud mental del paciente que busca tratar su disforia de género (Byne et al., 2018).

Postulado 18.3

Recomendamos que cuando existan síntomas de enfermedad mental significativos o abuso de sustancias, los profesionales de la salud mental evalúen el potencial impacto negativo que tales síntomas de salud mental pueden tener en los resultados, tomando en cuenta la naturaleza del procedimiento quirúrgico específico de afirmación de género.

Los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género varían según el impacto que ocasionan en los pacientes. Algunos procedimientos requieren una mayor habilidad para seguir la planificación previa a la operación como también el compromiso con los cuidados peri y post quirúrgicos para alcanzar los mejores resultados (Tollinche et al., 2018). Los síntomas de salud mental pueden influir en la capacidad de un

paciente de participar en la planificación y los cuidados perioperatorios necesarios en todo procedimiento quirúrgico (Paredes et al., 2020). La evaluación de salud mental puede brindar una oportunidad para desarrollar estrategias para abordar el potencial impacto negativo que los síntomas de salud mental puedan tener en los resultados y planificar el apoyo para que el paciente pueda participar en la planificación y los cuidados. Los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género han demostrado aliviar los síntomas de disforia de género y mejorar la salud mental (Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2017). Estos beneficios superan los riesgos que implica cada procedimiento cuando el paciente y el prestador están en el proceso de decisión sobre si proceder al tratamiento. Los PS pueden asistir a las personas TGD en la revisión de la preplanificación y las instrucciones para los cuidados preoperatorios que requiere cada procedimiento quirúrgico (Karasic, 2020). El prestador y el paciente, en forma conjunta, pueden determinar qué apoyos o recursos son necesarios para ayudarlos a respetar los turnos médicos para los cuidados perioperatorios, a obtener los suministros necesarios, a atender cuestiones financieras y a manejar la coordinación y planificación de otras cuestiones preoperatorias. Además, pueden explorarse asuntos relativos a las expectativas con respecto a la apariencia y a la funcionalidad, incluso el impacto de estos factores varios sobre la disforia de género.

Postulado 18.4

Recomendamos que los profesionales de la salud evalúen la necesidad de obtener apoyo psicosocial y práctico para las personas transgénero y de género diverso que estén atravesando el periodo perioperatorio de la cirugía de afirmación de género.

Todos los profesionales de la salud, sin importar su especialidad, tienen la responsabilidad de contribuir a que los pacientes puedan tener acceso a intervenciones médicamente necesarias. Cuando los PS trabajan con personas TGD en su preparación para

procedimientos quirúrgicos de afirmación de género, deben evaluar los niveles de apoyo psicológico y práctico necesarios (Deutsch, 2016b). La evaluación es el primer paso para reconocer cuándo podría necesitarse apoyo adicional y para aumentar la habilidad de trabajo colaborativo con la persona para que logre navegar los periodos pre, peri y post quirúrgicos (Tollinche et al., 2018). Durante el periodo perioperatorio, es importante colaborar con los pacientes para que optimicen su funcionamiento, asegurarles una vivienda estable si fuera posible, ayudarles a construir apoyo familiar y social y, evaluando la situación única por la que atraviesan, planificar formas de responder a las complicaciones médicas, navegar el impacto potencial sobre el trabajo/los ingresos, y a superar otras dificultades adicionales que algunos pacientes puedan enfrentar, tales como afrontar la electrólisis y la cesación tabáquica (Berli et al., 2017). En un sistema médico complejo, no todos los pacientes podrán navegar por sí solos los procedimientos de cuidado requeridos, y los PS y sus navegadores pares pueden brindarles ayuda a lo largo de este proceso (Deutsch, 2016a).

Postulado 18.5

Recomendamos que los profesionales de la salud brinden asesoramiento y ayuda a las personas transgénero y de género diverso para abstenerse de consumir tabaco/nicotina previo a la cirugía de afirmación de género.

Las poblaciones transgénero presentan tasas más altas de uso de tabaco y nicotina (Kidd et al., 2018). Sin embargo, muchos desconocen los bien documentados riesgos de salud asociados al cigarrillo (Bryant et al., 2014). El consumo de tabaco aumenta el riesgo de desarrollar problemas de salud (como, por ejemplo, trombosis) en personas que realizan tratamiento hormonal de afirmación de género, en especial cuando se administran estrógenos (Chipkin & Kim, 2017).

El uso de tabaco está asociado con peores resultados en las cirugías plásticas, incluso con complicaciones generales, necrosis de tejidos y necesidad de reintervención quirúrgica (Coon

et al., 2013). El uso de tabaco también aumenta el riesgo de infección postoperatoria (Kaoutzanis et al., 2019). Se ha demostrado que el tabaco afecta el proceso de curación luego de una cirugía, incluso de las cirugías relacionadas al género (por ejemplo, cirugía de reconstrucción de tórax, cirugía genital) (Pluvy, Garrido et al., 2015). Las personas que usan tabaco presentan un riesgo más alto de necrosis cutánea, demora en la curación de la herida quirúrgica y problemas de escaras debido a la hipoxia y a la isquemia de los tejidos (Pluvy, Panouilleres et al., 2015). Debido a esto, los cirujanos recomiendan suspender el uso de tabaco/nicotina antes de someterse a la cirugía de afirmación de género y abstenerse de fumar durante varias semanas luego de la operación, hasta que la herida se haya curado completamente (Matei & Danino, 2015). A pesar de los riesgos, dejar de fumar puede ser difícil. El tabaco y la nicotina son adictivos y también se utilizan como un mecanismo de afrontamiento (Matei et al., 2015). Los PS que atienden pacientes habitualmente antes de la cirugía, incluso los prestadores de salud mental y de atención primaria, deben abordar el uso del tabaco/la nicotina con las personas que atienden y ayudarlos para que se integren a programas de cesación tabáquica o directamente darles un tratamiento (por ejemplo, con vareniclina o bupropion).

Postulado 18.6

Recomendamos que los profesionales de la salud continúen con el tratamiento hormonal existente cuando una persona transgénero y de género diverso requiera admisión a una unidad de internación psiquiátrica o médica, a menos que ello sea contraindicado.

Las personas TGD que ingresan a una unidad psiquiátrica, a tratamientos relacionados al uso de sustancias, o a una unidad médica, deben continuar con los regímenes hormonales vigentes. No existe evidencia que apoye discontinuar la administración de hormonas como procedimiento de rutina antes de la admisión médica o psiquiátrica. No es habitual que un paciente recientemente admitido sea

diagnosticado con una complicación médica que necesite la suspensión del tratamiento hormonal, por ejemplo, en el caso de una trombosis venosa aguda (Deutsch, 2016a). No existe evidencia fuerte que indique como rutina suspender el tratamiento hormonal antes de una cirugía, por lo que los riesgos y beneficios deben ser evaluados para cada paciente individual antes de hacerlo (Boskey et al., 2018).

Se ha demostrado que el tratamiento hormonal mejora la calidad de vida y disminuye la depresión y la ansiedad (Aldridge et al., 2020; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018, Rowniak et al., 2019). El acceso a intervenciones médicas de afirmación de género está asociado a una reducción sustancial del riesgo de intento de suicidios (Bauer et al., 2015). Suspender las hormonas que se han recetado al paciente en forma regular le niega estos efectos saludables, por lo que puede resultar contraproducente a los objetivos de la hospitalización.

Algunos prestadores de salud pueden no ser conscientes del bajo riesgo de daño y el alto potencial de beneficio de continuar con el tratamiento relacionado a la transición durante la internación. Un estudio realizado por las Facultades de Medicina de los Estados Unidos y de Canadá reveló que los estudiantes recibieron un promedio de 5 horas de contenido relacionado a temas LGBT durante los 4 años de duración de su programa de estudio (Obedin-Maliver et al., 2011). Según una encuesta realizada a los médicos que trabajan en medicina de emergencias, quienes por lo general son los responsables de tomar decisiones rápidas sobre medicamentos cuando los pacientes son admitidos, el 88% reportó haber brindado atención a pacientes transgénero, pero sólo el 17.5% había recibido entrenamiento formal acerca de esta población (Chisolm-Straker et al., 2018). A medida que aumente la formación en temas transgénero, más prestadores serán conscientes de la importancia de mantener a los pacientes transgénero bajo sus regímenes hormonales durante la hospitalización.

Postulado 18.7

Recomendamos que los profesionales de la salud se aseguren de que en el caso de que la persona transgénero o de género diverso necesite hospitalización o residir en una institución de salud mental por abuso de sustancias o atención médica, todo el personal use el nombre y pronombre correctos (tal como se los informa el paciente), y que les brinden acceso a los baños y a las habitaciones que se correspondan con la identidad de género de la persona.

Muchos pacientes TGD se enfrentan a discriminación en un amplio rango de entornos de salud, que incluye hospitales, espacios para el tratamiento de la salud mental y programas de tratamiento de drogas (Grant et al., 2011). Cuando los sistemas de salud no logran incorporar a las personas TGD, se produce un refuerzo de la exclusión social de larga data que muchas personas han sufrido (Karasic, 2016). Las experiencias de discriminación en entornos de salud llevan a evitar la atención médica necesaria por anticipación de la discriminación (Kcomt et al., 2020).

La experiencia de discriminación vivida por las personas TGD constituye un factor predictivo de la ideación suicida (Rood et al., 2015; Williams et al., 2021). El estrés de las minorías de género asociado al rechazo y la no afirmación también tiene su correlato con la suicidabilidad (Testa et al., 2017). Denegar acceso a los baños apropiados para el género se ha asociado con una tasa de suicidios aumentada (Seelman, 2016). Por el contrario, el uso de los nombres elegidos por las personas TGD se ha asociado a una menor tasa de depresión y suicidio (Russell et al., 2018). La transfobia estructural, como así también la internalizada, deben abordarse para reducir la incidencia de intentos de suicidio en personas TGD (Brumer et al., 2015). Para brindar una atención exitosa, los servicios de salud deben minimizar el daño ocasionado a los pacientes debido a la transfobia, respetando e incluyendo las identidades TGD.

Postulado 18.8

Recomendamos que los profesionales de la salud mental estimulen, apoyen y empoderen a las personas transgénero y de género diverso para que desarrollen y mantengan redes de apoyo social, incluyendo pares, amigos y familias.

Si bien el estrés de las minorías y los efectos directos de la discriminación social pueden dañar la salud mental de las personas TGD, una red de apoyo social fuerte puede contribuir a disminuir este daño (Trujillo et al., 2017). Los niños TGD suelen internalizar el rechazo de la familia y de sus pares, como también la transfobia que los rodea (Amodeo et al., 2015). Además, la exposición al abuso transfóbico puede tener un impacto a lo largo de la vida de una persona, lo que puede resultar particularmente agudo durante los años de la adolescencia (Nuttbrock et al., 2010).

Desarrollar redes de apoyo social afirmativas es protector de la salud mental. El apoyo social puede actuar como un moderador de las consecuencias adversas sobre la salud mental de la violencia, el estigma y la discriminación (Bockting et al., 2013), puede ayudar a la persona a navegar los sistemas de salud (Jackson Levin et al., 2020), y puede contribuir a generar resiliencia psicológica en personas TGD (Bariola et al., 2015; Başar and Öz, 2016). Diversas fuentes de apoyo social, en especial de pares LGBTQ+ y familiares, se han asociado a mejores resultados en salud mental, bienestar y calidad de vida (Bariola et al., 2015; Başar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019). Se ha propuesto que el apoyo social facilita el desarrollo de mecanismos de afrontamiento y conduce a experiencias emocionales positivas a lo largo del proceso de transición (Budge et al., 2013). Los PS pueden acompañar a sus pacientes en el desarrollo de redes de apoyo social que les permita ser reconocidos y aceptados por su identidad auténtica y ayudarles a enfrentar los síntomas de la disforia de género. Los problemas interpersonales y la falta de apoyo social se han asociado a una mayor incidencia de dificultades

en salud mental en personas TGD (Bouman, Davey et al., 2016; Davey et al., 2015) y se ha demostrado que los mismos constituyen un predictor de los resultados del tratamiento médico de afirmación de género (Aldridge et al., 2020).

Por lo tanto, los PS deben alentar, apoyar y empoderar a las personas TGD para que desarrollen y mantengan redes de apoyo social. Estas experiencias pueden incentivar el desarrollo de habilidades interpersonales y contribuir a afrontar la discriminación social, a reducir potencialmente la suicidabilidad y a mejorar la salud mental (Pflum et al., 2015).

Postulado 18.9

Recomendamos a los profesionales de la salud no hacer obligatorio que las personas transgénero y de género diverso realicen psicoterapia antes de iniciar el tratamiento de afirmación de género, aunque reconocemos que la psicoterapia puede ser de ayuda para algunas personas transgénero y de género diverso.

La psicoterapia tiene una larga historia de uso en el trabajo clínico con personas TGD (Fraser, 2009b). Los objetivos, requisitos, métodos y principios de la psicoterapia han sido un componente en constante evolución en los Estándares de Atención desde sus versiones iniciales (Fraser, 2009a). En la actualidad, puede buscarse asistencia psicoterapéutica y consejería para personas adultas TGD a fin de tratar preocupaciones psicológicas comunes relacionadas al afrontamiento de la disforia de género; y también puede ser útil para algunas personas en el proceso de salida del closet (Hunt, 2014). Las intervenciones psicológicas, incluyendo la psicoterapia, ofrecen herramientas efectivas y brindan un contexto para la persona, como explorar la identidad de género y su expresión, aumentando la auto-aceptación y esperanza, y mejorando la resiliencia en entornos hostiles y no habilitantes (Matsuno and Israel, 2018). La psicoterapia constituye un abordaje terapéutico alternativo establecido para tratar síntomas de salud mental que pueden aparecer durante la evaluación inicial o más adelante,

durante el seguimiento de intervenciones médicas de afirmación de género. Las investigaciones recientes demuestran que, aunque los síntomas de salud mental se reducen luego del tratamiento médico de afirmación de género, los niveles de ansiedad permanecen altos (Aldridge et al., 2020) lo que sugiere que la terapia psicológica puede jugar un rol importante en ayudar a personas que sufren síntomas de ansiedad luego del tratamiento de afirmación de género.

En años recientes, se han reportado los usos y beneficios potenciales de modalidades psicoterapéuticas específicas (Austin et al., 2017; Budge, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015). Se han propuesto modelos específicos de psicoterapia para personas adultas transgénero y no binarias (Matsuno & Israel, 2018). Sin embargo, se necesitan más datos empíricos sobre los beneficios comparativos de diferentes modelos psicoterapéuticos (Catelan et al., 2017). La psicoterapia puede ser vivida por las personas transgénero como una experiencia temida o como una experiencia beneficiosa (Applegarth & Nuttall, 2016), y presenta un desafío para los terapeutas y la formación de una alianza terapéutica cuando se les asocia con ser un control del acceso de las intervenciones médicas (Budge, 2015).

La experiencia sugiere que muchas personas transgénero y no binarias deciden realizar tratamientos médicos de afirmación de género con poca o nula experiencia en psicoterapia (Spanos et al., 2021). Aunque varias modalidades de psicoterapia pueden ser beneficiosas por diferentes razones, antes, durante, y luego de los tratamientos médicos de afirmación de género y se han reportado diferentes tasas de deseo de acceder a psicoterapia durante las diferentes etapas de la transición (Mayer et al., 2019), no se ha demostrado que la psicoterapia como requisito para iniciar los procedimientos médicos de afirmación de género sea beneficiosa, sino que puede constituir una dañina barrera de acceso a las intervenciones para aquellos que no necesitan

este tipo de tratamiento o no pueden acceder al mismo.

Postulado 18.10

Recomendamos que no se ofrezca terapia “reparativa” y “de conversión” para tratar el cambio de identidad de género de una persona y la expresión de género vivida para hacerla más congruente con el sexo asignado al nacer.

El uso de terapias “reparativas” o “de conversión” o los esfuerzos de “cambio” de identidad de género no es aceptado por las más importantes organizaciones médicas y de salud mental en todo el mundo, incluyendo la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Organización Panamericana para la Salud, la Asociación Psiquiátrica Americana, la Asociación Americana de Psicología, el Colegio Real de Psiquiatras, y la Sociedad Británica de Psicología. Muchos estados en los Estados Unidos han prohibido las terapias de conversión en menores. Esfuerzos a fin de lograr el cambio de identidad de género se refiere a intervenciones hechas por PSM u otros agentes que pretenden cambiar la identidad o expresión de género para alinearla a aquellas típicamente asociadas al sexo asignado al nacer de la persona (Asociación Americana de Psicología, 2021).

Quienes están a favor de la “terapia de conversión” han sugerido que podría potencialmente permitir a la persona adaptarse mejor al mundo social al que pertenece. También destacan que algunas personas consultan específicamente solicitando ayuda para cambiar sus identidades o expresiones de género y que los terapeutas deberían estar autorizados para ayudar a sus pacientes a lograr sus objetivos. Sin embargo, no hay evidencia de que la “terapia de conversión” sea efectiva (APA, 2009; Przeworski et al., 2020). Además, presenta numerosos peligros potenciales. En estudios retrospectivos, haberse sometido a terapia de conversión se asocia a niveles más altos de depresión, abuso de sustancias, pensamientos suicidas e intentos de suicidio, como también a alcanzar un nivel educativo más bajo y a un ingreso semanal menor (Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). En el año 2021, la Asociación Americana de Psicología estableció en sus resoluciones que “la evidencia científica y la experiencia clínica indican que los esfuerzos para cambiar la identidad de género implican un riesgo de daño significativo para las personas” (APA, 2021).

Si bien existen barreras para poner fin a los esfuerzos de “cambio” de identidad de género, la educación sobre la falta de beneficios y daño potencial de estas prácticas puede conducir a que existan menos prestadores que ofrezcan “terapia de conversión” y menos personas y familias que elijan esta opción.

Agradecimientos

Karen A. Robinson, Profesor de Medicina en Johns Hopkins University y Director de School's Evidence-based Practice Center y su equipo, por hacer todas las revisiones sistemáticas y por su colaboración en el desarrollo de las recomendaciones que constituyen el sostén de los SOC-8.

Consideraciones éticas: Carol Bayley, Simona Giordano, y Sharon Sytsma.

Perspectiva legal: Jennifer Levi y Phil Duran.

Referencistas: Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne.

Editores: Margueritte White, Jun Xia.

Apoyo administrativo: Blaine Vella, Taylor O'Sullivan y Jamie Hicks.

Por último, quisiéramos agradecer a todos los participantes que brindaron sus comentarios durante el período de comentarios públicos, y a GATE (Acción Global para la Equidad Trans), la Fundación para la Red Transgénero de Asia Pacífico (APTN), la Asociación Internacional de Lesbianas, Gay, Bisexual, Trans e Intersex (ILGA), y Europa Transgénero (TGEU) por su devolución colaboradora y constructiva sobre una versión anterior a la SOC-8.

Conflicto de Intereses

El conflicto de interés se revisó al momento del proceso de selección de los miembros del comité y al finalizar el proceso, antes de la publicación. No existen conflictos de interés que se consideren significativos o consecuenciales.

Aprobación ética

Este manuscrito no contiene estudio alguno en humanos realizado por ninguno de los autores.

Financiamiento

Este proyecto fue financiado en parte por un subsidio otorgado por la Fundación Tawani. La mayor parte de los gastos se asignaron al pago del trabajo realizado en base a evidencia en el Centro de Práctica de la Universidad Johns Hopkins. Los editores y referencistas percibieron aranceles nominales. Los miembros del comité no recibieron pagos por sus contribuciones. Algunos gastos de viajes de los presidentes del comité fueron cubiertos por la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH). Los gastos de personal de la WPATH y otros gastos internos fueron cubiertos por el presupuesto de la Asociación.

REFERENCIAS

- Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 65S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e>
- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020(1). <https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2>
- ACON. (2022). Sexual Health - Parts and Practices. <https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health>
- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health research and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health*, 2(1), 165-175. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>
- Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(10), 2155-2161. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01558-y>
- Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology*, 124, 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005>
- Adelson, S. L., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) (2012). 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(9), 957-974. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>
- Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., & Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(5), 651-657. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.01.003>
- Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 18(10), 1192-1206. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1177203>
- Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., & Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation and body modification among transgender persons in Colombia. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 103-115. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075930>
- Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., & Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journal of Prisoner health*, 13(1), 41-48. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1108/IJPH-08-2016-0040>
- Ahmad, S., & Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. *Transgender Health*, 2(1), 176-179. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0023>
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One*, 13(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>
- Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*, 19(7), 1019-1024. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9668-7>

- Aires, M. M., de Vasconcelos, D., & Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 394–402. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848690>
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C., & Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority youth with the intrauterine system. *The Journal of Adolescent Health*, 65(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.010>
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272–2283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005>
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 00; 1–9. <https://doi.org/10.1111/andr.12884>
- Aldridge, Z., Thorne, N., Marshall, E., English, C., Yip, A. K. T., Nixon, E., Witcomb, G. L., Bouman, W. P., & Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people “later” in transition: A qualitative study. *Quality of Life Research*, <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03134-x>
- Alexander, T. (1997). *The Medical Management of Intersexed Children: An Analogue for Childhood Sexual Abuse*. Intersex Society of North America. <https://isna.org/articles/analogue/>
- Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., & Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. *Urology*, 136, e48–e50. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.021>
- Allen, L. M., Hay, M., & Palermo, C. (2021). Evaluation in health professions education - is measuring outcomes enough? *Medical Education*, 56(1), 127–136. <https://doi.org/10.1111/medu.14654>
- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302–311. <https://doi.org.uk/10.1037/cpp0000288>
- Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I., & Murad, M. H. (2018). Genital reconstructive surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4089–4096. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01863>
- Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery*, 156(7), 611–618. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952>
- Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D., & Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews*, 97(1), 135–187. <https://doi.org/10.1152/physrev.00033.2015>
- Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Grift, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Haseh, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1849–1859. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027>
- Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. *International Journal of*

- Oral and Maxillofacial Surgery, 41(8), 885-894. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.04.024>.
- Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005597 <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). Conversion Therapy Policy Statement. https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology*, 137, e75. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004294>
- American Medical Association. (2016). Definitions of "Screening" and "Medical Necessity" H-320.953. Council on Medical Service. <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-320.953>
- American Medical Association. (2021). Ethics: Informed consent. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257>
- American Psychological Association, Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. <http://www.apa.org/pi/lgbcc/publications/therapeutic-resp.html>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association. (2021). APA guidelines for psychological assessment and evaluation. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- American Psychological Association. (2021). APA Resolution on Gender Identity Change Efforts. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). Pediatric Decision Making and Differences of Sex Development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement - American Urological Association. (n.d.). <https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd>
- Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online*, 41(3), p. 546-554. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003>
- Amnesty International. (2020). Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers. <https://www.amnesty.org.uk/press->

- releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers
- Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1022680>
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology*, 36(1), 6–12. <https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153>
- Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. *Journal of Voice*, 28(6), 816–821. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002>
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 208–214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior*, 109019812096550. <https://doi.org/10.1177/1090198120965504>
- Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. *Clinical Endocrinology*, 94(5), 743–752. <https://doi.org/10.1111/cen.14329>
- Ansara, Y.G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3, 137–160. <https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>
- Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, 4(11), 1–11. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa119>
- Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). “I Use All the Parts I’m Given”: A qualitative investigation of trans masculine and nonbinary individuals’ use of body during sex. *International Journal of Sexual Health*, 33(1), 58–75. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300>
- Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients’ competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834–1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>
- Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 66–72. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540>
- APTAN & UNDP. (2012). *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/lost-in-transition-transgender-people-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/>
- APTAN. (2020a). *Conversion therapy practices*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf
- APTAN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf
- APTAN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf
- APTAN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2021-India_28Dec.pdf

- content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf
- APTN. (2022). Towards Transformative Healthcare: Asia Pacific Trans Health and Rights Module. Bangkok: Asia-Pacific Transgender Network
<https://weareaptn.org/resource/towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans-health-and-rights-module/>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807-815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>.
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 402-412. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>
- Arístegui, I., Radusky, P., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz, J., & Sued, O. (2017). Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 446-456. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2017.1314796>
- Armuan, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men's experiences of fertility preservation: A qualitative study. *Human Reproduction*, 32(2), 383-390. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew323>
- Armuan, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: A qualitative study. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1177/2633494120911036>
- Armuan, G. M., Nilsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Malmros, J., Arvidson, J., Lampic, C., & Wettergren, L. (2017). Physicians' self-reported practice behaviour regarding fertility-related discussions in paediatric oncology in Sweden. *Psychooncology*, 26(10), 1684-1690. <https://doi.org/10.1002/pon.4507>
- Armuan, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*, 22(10), 2805-2812. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2279-z>
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596-e646. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000678>
- Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01691-5>
- Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480-482. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>
- Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, 17(4), 361-383. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610>
- Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. *The American Journal of Bioethics*, 19, 87-89. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557277>
- Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine*,

- 16(6), 948-949. <https://doi.org/pii/S1743609519307301>
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 24(2), 223-236. <https://doi.org/10.1177/1359104519836462>
- Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., & Gooren, L. J. (2014). Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia*, 46(7), 791-795. <https://doi.org/10.1111/and.12150>
- Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. *Translation and Interpreting Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/https://doi.org/10.1075/tis.21001.att>
- Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerame, B. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S., & Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of comprehensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/275213>
- Aucoin, M. W., & Wassersug, R. J. (2006). The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3162-3173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007>
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), p. 757-767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders. <https://www.sageusa.org/resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older-adults/> accessed 3/14/2022
- Aurat Foundation. (2016). Silent no more: transgender community in Pakistan: research study. <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf>
- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 825-841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>
- Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141-156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>
- Austin, A., Craig, S. L., & McInroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. *Journal of Social Work Education*, 52(3), 297-310. <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174637>
- Australian Psychological Society. (2021). Use of psychological practices that attempt to change or suppress a person's sexual orientation or gender. Australian Psychological Society position statement. https://psychology.org.au/getmedia/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf
- Avila, J. T., Golden, N. H., & Aye, T. (2019). Eating disorder screening in transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 65(6), 815-817. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.06.011>
- Azagba, S., Latham, K., & Shan, L. (2019). Cigarette, smokeless tobacco, and alcohol use among transgender adults in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 73, 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.024>

- Azul, D. (2015). Transmasculine people's vocal situations: A critical review of gender-related discourses and empirical data. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(1), 31–47. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12121>
- Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculine people's vocal situations: Insights from a qualitative content analysis of interview transcripts. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), 672–684. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12239>
- Azul, D., Arnold, A., & Neuschaefer-Rube, C. (2018). Do transmasculine speakers present with gender-related voice problems? Insights from a participant-centered mixed-methods study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(1), 25–39. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0410
- Azul, D., & Hancock, A. B. (2020). Who or what has the capacity to influence voice production? Development of a transdisciplinary theoretical approach to clinical practice addressing voice and the communication of speaker socio-cultural positioning. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(5), 559–570. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1709544>
- Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U., & Dhejne, C. (2022). Supporting well-being in gender diverse people: A tutorial for implementing conceptual and practical shifts towards culturally-responsive, person-centered care in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Advance online publication. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00322
- Azul, D., & Neuschaefer-Rube, C. (2019). Voice function in gender-diverse people assigned female at birth: Results from a participant-centered mixed-methods study and implications for clinical practice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(9), 3320–3338. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0063
- Azul, D., Nygren, U., Södersten, M., & Neuschaefer-Rube, C. (2017). Transmasculine people's voice function: A review of the currently available evidence. *Journal of Voice*, 31(2), 261.e9–261.e23. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.05.005>
- Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*, 17(1), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.11.017>
- Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K., & Smith, R. O. (2021). Pharmacotherapy considerations in transgender individuals living with human immunodeficiency virus. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 41(3), 299–314. <https://doi.org/10.1002/phar.2499>
- Baker, K. (2013). Transforming health: International rights-based advocacy for trans health. New York. Retrieved from <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/transforming-health>
- Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4), bvab011, <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>
- Bakko, M., & Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(1), 67–81. <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1632681>
- Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammo- plasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 53(1), 42–050. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427>
- Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>

- Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43(2), 113–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x>
- Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics*, 91(6), 357–372. <https://doi.org/10.1159/000501336>
- Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): part 4/5. Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.02.011>
- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(6), 694–716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>
- Baratz, A. B., Sharp, M. K., & Sandberg, D. E. (2014). Disorders of sex development peer support. *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, 27, 99–112. <https://doi.org/10.1159/000363634>
- Barker, H., & Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108–2116. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302763>
- Wylie, K. (2008). Are the criteria for the ‘real-life experience’ (RLE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? *International Journal of Transgenderism*, 10(3–4), 121–131. <https://doi.org/10.1080/15532730802297314>
- Barnhill, J. W. (2014). Perioperative Care of the Patient with Psychiatric Disease. In C.R. MacKenzie, C.N. Cornell, & D.G. Memtsoudis (Eds.), *Perioperative Care of the Orthopedic Patient* (pp. 197–205). Springer.
- Barrow, K., & Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Bartels, L., & Lynch, S. (2017). Transgender prisoners in Australia: An examination of the issues, law and policy. *Flinders Law Journal*, 19(2), 185–231. <http://classic.austlii.edu.au/au/journals/FlinLawJl/2017/8.pdf>
- Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians’ experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health and Sexuality*, 22(2), 129–145. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388>
- Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30(1), 58–71. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1845223>
- Başar, K., & Öz, G. (2016). Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 225–234.
- Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.071>
- Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play in the les-bi-trans-queer BDSM

- communities. *Sexualities*, 21(1-2), 139-155. <https://doi.org/10.1177/1363460716676987>
- Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Association in Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "Rapid-Onset Gender Dysphoria"? *The Journal of Pediatrics*, 243, 224-227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>
- Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfacon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, 148(5), e2020047266. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713-720. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15, 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>
- Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health*, 5(2), 121-130. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th Ed.). Oxford University Press.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006-2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1-e8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>
- Beck, A. J. (2014). Sexual Victimization in Prisons and Jails Reported by Inmates, 2011-12. PREA Data Collection Activities
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2335-2347. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1278-4>
- Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1755-1767. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International*

- Review of Psychiatry 28(1), 5–12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>
- Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2201–2205. <https://doi.org/doi:10.1111/jsm.13033>
- Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. *Gland Surgery*, 9(3), 788–796. <https://doi.org/10.21037/gs.2020.03.18>
- Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3), 175–181. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1572>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>
- Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International*, 2018, 4840531. <https://doi.org/10.1155/2018/4840531>
- Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, 19(4), 225–231. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003>
- Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6>
- Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A., & Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device in transgender male adolescents. *Contraception*, 98(1), 74–75. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010>
- Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1244–1247. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12997>
- Berenbaum, S., Beltz, A., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, 48, 53–92. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002>
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice* (2nd ed.) Oxford University Press.
- Berg, D & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp.101-124). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408–1417. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216>
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery*, 152(4), 394–400. <https://doi.org/jamasurg.2016.5549>
- Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B., & Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery*, 147(5), 801e–811e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007898>
- Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A., & Hiort, O. (2018). Evaluation of DSD training schools organized by cost action BM1303 “DSDnet.”

- Orphanet Journal of Rare Diseases, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3>
- Bertelloni, S., & Mul, D. (2008). Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men. *Asian Journal of Andrology*, 10(4), 525–534. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7262.2008.00409.x>
- Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European Journal of Pediatrics*, 159(5), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s004310051289>
- Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V., & Bouscarat, F. (2019). Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine*, 98(4), e14143. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014143>
- Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Drai, D., & Casanova, D. (2017). Female-to-male transgender chest reconstruction: A retrospective study of patient satisfaction. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 62(4), 303–307. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.05.005>
- Bhattacharya, S., & Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India. *Social Science and Medicine*, 265, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412>
- Biedermann, S. V., Asmuth, J., Schröder, J., Briken, P., Auer, M. K., & Fuss, J. (2021). Childhood adversities are common among trans people and associated with adult depression and suicidality. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 318–324. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.016>
- Bienz, M., & Saad, F. (2015). Androgen-deprivation therapy and bone loss in prostate cancer patients: A clinical review. *BoneKey Reports*, 4, 716. <https://doi.org/10.1038/bonekey.2015.85>
- Bisbey, T. M., Reyes, D. L., Traylor, A. M., & Salas, E. (2019). Teams of psychologists helping teams: The evolution of the science of team training. *American Psychologist*, 74(3), 278–289. <https://doi.org/10.1037/amp0000419>
- Bishop, A. (2019). Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy. *Outright Action International*. https://outrightinternational.org/sites/default/files/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf
- Biskey, E. R., Johnson, J. A., Harrison, C., Marron, J. M., Abecassis, L., Scobie-Carroll, A., Willard, J., Diamond, D. A., Taghnia, A. H., & Ganor, O. (2019). Ethical issues considered when establishing a pediatrics gender surgery center. *Pediatrics*, 143(6), e20183053. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3053>
- Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice*, 24(7), 646–651. <https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101>
- Bizic, M. R., Jeftovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V., & Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Research International*, 2018, 9652305. <https://doi.org/10.1155/2018/9652305>
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6300(200003/04)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6)
- Blecher, G. A., Christopher, N., & Ralph, D. J. (2019). Prosthetic placement after phalloplasty. *Urologic Clinics of North America*, 46(4), 591–603. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.013>
- Block, C. (2017). Making a case for transmasculine voice and communication training. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(3), 33–41. <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG3.33>
- Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M., & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 29–41L. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.197251>

- Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00098-5)
- Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27-e32. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943-951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bockting, W., & Coleman, E. (2016). Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 137-158). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Boedecker, A. L. (2011). *The transgender guidebook : keys to a successful transition*. Boedecker.
- Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 102(2), 70-82. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>
- Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer*, 67(9), e28507. <https://doi.org/10.1002/pbc.28507>
- Boskey, E. R., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Association of surgical risk with exogenous hormone use in transgender patients: A systematic review. *JAMA Surgery* 154(2), 159-169. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.4598>
- Boskey, E., Taghinia, A., & Ganor, O. (2018). Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA Journal of Ethics*, 20(11), 1067-1074. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.1067>
- Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., van Woudenberg Hamstra, L. E., Buncamper, M. E., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W., & Mullender, M. G. (2016). Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *Journal of Sexual Medicine*, 13(9), 1438-1444. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.009>
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16-26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>
- Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 359-375. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1184754>
- Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Duisin, D., Estiva, I., Fisher, A., Harte, F., Khoury, B., Lu, Z., Marais, A., Mattila, A., Nayarana, R. D., Nieder, T.O., Robles-Garcia, R., Roque Guerra, A., Tereshkevich, D., T'Sjoen, G., & Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two signatures for genital reconstructive surgery ethical? *Sex and Relationship Therapy*, 29 (4), 377-389. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.954993>
- Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J., & Winter, S. (2017). Language and trans health. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127>

- Bowling, J., Baldwin, A., & Schnarrs, P. W. (2019). Influences of health care access on resilience building among transgender and gender non-binary individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 205-217. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1595807>
- Boyd, J. (2019). Aging in place, caregiving, and long-term care for transgender adults. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlber (Eds), *Transgender and Gender Nonconforming Health and Aging* (pp. 175-190). Springer
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103 (10), 1820-1829. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>
- Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., & McGuire, J. K. (2018). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 155-168. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516>
- Brain, C. E., Creighton, S. M., Mushtaq, I., Carmichael, P. A., Barnicoat, A., Honour, J. W., Larcher, V., & Achermann, J. C. (2010). Holistic management of DSD. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 335-354. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2010.01.006>
- Brandt, J. S., Patel, A. J., Marshall, I., & Bachmann, G. A. (2019). Transgender men, pregnancy, and the "new" advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas*, 128, 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.004>
- Branski, R. C., Verdolini, K., Sandulache, V., Rosen, C. A., & Hebda, P. A. (2006). Vocal fold wound healing: A review for clinicians. *Journal of Voice*, 20(3), 432-442. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.08.005>
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(9), 1537-1545. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>
- Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachankis, J. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52, 401-412. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12830>
- Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews*, 39(1), 93-107. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003>
- Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M., & Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine persons who have received testosterone. *JAMA Dermatology*, 157(3), 344-346. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5353>
- Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>
- Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 946-955. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00522.x>
- Brik, T., Vrouenraets, L., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2611-2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>
- Brik, T., Vrouenraets, L., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *Journal of Adolescent Health*, 64(5), 589-593. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008>
- Brömdal, A., Clark, K. A., Hughto, J., Debattista, J., Phillips, T. M., Mullens, A. B., Gow, J., & Daken,

- K. (2019). Whole-incarceration-setting approaches to supporting and upholding the rights and health of incarcerated transgender people. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 341–350. <https://doi.org/gate.lib.buffalo.edu/10.1080/15532739.2019.1651684>
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844–850. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.34.10.844>
- Brown, A., Lourenco, A. P., Niell, B. L., Cronin, B., Dibble, E. H., DiNome, M. L., Goel, M. S., Hansen, J., Heller, S. L., Jochelson, M. S., Karrington, B., Klein, K. A., Mehta, T. S., Newell, M. S., Schechter, L., Stuckey, A. R., Swain, M. E., Tseng, J., Tuscano, D. S., & Moy, L. (2021). ACR appropriateness criteria® transgender breast cancer screening. *Journal of the American College of Radiology*, 18(11s), S502–s515. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.09.005>
- Brown, E. & Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. In: *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds). American Psychological Association
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133–139. <https://doi.org/10.1080/15532730903008073>
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and Autopenectomy as Surgical Self-Treatment in Incarcerated Persons with Gender Identity Disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31–39. <https://doi.org/10.1080/15532731003688970>
- Brown, G. R. (2014). Qualitative analysis of transgender inmates' correspondence: Implications for departments of correction. *Journal of Correctional Health Care*, 20(4), 334–342. <https://doi.org/gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345814541533>
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. *Breast Cancer Research and Treatment*, 149(1), 191–198. <https://doi.org/10.1007/s10549-014-3213-2>
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veterans. *LGBT Health*, 2(4), 297–305. <https://doi.org/gate.lib.buffalo.edu/10.1089/lgbt.2015.0052>
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2016). Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration: A case-control study. *LGBT Health*, 3(2), p. 122–131. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058>
- Brown, G. R., & McDuffie, E. (2009). Health care policies addressing transgender inmates in prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care*, 15(4), 280–291. <https://doi.org/10.1177/1078345809340423>
- Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D., & Pring, T. (2000). Notes and discussion. Pitch change in male-to-female- transsexuals: Has phonosurgery a role to play? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(1), 129–136. <https://doi.org/10.1080/136828200247296>
- Brown, S. K., Chang, J., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Addition of Wendler glottoplasty to voice therapy improves trans female voice outcomes. *Laryngoscope*, 131(7), 1588–1593. <https://doi.org/10.1002/lary.29050>
- Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), p. 1148–1177. <https://doi.org/1080/00918369.2018.1493253>
- Bryant, L., Damarin, A. K., & Marshall, Z. (2014). Tobacco control recommendations identified by LGBT Atlantans in a community-based research project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 8(3), 259–260. <https://doi.org/10.1353/cpr.2014.0041>

- Bryson, C., & Honig, S. C. (2019). Genitourinary complications of gender-affirming surgery. *Current Urology Reports*, 20(6). <https://doi.org/10.1007/s11934-019-0894-4>.
- Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L. E., & Emery, S. (2017). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), e1-e7. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.022>
- Buckley, D. P., Dahl, K. L., Cler, G. J., & Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. *Journal of Voice*, 34(6), 903-910. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.05.003>
- Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy*, 50(3), 356-359. <https://doi.org/10.1037/a0032194>
- Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 52(3), 287-297. <https://doi.org/10.1037/pst0000034>
- Budge, S.L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 81(3), 545-557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>.
- Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, 41(4), 601-647. <https://doi.org/10.1177/0011000011432753>
- Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic.)*, 58(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/pst0000310>
- Bultynck, C., Cosyns, M., T'Sjoen, G., Van Borsel, J., & Bonte, K. (2020). Thyroplasty type III to lower the vocal pitch in trans men. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 164(1), 157-159. <https://doi.org/10.1177/0194599820937675>
- Bultynck, C., Pas, C., Defreyne, J., Cosyns, M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Self perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy. *The Laryngoscope*, 127(12), 2796-2804. <https://doi.org/10.1002/lary.26716>
- Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer, M., Kreukels, B. P., & Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine*, 12(7), 1626-1634. <https://doi.org/10.1111/jsm.12914>
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 649e-656e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003108>
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., van der Pas, R. S. D., Özer, M., Smit, J. M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2016). Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: A retrospective study of 475 transgender women. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(5), 999-1007. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000002684>
- Bungener, S. L., de Vries, A. L. C., Popma, A., & Steensma, T. D. (2020). Sexual experiences of young transgender persons during and after gender-affirmative treatment. *Pediatrics*, 146(6), e20191411. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1411>
- Bureau of Justice Assistance, United States. (2017). Prison Rape Elimination Act of 2003. U.S. G.P.O.. <https://www.prearesourcecenter.org/about/prison-rape-elimination-act>.
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non-binary trans people: a community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3). <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370>
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2021). The impact of training in

- transgender care on healthcare providers competence and confidence: A cross-sectional survey. *Healthcare*, 9(8), 967. <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/8/967>
- Burgwal, A., & Motmans, J. (2021). Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research*, 33, 679-686. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00432-9>
- Burnes, T. R., Dexter, M. M., Richmond, K., Singh, A. A., & Cherrington, A. (2016). The experiences of transgender survivors of trauma who undergo social and medical transition. *Traumatology*, 22(1), 75-84. <https://doi.org/10.1037/trm0000064>
- Bustos, S. S., Bustos, V. P., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G., & Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in transfemale vaginoplasty: An updated systematic review and meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3510. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003510>
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter. On the discursive limits of "sex"*. Routledge.
- Butler, J., Anstrom, K. J., Felker, G. M., Givertz, M. M., Kalogeropoulos, A. P., Konstam, M. A., Mann, D. L., Margulies, K. B., McNulty, S. E., Mentz, R. J., Redfield, M. M., Tang, W. H. W., Whellan, D. J., Shah, M., Desvigne-Nickens, P., Hernandez, A. F., & Braunwald, E. (2017). Efficacy and safety of spironolactone in acute heart failure. *JAMA Cardiology*, 2(9), 950. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.2198>
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759-796. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>
- Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health*, 3(1), 57-70. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053>
- Caceres, B. A., Streed, C. G Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement The American Heart Association. *Circulation*, 142(19), e321–e332. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000914>
- Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., & Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. *LGBT Health*, 6(1), 34-39. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262>
- Calcedo-Barba, A., Fructuoso, A., Martinez-Raga, J., Paz, S., Sánchez de Carmona, M., & Vicens, E. (2020). A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry*, 20(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0>
- Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings. The Kirby Institute, University of New South Wales. https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf
- Callen-Lorde. (2014) *Protocols for the Provision of Hormone Therapy*. <http://callen-lorde.org/graphics/2018/05/Callen-Lorde-TGNC-Hormone-Therapy-Protocols-2018.pdf>
- Callen Lorde. (2020a). *Safer Binding* http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding_2018_FINAL.pdf.

- Callen Lorde. (2020b). Safer Tucking: http://callenlorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf.
- Callens, N., Kreukels, B. P. C., & van de Grift, T. C. (2021). Young voices: Sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development - A pilot study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 176-189.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.001>
- Callens, N., Van Kuyk, M., van Kuppenveld, J. H., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T., & Dessens, A. B. (2016). Recalled and current gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with disorders/differences of sex development. *Hormones and Behavior*, 86, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.08.008>
- Campbell-Hall, V., Peterson, I., Bhana, A., Mjadu, S., Hosegood, V., & Flisher, A. J. (2010). Collaboration between traditional practitioners and primary health care staff in South Africa: Developing a workable partnership for community mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 47(4), 610–628. <https://doi.org/10.1177/1363461510383459>
- Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., 2nd, Haider, A. H., & Lau, B. D. (2018). Temporal trends in gender-affirming surgery among transgender patients in the United States. *JAMA Surgery*, 153(7), 609-616. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6231>
- Canonico, M., Oger, E., Plu-Bureau, G., Conard, J., Meyer, G., Lévesque, H., & Scarabin, P. Y. (2007). Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: Impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*, 115(7), 840-845. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.642280>
- Capitán, L., Gutierrez Santamaria, J., Simon, D., Coon, D., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2020). Facial gender confirmation surgery: A protocol for diagnosis, surgical planning, and postoperative management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(4), 818e-828e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006686>
- Capitán, L., Simon, D., Kaye, K., & Tenorio, T. (2014). Facial feminization surgery: The forehead. Surgical techniques and analysis of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4), 609-619. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000545>
- Capitán, L., Simon, D., Meyer, T., Alcaide, A., Wells, A., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 573-584. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003149>
- Cardoso da Silva, D. C., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Costa, A. B., Massuda, R., Henriques, A. A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T. E., & Rodrigues Lobato, M. I. (2016). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individuals. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 988–993. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.37>
- Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 123(4), e752-e762. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1783>
- CARES Foundation. (2020). Statement on Surgery. <https://www.caresfoudation.org/treatment/surgery.pdf>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591-603. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal*, 20(2), 205-214.

- Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 516-532. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262>
- Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. *ILR Review*, 73(3), 573-599. <https://doi.org/10.1177/0019793920902776>
- Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A.C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 533-538. <https://doi.org/10-1001/pubs.Arch> Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156.
- Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(3), 673-681. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2>
- Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents. *Transgender Health*, 2, 195-201. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021>
- Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R., Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F., & Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology*, 190(2), 419-426. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119>
- Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 537-548. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/13691058.2012.673639>
- Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J., & Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(4), 2049-2058. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8>
- Castellano, E., Crespi, C., Dell'Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta, G., Botto, E., & Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(12), 1373-1381. <https://doi.org/10.1007/s40618-015-0398-0>
- Catelan, R. F., Costa, A. B., & Lisboa, C. S. M. (2017). Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health*, 29(4), 325-337. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1360432>
- Cauffman, E., & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(6), 741-760. <https://doi.org/10.1002/bsl.416>
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147-1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>
- Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier, Inc.
- Census Organization of India. (2015). *Population Census 2011*. <https://www.census2011.co.in>
- Center of Excellence for Transgender Health. (2016). *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People*, 2nd edition. Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
- Centers for Disease Control. (2020). *Transforming Health: Patient-Centered HIV Prevention and Care*. <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/sexual-history.html>.
- Centers for Disease Control. (2021). *Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States – 2021 Update Clinical Practice Guideline*. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>

- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). Toolkit Part 11: Guidelines for Translation. <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart11>
- Chadwick, S. B., Francisco, M., van Anders, S. M., (2019). When orgasms do not equal pleasure: Accounts of “bad” orgasm experiences during consensual sexual encounters. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2435–2459. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01527-7>
- Chan, K. J., Liang J. J., Jolly, D., Weinand, J. D., & Safer J. D. (2018). Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. *Endocrine Practice* 24(6), 565-572. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0247>.
- Chang, J., Brown, S. K., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Effect of Wendler glottoplasty on acoustic measures of voice. *Laryngoscope*. 131(3), 583-586. <https://doi.org/10.1002/lary.28764>
- Chantrapanichkul, P., Stevenson, M. O., Suppakitjanusant, P., Goodman, M., & Tangpricha, V. (2021). Serum hormone concentrations in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy: A longitudinal retrospective cohort Study. *Endocrine Practice*, 27(1), 27-33. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0414>
- Charter, R. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64-77. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>
- Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, 13(3), 240–242. <https://doi.org/10.1097/01.ten.0000081687.21823.d4>
- Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the trans youth care study. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1104-1111. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>
- Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, 1(1), 117-123. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009>
- Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. *LGBT Health*, 6(3), 107–115. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0250>
- Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Fisher, C. B., & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 63(1), 62-68. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.306>
- Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health* 61(1), 120-123 <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022>
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., & Dahl, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender Health*, 5(4), 246–257. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006>
- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369–371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010>
- Chen, S., & Loshak, H. (2020). Primary Care Initiated Gender-Affirming Therapy for Gender Dysphoria: A Review of Evidence Based Guidelines: Canadian Agency for Drugs and

- Technologies in Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563451/>.
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 209-218. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09>
- Cheung, A.S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S., & Zajac, J.D. (2019). Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Medical Journal of Australia*, 211(3):127-33. <https://doi.org/10.5694/mja2.50259>
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, 141(4), e20173742. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>
- Chew, D., Tollit, M.A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A.S., & Pang, K.C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. *Lancet Child Adolescent Health* 4, 322-330. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1)
- Chiland, C., Clouet, A. M., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 365-370. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001>
- Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood*, 104(8), 739-744. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080>
- Chinn, P. (2013). Commentary lesbian, gay, bisexual and transgender health: Disparities we can change. *Nurse Educator*, 38(3), 94-95. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31828dc235>
- Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017). Ten most important things to know about caring for transgender patients. *American Journal of Medicine*, 130(11), 1238-1245. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019>
- Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., McNamara, S., Sante, S. C., Shattuck, D. G., & Crandall, C. S. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.042>
- Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Aragaki, A. K., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Pan, K., Barrington, W., Kuller, L. H., Simon, M. S., Lane, D., Johnson, K. C., Rohan, T. E., Gass, M., Cauley, J. A., Paskett, E. D., Sattari, M., & Prentice, R. L. (2020). Association of Menopausal Hormone Therapy With Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-term Follow-up of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA*, 324(4), 369-380. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9482>
- Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Manion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R., & McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and transgender community. *Culture, Health & Sexuality*, 18(11), 1238-1250. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1182645>
- Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., & Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT Health*, 8(6), 412-419. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0464>
- Cipres, D., Seidman, D., Cloniger, C., 3rd, Nova, C., O'Shea, A., & Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*, 95(2), 186-189. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.005>
- Cirincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K., & Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy: Focus on

- antiretrovirals and direct acting antivirals. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(7), 565-581. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1777278>
- Claes, K. E. Y., D'Arpa, S., & Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 369-380. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010>
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168-79. <https://doi.org/10.1111/jsm.12711>
- Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, 79, 136-147. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016>
- Clark, B.A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158-169, <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>
- Clark, K. A., White Hughto, J. M., & Pachankis, J. E. (2017). "What's the right thing to do?" Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine* (1982), 193, 80-89. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1016/j.socscimed.2017.09.052>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). 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(1), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clements-Nolle, K., Guzman, R., & Harris, S. G. (2008). Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sexual Health*, 5(1), 49-54. <https://doi.org/10.1071/SH07045>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5 α -Reductase-2 deficiency: Is gender assignment recommended in infancy? Two case-reports and review of the literature. *Journal of Endocrinological Investigation*, 43(8), 1131-1136. <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01193-w>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1609. <https://doi.org/10.3390/jcm9061609>
- Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a technique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. *Aesthetics in Plastic Surgery*, 40(1), 130-138. <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0607-4>
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399-410. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41-53. <https://doi.org/10.1023/a:1021769215342>
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2009). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9562-y>
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-271. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>

- Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001>
- Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S., & Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in trans-women with BRCA1 mutations: A controversial topic. *Journal of Sexual Medicine*, 11(10), 2496-2499. <https://doi.org/10.1111/jsm.12628>
- Coleman, E., Allen, M. P., & Ford, J. V. (2018). Gender variance and sexual orientation among male spirit mediums in Myanmar. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 987-998. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1172-0>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3049-3058. <https://doi.org/10.1111/jsm.12155>
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- Colton Meier, S. L., Fitzgerald, K. M., Pardo, S. T., & Babcock, J. (2011). The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(3), 281-299. <https://doi.org/10.1080/19359705.2011.581195>
- Colvin, C. J., Fairall, L., Lewin, S., Georgeu, D., Zwarenstein, M., Bachmann, M., Uebel, K. E., & Bateman, E. D. (2010). Expanding access to ART in South Africa: The role of nurse-initiated treatment Lessons from the STRETCH trial in the Free State. *South African Medical Journal*, 100(4), 210. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-75>
- Comite, F., Cutler, G. B., Jr., Rivier, J., Vale, W. W., Loriaux, D. L., & Crowley, W. F., Jr. (1981). Short-term treatment of idiopathic precocious puberty with a long-acting analogue of luteinizing hormone-releasing hormone. A preliminary report. *New England Journal of Medicine*, 305(26), 1546-1550. <https://doi.org/10.1056/nejm198112243052602>
- Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393-407. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>
- Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C., & Heesacker, M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content analysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(2), 114-133. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1597818>
- Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., & Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. *Journal of Hypertension*, 39(2), 223-230. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/HJH.0000000000002632>

- Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G., & Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. *Hypertension*, 74(6), 1266–1274. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13080>
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, 102(1), 118–122. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>
- Cook-Daniels, L. (2016). Understanding Transgender Elders. In D.A. Harley, & P.B. Tester, *Handbook of LGBT Elders* (pp. 285–308). Springer.
- Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. *Contemporary Family Therapy*, 40(1), 28–41. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9426-x>
- Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C. (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(2), 385–391. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318277886a>
- Cornwall, A., & Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. *IDS Bulletin*, 37(5), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00295.x>
- Corrective Services New South Wales. (2015). "Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates", *Operations Procedures Manual*, Sydney, NSW
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nard, H. C., & Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 115–123. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>
- Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, Soares, J. M., & Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 275–280. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788>
- Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews. Urology*, 13(8), 456–462. <https://doi.org/10.1038/nrurrol.2016.128>
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2206–2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>
- Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedeker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S., & T'Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *The Laryngoscope*, 124(6), 1409–1414. <https://doi.org/10.1002/lary.24480>
- Craig, S.L., Austin, A., 2016. The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review* (64), 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022>
- Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 29(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1260512>
- Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs, B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan,

- Y. M. ., Tishelman, A. C., & Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex development. *Journal of Pediatric Urology*, 15(5), 522.e1–522.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2019.06.024>
- Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213–215. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>
- Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10>
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchietti, V., & Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 500–515. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815>
- Crouch, N. S., & Creighton, S. M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(7), 436–442. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.62>
- Cull, M. L., & Simmonds, M. (2010). Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) patients, families and the medical profession. *Sexual Development*, 4(4-5), 310–312. <https://doi.org/10.1159/000313889>
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7–16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(00\)80010-7](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(00)80010-7)
- Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. *BMJ Open*, 11(4), e048943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943>
- Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. *The Plasticity of Sex*, 207–224. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4>
- Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. *Auris, Nasus, Larynx*, 36(1), 110–112. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002>
- Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. *Qualitative Health Research*, 27(10), 1562–1574. <https://doi.org/10.1177/1049732317697100>
- Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society*, 34(3), 357–380. <https://doi.org/10.1177/0891243220912256>
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 485–494. <https://doi.org/10.1111/hsc.12239>
- Davey, A., Bouman, W.P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2976–2985. <https://doi.org/doi:10.1111/jsm.12681>
- Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1173–1185. <https://doi.org/10.1002/jclp.22209>
- Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism*, 16(3), 117–159. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931>
- Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction

- surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, 26(2), 113-128. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>
- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(8), 1731-1742. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x>
- de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(2), e782-e790. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841>
- de Blok, C. J. M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2018). Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: Results of a prospective multicenter study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(2), 532-538. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927>
- de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(2), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021>
- De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194-205. <https://doi.org/10.1080/15532730903383781>
- de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 74(2), 99-104. <https://doi.org/10.1111/pcn.12947>
- de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). *The Journal of Sexual Medicine*, 15(10), 1381-1383. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002>
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301-1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>
- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9>
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives*, 13(1), 53-58. <https://doi.org/10.1111/cdep.12306>
- de Nie, I., Meißner, A., Kostelijk, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction*, 35(7), 1529-1536. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133>
- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & the, E. A. U. Y. A. U. M. s. H. W. g. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(6), 641-651. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3>
- de Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R., & De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, 34(6), 557-566. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.03.008>
- de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people.

- International Review of Psychiatry, 28(1), 112–119.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 3–97. <https://doi.org/2003-08360-002>
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301–320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343–351.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195–1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism Spectrum Disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 1–8. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330>
- de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisé, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2019). Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 629–640. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000718>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). 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(6), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, E., Kathard, H., & Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, 20(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>
- Deebel, N. A., Morin, J. P., Autorino, R., Vince, R., Grob, B., & Hampton, L. J. (2017). Prostate cancer in transgender women: Incidence, etiopathogenesis, and management challenges. *Urology*, 110, 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.urolgy.2017.08.032>
- Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 812–825. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020>

- Defreyne, J., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: A review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(6), 543-556. <https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1388164>
- Defreyne, J., Nota, N., Pereira, C., Schreiner, T., Fisher, A. D., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Transient elevated serum prolactin in trans women is caused by Cyproterone Acetate treatment. *LGBT Health*, 4(5), 328-336. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0190>
- Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J., & T'Sjoen, G. G. (2019). Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry*, 65(1), 119-134. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288241>
- Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility* 113(1), 149-157. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002>
- Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C. J. M., Klaver, M., & T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: Results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Andrology*, 6(3), 446-454. <https://doi.org/10.1111/andr.12485>
- Dekker, M. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E., & T'Sjoen, G. (2016). A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: Endocrine part. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 994-999. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.371>
- del Río-González, A. M., Zea, M. C., Flórez-Donado, J., Torres-Salazar, P., Abello-Luque, D., García-Montaño, E. A., Garcia-Roncallo, P. A., & Meyer, I. H. (2021). Sexual orientation and gender identity change efforts and suicide morbidity among sexual and gender minority adults in Colombia. *LGBT health*, 8(7), 463-472. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0490>
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(suppl. 1), S131-S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>
- Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R., & Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term 'disorders of sex development': A multidisciplinary debate. *Social Medicine*, 12(1):98-107.
- Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 842-847. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040>
- Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépélidis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F., & Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissue cryopreserved during childhood. *Human Reproduction*, 30(9), 2107-2109. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev128>
- Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, 134(8), 1002-1008. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031>
- Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019) Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. *Transgender People and HIV*. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389-397. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4338-5>
- Deuster, D., Di Vincenzo, K., Szukaj, M., Am Zehnhoff-Dinnesen, A., & Dobel, C. (2016). Change of speech fundamental frequency explains the satisfaction with voice in response to

- testosterone therapy in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(8), 2127-2131. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4043-0>
- Deuster, D., Matulat, P., Knief, A., Zitzmann, M., Rosslau, K., Szukaj, M., Dinnesen, A., & Schmidt, C. M. (2016). Voice deepening under testosterone treatment in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(4), 959-965. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3846-8>
- Deutsch, M. B. (2011). Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13, 140-146. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>
- Deutsch, M. B. (2016a). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). San Francisco, CA: University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
- Deutsch, M. B. (2016b). Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(2), 386-391. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0092>
- Deutsch, M. B., Bhakri, K., & Kubicek, K. (2015). Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstetric Gynecology*, 125(3), 605-610. <https://doi.org/10.1097/>
- Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius, J., Keatley, J., McMahan, V., & Guanira, J. (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. *The Lancet HIV*, 2(12), e512-e9. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00206-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4)
- Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 8(1), 41-67. <https://doi.org/10.1080/19359705.2004.9962366>
- DeVita, T., Bishop, C., & Plankey, M. (2018). Queering medical education: systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. *Medical Education Online*, 23(1), 1510703. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1510703>
- Dharma, C., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2019). Exploratory factor analysis of two sexual health scales for transgender people: Trans-specific condom/barrier negotiation self-efficacy (T-barrier) and trans-specific sexual body image worries (T-worries). *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1563-1572. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1383-4>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS One*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Dick, B., & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
- Dierckx, M., Mortelmans, D., & Motmans, J. (2019). Role ambiguity and role conflict among partners of trans people. *Journal of Family Issues*, 40(1), 85-110. <https://doi.org/10.1177/0192513x18800362>
- Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins, R., & Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. *The metro Atlanta heart disease study, 1999-2001. Social Science & Medicine*, 58(3), 449-461. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00211-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00211-9)
- Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., & Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62(4), 226-228. <https://doi.org/10.1159/000094097>

- Djordjevic, M. L., Majstorovic, M., Stanojevic, D., Bizic, M., Ducic, S., Kojovic, V., & Perovic, S. (2008). One-stage repair of severe hypospadias using combined buccal mucosa graft and longitudinal dorsal skin flap. *European Journal of Pediatric Surgery*, 18(6), 427-430. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038929>
- Do, T. T., Nguyen, T. V. A., Vu, X. T., & Nguyen, T. P. T. (2018). Seeking healthcare as a transgender woman in Vietnam: Access barriers and the situation of hormone use. *Regional Journal of Southeast Asian Studies*, 3,2,30-58. <http://www.rjseas.org/journalview/5>
- Do, T. T., & Van Nguyen, A. T. (2020). 'They know better than we doctors do': providers' preparedness for transgender healthcare in Vietnam. *Health Sociology Review*, 29(1), 92-107. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1715814>
- Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N., & Vanselow, N.A. (1996). Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care; Primary care: America's health in a new era. National Academies Press (US).
- Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2015). Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 32(8), 1167-1170. <https://doi.org/10.1007/s10815-015-0544-9>
- Downing, J. M., & Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the U.S., 2014-2016. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(3), 336-344. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.amepre.2018.04.045>
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health*, 4(6), 404-411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet. Psychiatry*, 3(3), 297-304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568-577. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34-45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- DSD-TRN – Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network. (n.d.). <http://dsdtrn.org/>.
- Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., & Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health*, 3(1), 220-224. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0031>
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G. Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 377-91. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183>
- Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C., & Inwards-Breland, D. (2020). Medically assisted gender affirmation: When children and parents disagree. *Journal of Medical Ethics*, 46(5), 295-299. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105567>
- Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B., & van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile-anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *The Journal of Sex Research*, 53(9), 1096-1106. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1069784>
- Duranteau, L., Rapp, M., van de Grift, T. C., Hirschberg, A. L., & Nordenskjöld, A. (2021). Participant- and clinician-reported long-term outcomes after surgery in individuals with complete androgen insensitivity syndrome. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.jpjg.2020.11.012>

- Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2021). Social support and internalizing psychopathology in transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 841-854. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01391-y>
- Durwood, L., Kuvalanka, K.A., Kahn-Samuels, S., Jordan, A.E., Rubin, J.D., Schnelzer, P., Devor, A.H., & Olson, K.R. (2022). Retransitioning: The experiences of youth who socially transition genders more than once, *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2085224>
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>.
- Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D., & Zhao, L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive surgery. *Urology*, 132, 202-206. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.051>
- Dyer, C. (2020). Children are “highly unlikely” to be able to consent to taking puberty blockers, rules High Court. *BMJ*, m4699. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4699>
- Eckstrand, K. L., Potter, J., McCauley, E., & Brinkley-Rubinstein, L. (2017). Institutionalization and Incarceration of LGBT Individuals. In K.L. Eckstrand, & J. Potter (Eds.). *Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients What Every Healthcare Provider Should Know* (pp. 149–165). Springer International Publishing.
- Ediati A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Dessens, A. (2017). Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Faradz, S. M. H., & Dessens, A. (2017). Social stigmatisation in late identified patients with disorders of sex development in Indonesia. *BMJ Paediatrics Open*, 1(1), e000130. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000130>
- Edmiston, E. K., Donald, C. A., Sattler, A. R., Peebles, J. K., Ehrenfeld, J. M., & Eckstrand, K. L. (2016). Opportunities and gaps in primary care preventative health services for transgender patients: a systematic review. *Transgender Health*, 1(1), 216-230. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0019>
- Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.
- Edwards-Leeper, L., Feldman, H.A., Lash, B.R., Shumer, D.E., & Tishelman, A.C. (2017). Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender center. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 374-382.
- Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165–172. <https://doi.org/10.1037/sgd0000167>
- Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321–336. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>
- Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran, N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P., & Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localised high-risk prostate cancer: Results of a randomised preoperative study of a luteinising hormone-releasing hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. *European Urology*, 76(4), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010>
- Eftekhar Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y., & Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Health and*

- Quality of Life Outcomes, 18, 264. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0>
- Ehrensaft, D. (2016). *The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children who Live Outside Gender Boxes. The Experiment*
- Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expressions. In Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D. (Eds). *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. American Psychological Association.
- Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn - A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 251–268. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521–526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>
- Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L., & Coleman, E. (2020). "It's kind of hard to go to the doctor's office if you're hated there." A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 1082–1089. <https://doi.org/10.1111/hsc.12941>
- Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*, 72(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x>
- El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., & Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care. *Plastic Surgery*, 26(4), 263–268. <https://doi.org/10.1177/2292550318767437>
- Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. *Advances in Nursing Science*, 33(3), 206–218. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49>
- Ellens, R. E. H., Bakula, D. M., Mullins, A. J., Scott Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E. Y., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Mullins, L. L., & Nokoff, N. J. (2017). Psychological adjustment of parents of children born with atypical genitalia 1 Year after genitoplasty. *Journal of Urology*, 198(4), 914–920. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.05.035>
- Ellis, S. A., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It's how we could have a family. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(1), 62–69. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12213>
- Ellis, S. J., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Robertson, E. G., & Cohn, R. J. (2016). Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 347–362. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196806>
- Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. *Journal of Bisexuality*, 6(1-2), 51–63. https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04
- Emmer, P., Lowe, A., & Marshall, R. B. (2011). *This is a Prison, Glitter is Not Allowed : Experiences of Trans and Gender Variant People in Pennsylvania's Prison Systems : A Report by The Hearts on a Wire Collective*. Hearts On A Wire Collective.
- Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society (2020). *Position Statement: Transgender Health*. Endocrine Society.
- Ernst, M. E., Sandberg, D. E., Keegan, C., Quint, E. H., Lossie, A. C., & Yashar, B. M. (2016). The lived experience of MRKH: Sharing health information with peers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 154–158. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.09.009>
- Equality and Human Rights Commission. (2021) *Guide on Article 8 of the European Convention*

- on Human Rights. (2021). Right to respect for private and family life, home and correspondence. <https://www.equalityhumanrights.com/en/human-rights-act/article-8-respect-your-private-and-family-life>
- Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J., & Berli, J. (2019). What is "nonbinary" and what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for transgender patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(5), NP106-NP112. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy166>
- Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., & GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 585-591. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31>
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1111-1115. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021>
- Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 580-584. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5>
- Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*, 74(3), 226-229. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.011>
- Ettner, R., Monstrey, S., & Coleman, E. (2016). Theories of the Etiology of Transgender Identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.). *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (pp. 17-29). Routledge.
- European Medicines Agency. (2020). Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-article-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk_en-0.pdf
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality. Publications Office of the European Union.
- Evans, S., Crawley, J., Kane, D., & Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4646-4660. <https://doi.org/10.1111/jan.14943>
- Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. *LGBT Health*, 6(4), 166-173. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175>
- Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270-280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PloS One*, 12(8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>
- Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 350. <https://doi.org/10.1037/ort0000440>
- Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L., Weinforth, G., & Giovanoli, P. (2019). Long-term outcomes in breast augmentation in transwomen: A 20-year experience. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(4), 381-390. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy143>
- Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. *BJU International*, 121(1), 139-144. <https://doi.org/10.1111/bju.14027>
- Fast, A. A., & Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. *Child Development*, 89(2), 620-637. <https://doi.org/10.1111/cdev.12758>

- Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S., & Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV–VI: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Clinical Dermatology*, *19*(2), 237–252. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0316-7>
- Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausk, S. D., & Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental health and caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, *2010*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2010/690674>
- Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender Clinical Care*. https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guid_e_dec_2016.pdf
- Feinberg, L. (1996). *Transgender Warriors; Making History from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond*. Beacon Press.
- Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, *23*(2), 180–187. <https://doi.org/ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/MED.000000000000231>
- Ferguson, H. J., Brunsdon, V. E. A. & Bradford, E. E. F. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Science Reports*, *11*, 1382. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1>
- Fernandez, A. A., França, K., Chacon, A. H., & Nouri, K. (2013). From flint razors to lasers: A timeline of hair removal methods. *Journal of Cosmetic Dermatology*, *12*(2), 153–162. <https://doi.org/10.1111/jocd.12021>
- Ferrando, C. A. (2020). Adverse events associated with gender affirming vaginoplasty surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *223*(2), 267.e1–267.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.033>
- Fiani, C. N., & Han, H. J. (2019). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 181–194. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1426074>
- Fielding, L. (Ed.). (2021). *Trans Sex: Clinical Approaches to Trans Sexualities and Erotic Embodiments* (Vol. 1). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780429318290>
- Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health*, *1*(1), 99–107. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008>
- Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, *22* (1-2), 77–88. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838392>
- Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., & Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: Two-year follow-up data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *101*(11), 4260–4269. <https://doi.org/10.1210/jc.2016-1276>
- Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G., & Maggi, M. (2016). Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma. *Journal of Endocrinological Investigation*, *39*(11), 1207–1224. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0482-0>
- Fisher, C. M., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R., Ezer, P., & Mikolajczak, G. (2019). 6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018, (ARCSHS Monograph Series No. 113). Australian Research Centre in Sex, Health & Society.
- Fitzpatrick, L.A., Pace, C., Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in

- postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381-387. <https://doi.org/10.1089/15246090050020691>
- Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Moseson, H., Hastings, J., Stoeffler, A., & Baum, S. E. (2020). Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. *Archives of Sexual Behaviour*, 49(7), 2683-2702. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01707-w>
- Fleming, L., Knafl, K., & Van Riper, M. (2017). How the child's gender matters for families having a child with congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 516-533. <https://doi.org/10.1177/1074840717735499>
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673-694. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1007/s10865-019-00120-6>
- Francis, A., Jasani, S., & Bachmann, G. (2018). Contraceptive challenges and the transgender individual. *Women's Midlife Health*, 4, 12. <https://doi.org/10.1186/s40695-018-0042-1>
- Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110-126. <https://doi.org/10.1080/15532730903008057>
- Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy*, 24(2), 126-142. <https://doi.org/10.1080/14681990903003878>
- Frederick, M. J., Berhanu, A. E., & Bartlett, R. (2017). Chest surgery in female to male transgender individuals. *Annals of Plastic Surgery*, 78(3), 249-253. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000882>
- Frederick, N. N., Campbell, K., Kenney, L. B., Moss, K., Speckhart, A., & Bober, S. L. (2018). Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. *Pediatric Blood and Cancer*, 65(8), e27087. <https://doi.org/10.1002/pbc.27087>
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public Policy and Aging Report*, 21(3), 3. <https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54(3), 488-500. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt021>
- Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E., & Hazen, A. (2017). A historical review of gender-affirming medicine: Focus on genital reconstruction surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(8), 991-1002. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.06.007>
- Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020). Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*, 11(4), e19-e28. <https://doi.org/10.36834/cmej.53009>
- Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature Reviews Urology*, 9(11), 620-627. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.182>
- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology*, 199(3), 760-765. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013>
- Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). "The labels don't work very well": Transgender individuals' conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 93-104. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373>

- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z.A., & Morris, E.R. (2019). "I love you as both and I love you as neither": Romantic partners' affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 315-327. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1496867>
- Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(3), 306-313. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066>
- Gao, Y., Maurer, T., & Mirmirani, P. (2018). Understanding and addressing hair disorders in transgender individuals. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(4), 517-527. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0343-z>
- Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU International*, 106(8), 1206-1210. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x>
- Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies - urologic perspectives. *Clinical Plastic Surgery*, 45(3), 437-446. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002>
- Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery. In D. Nikolavsky & S. A. Blakely (Eds.), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide*, pp. 7-21. Springer International Publishing.
- Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of transgender women. *Journal of Urology*, 203(Suppl. 4), e672-e672. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020>
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: The Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology*, 3(2), 156-162. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10>
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>
- Garrison, S. (2018). On the limits of "trans enough": Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society*, 32(5), 613-637. <https://doi.org/10.1177/0891243218780299>
- Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oestradiol in transwomen: A comparison of safety and effectiveness. *Clinical Endocrinology*, 85(2), 239-246. <https://doi.org/10.1111/cen.13050>
- Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. *European Journal of Endocrinology*, 183(6), 561-569. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0370>
- Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of administration. *Clinical Endocrinology*, 89(6), 878-886. <https://doi.org/10.1111/cen.13821>
- Gebreab, S. Z., Vandeleur, C. L., Rudaz, D., Strippoli, M.-P. F., Gholam-Rezaee, M., Castelao, E., Lasserre, A. M., Glaus, J., Pistis, G., Kuehner, C., von Känel, R., Marques-Vidal, P., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2018). Psychosocial stress over the lifespan, psychological factors, and cardiometabolic risk in the community. *Psychosomatic Medicine*, 80(7), 628-639. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000621>
- Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice*,

- 27(3), 335–347. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009>
- Geneid, A., Rihkanen, H., & Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the vocal folds to raise the pitch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(12), 3751–3756. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3721-7>
- Georgeu, D., Colvin, C. J., Lewin, S., Fairall, L., Bachmann, M. O., Uebel, K., Zwarenstein, M., Draper, B., & Bateman, E. D. (2012). Implementing nurse-initiated and managed antiretroviral treatment (NIMART) in South Africa: A qualitative process evaluation of the STRETCH trial. *Implementation Science*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-66>.
- Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2319–2333. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3>
- Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 169(4), 205–213. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.7326/M17-2785>
- Gibson, D.J., Glazier, J.J., Olson, K.R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open* 4, e214739–e214739. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739>
- Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693>
- Giffort, D. M., & Underman, K. (2016). The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. *Sociology Compass*, 10(11), 999–1013. <https://doi.org.nottingham.idm.oclc.org/10.1111/soc4.12432>
- Gils, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–184.
- Giltay, E. J., & Gooren, L. J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(8), 2913–2921. <https://doi.org/10.1210/jcem.85.8.6710>
- Giltay, E. J., Gooren, L. J. G., Emeis, J. J., Kooistra, T., & Stehouwer, C. D. A. (2000). Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasminogen activator levels in humans without affecting endothelial synthesis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 20(5), 1396–1403. <https://doi.org/10.1161/01.ATV.20.5.1396>
- Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *Journal of Medical Ethics*, 34(8), 580–584. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021097>
- Giordano, S. (2012). Sliding doors: Should treatment of gender identity disorder and other body modifications be privately funded? *Medicine, Health Care Philosophy*, 15(1), 31–40. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9303-y>
- Giordano, S., & Holm, S. (2020). Is puberty delaying treatment 'experimental treatment'? *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 113–121. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768>
- Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2021). Defensive functioning of individuals diagnosed with gender dysphoria at the beginning of their hormonal treatment. *Frontiers in Psychology*, 12, 665547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665547>

- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9, 60. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>
- GIRES, LGBT Foundation, Mermaids, Ozanne Foundation, and Stonewall. (2020). Conversion therapy and gender identity survey. Stonewall https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020_conversion_therapy_and_gender_identity_survey.pdf
- Glaser, R. L. M. F., Newman, M. M., Parsons, M. M., Zava, D. P., & Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breast feeding. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*, 13(4), 314-317.
- Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M., & Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. *Medical Decision Making*, 40(2), 119-143. <https://doi.org/10.1177/0272989x19896348>
- Glick, J. C., Leamy, C., Molsberry, A. H., & Kerfeld, C. I. (2020). Moving toward equitable health care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Education and training in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*, 34(3), 192-197. <https://doi.org/10.1097/JTE.000000000000140>
- Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B., & Arcelus, J. (2016). Autistic spectrum disorders and gender dysphoria: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003>
- Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 336. <https://doi.org/10.1037/sgd0000171>
- Godfrey, L. M. (2021). Mental health outcomes among individuals with 46,XY disorders of sex development: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 40-59. <https://doi.org/10.1177/1359105320909863>
- Goetz, T. G., & Arcomano, A. C. (2022). "X" marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2008572>
- Goldblum, P., Testa, R. J., Pflum, S., Hendricks, M. L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 468. <https://doi.org/10.1037/a0029605>
- Goldhammer, H., Marc, L. G., Psihopaidas, D., Chavis, N. S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebchook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M., & Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for transgender women: A topical review. *Public Health Reports*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00333549211065517>
- Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., & Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in transgender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine*, 10, 209-216. <https://doi.org/10.2147/JBM.S166780>
- Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L., & Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(1), e1-e7. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002116>
- Gomez, A. M., Đô, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I., & Hastings, J. (2020). Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *The Journal of Adolescent Health*, 67(4), 597-602. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.003>
- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., & Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 662-670. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010>

- Gong, E. M., & Cheng, E. Y. (2017). Current challenges with proximal hypospadias: We have a long way to go. *Journal of Pediatric Urology*, 13(5), 457-467. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.024>
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(2), 303-321. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3129-3134. <https://doi.org/10.1111/jsm.12319>
- Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology*, 170(6), 809-819. <https://doi.org/ezproxy.cul.columbia.edu/10.1530/EJE-14-0011>
- Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J., Lightfoot, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(6), 530-542. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa079>
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C., & Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 531-541. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x>
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., & Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 996-1000. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000046>
- Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G., Irfan, S. D., & Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from public healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. *PLOS One*, 14(9), e0221637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221637>
- Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(6), 787-794. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030>
- Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, 5(5), 312-319. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0176>
- Grabski, B., Rachoń, D., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Jakima, S., Muldenr-Nieckowski, Ł., Trofimiuk- Muldner, M., Baran, D., Dora, M., Iniewicz, G., Mijas, M., Stankiewicz, S., Adamczewska-Stachura, M., & Mazurczak, A. (2021). Recommendations of the Polish Sexological Society on medical care in transgender adults – position statement of the expert panel. *Psychiatria Polska*, 55(3), 701-708. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/125785>
- Graham, S. (2010). *Gender diversity in Indonesia: sexuality, Islam and queer selves*. Routledge.
- Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F., & Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology*, 132, 105358. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358>
- Grant, J., Lisa, A., Mottet, J., Tanis, D., With, J., Harrison, J., Herman, M., & Keisling, M. H. (2011). *Injustice at Every Turn A Report of the*

- National Transgender Discrimination Survey. https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2016). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. 2011. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. https://thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/Ntds_full.pdf
- Grant, R. M., Pellegrini, M., Defechereux, P. A., Anderson, P. L., Yu, M., Glidden, D. V., O'Neal, J., Yager, J., Bhasin, S., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2020). Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clinical Infectious Diseases*, 73(7), e2117–e2123. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1160>
- Grassian, S. (2006). Psychiatric effects of solitary confinement part of the law enforcement and corrections commons recommended citation. *Washington University Journal of Law & Policy*, 22(1), 325-383. https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1362&context=law_journal_law_policy
- Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health*, 110(8), 1221–1227. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305701>
- Green, R., & Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163-174. <https://doi.org/10.1080/10532528.1990.10559859>
- Greenwald, P., Dubois, B., Lekovich, J., Pang, J. H., & Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a transgender man maintained on testosterone. *AACE Clinical Case Reports*, 8(1), 19-21. <https://doi.org/10.1016/j.aace.2021.06.007>
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Boesen, M. J. (2013). Putting the “T” in “Resource”: The benefits of LGBT-related school resources for transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, 10 (1-2), 45-63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2012.718522>
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
- Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. *Social Studies of Science*, 48(1), 125-148. <https://doi.org/10.1177/0306312718757081>
- Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9), 1807-1818. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029>
- Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(2), 217. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.02.009>
- Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G., & Dalke, K. B. (2021). The health care of adults with differences in sex development or intersex traits is changing: Time to prepare clinicians and health systems. *LGBT Health*, 8(7), 439–443. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0018>
- Grimstad, F., McLaren, H., & Gray, M. (2021). The gynecologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(3), 266-273. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.002>
- Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. *BMC*

- Pediatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x>
- Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 13(2), 246–250. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(99\)80028-9](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9)
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111–128. https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527>
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. https://doi.org/10.1300/j041v18n01_02
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1–18. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696103>
- Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C., Bremont-Weil, C., Frydman, R., & Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(4), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2009.12.021>
- Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R., & Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 455–462. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753135>
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & deBeer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., & Brown, G. K. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 141–155. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004>
- Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M., Jr. (2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 457–468 e452. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005>
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e312–e320. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1111/hsc.12521>
- Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., & Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology*, 76(3), 413–415. <https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720>
- Hagen, D. B., & Galupo, M. P. (2014). Trans* individuals' experiences of gendered language with health care providers: Recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism*, 15(1), 16–34. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890560>
- Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics & Gynecology*, 135(5), 959–963. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003506>

- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>
- Hamada, A., Kingsberg, S., Wierckx, K., T'Sjoen, G., De Sutter, P., Knudson, G., & Agarwal, A. (2015). Semen characteristics of transwomen referred for sperm banking before sex transition: A case series. *Andrologia*, 47(7), 832-838. <https://doi.org/10.1111/and.12330>
- Hamilton, J. B., & Mestler, G. E. (1969). Mortality and survival: Comparison of Eunuchs with intact men and women in a mentally retarded population. *Journal of Gerontology*, 24(4), 395-411. <https://doi.org/10.1093/geronj/24.4.395>
- Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans*sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift Für Sexuallforschung*, 34(02), 69-78. <https://doi.org/10.1055/a-1477-0412>
- Hancock, A. B. (2017). An ICF perspective on voice-related quality of life of American transgender women. *Journal of Voice*, 31(1), 115.e1-115.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.013>
- Hancock, A. B., Childs, K. D., & Irwig, M. S. (2017). Trans male voice in the first year of testosterone therapy: Make no assumptions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2472-2482. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320
- Hancock, A. B., & Downs, S. C. (2021). Listening to gender-diverse people of color: Barriers to accessing voice and communication care. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00262
- Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 54-65. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00185.x>
- Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 206-221. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life for transgender people. *Journal of Voice*, 25(5), 553-558. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013>
- Hancock, A. B., & Pool, S. F. (2017). Influence of listener characteristics on perceptions of sex and gender. *Journal of Language and Social Psychology*, 36(5), 599-610. <https://doi.org/10.1177/0261927X17704460>
- Hancock, A. B., & Siegfriedt, L. L. (2020). Transforming voice and communication with transgender and gender-diverse people: An evidence-based process. Plural Publishing.
- Handy, A. B., Wassersug, R. J., Ketter, J. T. J., & Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch "wannabes." *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 151-159. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-a4>
- Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., & Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 37-60). Springer.
- Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 455-469. <https://doi.org/10.1177/1745691614535934>
- Hardy, T. L. D., Rieger, J. M., Wells, K., & Boliek, C. A. (2021). Associations between voice and gestural characteristics of transgender women and self-rated femininity, satisfaction, and quality of life. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(2), 663-672. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00118
- Harper, A., Finnerty, P., Martinez, M., Brace, A., Crethar, H. C., Loos, B., Harper, B., Graham, S., Singh, A., Kocet, M., Travis, L., Lambert, S., Burnes, T., Dickey, L. M., & Hammer, T. R. (2013). Association for lesbian, gay, bisexual, and transgender issues in counseling competencies for counseling with lesbian, gay, bisexual, queer,

- questioning, intersex, and ally individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 7(1), 2–43. <https://doi.org/10.1080/15538605.2013.755444>
- Harris, K., Ferguson, J., & Hills, S. (2014). A comparative study of hair removal at an NHS hospital: Luminette intense pulsed light versus electrolysis. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(2), 169–173. <https://doi.org/10.3109/09546634.2012.715239>
- Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood, D. W., Rosal, M., & Yancy, C. W. (2015). American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, and Stroke Council. Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 132(9), 873–898. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.000000000000228>
- Hay, M. (2021, February 20). Meet the men who risk it all to have their balls cut off. *The Daily Beast*. <https://www.thedailybeast.com/inside-the-dangerous-global-network-of-backstreet-castrators-cutters-and-eunuch-makers>
- Health Policy Project, Asia-Pacific Transgender Network and United Nations Development Program. (2015). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities*. <https://weareaptn.org/2017/06/01/blueprint-for-the-provision-of-comprehensive-care-for-trans-people/>
- Heck, N. C., Croot, L. C., & Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 30–36. <https://doi.org/10.1037/a0033134>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Hassan Murad, M., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1210/jc.2017-01658>
- Hempel, J. (2016, September 1). My Brother's Pregnancy and the Making of a New American Family. *TIME*.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., & Witten, T. M. (2020). Transgender and gender nonconforming adult preparedness for aging: Concerns for aging, and familiarity with and engagement in planning behaviors. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 58–69. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1690612>
- Herd, G. (1994). *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. The MIT Press.
- Herman, J. L., Brown, T. N. T., & Haas, A. P. (2019). Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey. *Williams Institute UCLA School of Law*. <https://escholarship.org/content/qt1812g3hm/qt1812g3hm.pdf>
- Hermann, M., & Thorstenson, A. (2015). A rare case of male-to-eunuch gender dysphoria. *Sexual Medicine*, 3(4), 331–333. <https://doi.org/10.1002/sm.2.81>
- Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B., & Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to-female gender

- affirmation surgery. *BioMed Research International*, 2018, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/9037979>
- Hess, J., Hess-Busch, Y., Kronier, J., Rubben, H., & Rossi Neto, R. (2016). Modified preparation of the neurovascular bundle in male to female transgender patients. *Urology International*, 96(3), 354–359. <https://doi.org/10.1159/000443281>
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>
- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 119–126. <https://doi.org/10.1111/jsm.12363>
- Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. *Journal of Family Issues*, 40(7), 865–886. <https://doi.org/10.1177/0192513x19829502>
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285–290. <https://doi.org/10.1159/000355235>
- Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s13293-015-0022-1>
- Hiransuthikul, A., Himmad, L., Kerr, S. J., Janamnuaysook, R., Dalodom, T., & Phanjaroen, K. (2020). Drug-drug interactions among Thai HIV-positive transgender women undergoing feminizing hormone therapy and antiretroviral therapy: The iFACT study. *Clinical Infectious Diseases* 72(3), 396–402. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa038>
- Hiransuthikul, A., Janamnuaysook, R., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S., & Phanuphak, N. (2019). High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: Implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sexually Transmitted Infections*, 95(7), 534. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053835>
- Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with Autism Spectrum Disorder. *LGBT Health*, 6(3), 95–100. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252>
- Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1444–1454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014>
- Hoebeker, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K., & Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008>
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(Suppl. 2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>
- Hollenbach, A., Eckstrand, K., Dreger, A., & AAMC Advisory Committee on Sexual Orientation, Gender Identity, and Sex Development (2014). Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who Are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD: A Resource for Medical Educators. Association of American Medical Colleges.
- Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, 16(2), 121–139. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8>

- Hontscharuk, R., Alba, B., Hamidian Jahromi, A., & Schechter, L. (2021). Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction. *Andrology*, 9(6), 1732-1743. <https://doi.org/10.1111/andr.13030>
- Hontscharuk, R., Alba, B., Manno, C., Pine, E., Deutsch, M. B., Coon, D., & Schechter, L. (2021). Perioperative transgender hormone management: Avoiding venous thromboembolism and other complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 147(4), 1008-1017. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007786>
- Hooton, T. M. (2012). Clinical practice. Uncomplicated urinary tract infection. *New England Journal of Medicine*, 366(11), 1028-1037. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1104429>
- Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1499-1512. <https://doi.org/10.1111/jsm.12868>
- Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M., & Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people?. *Quality in Primary Care*, 20(4), 263-274.
- Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoii, I., & Drima, E. (2018). Testing decision-making competency of schizophrenia participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. *BMC Psychiatry*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1580-z>
- Horton, C. (2021). Parent advocacy groups for trans children. In A. Goldberg, & G. Beemyn (Eds.). *The SAGE Encyclopedia of Trans Studies*. SAGE Publications Inc.
- Houk, C. P., & Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(10), 4501-4508. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0714>
- Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 21-35). Springer
- House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). *Transgender Equality: First report of session 2015-2016*. Retrieved from <https://publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf>
- Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology*, 59(3-4), 295-305. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12138>
- Hudson, J., Nahata, L., Dietz, E., & Quinn, G. P. (2018). Fertility counseling for transgender AYAs. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 6(1), 84-92. <https://doi.org/10.1037/cpp0000180>
- Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>
- Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21:351-365. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.06.003>
- Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5>
- Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Wisniewski, A. B. (2011). Differences in adjustment by child developmental stage among caregivers of children with disorders of sex development. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1). <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-16>
- Human Rights Campaign, (2018a). *Gender Expansive Youth Report*. Human Rights Campaign, US.

- Human Rights Campaign. (2018b). LGBTQ Youth Report. https://www.hrc.org/resources/2018_lgbtq-youth-report
- Human Rights Campaign Foundation. (2017). Corporate Equality Index 2018: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality. <https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/CEI-2018-FullReport.pdf>
- Human Rights Campaign Foundation. (2022). Corporate Equality Index 2022: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality. <https://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index>
- Human Rights Watch. (2014). "I'm scared to be a woman": human rights abuses against transgender people in Malaysia. https://features.hrw.org/features/HRW_reports_2014/Im_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm
- Human Rights Watch. (2017). "I want to be like nature made me": Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S. https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbtintersex0717_web_0.pdf
- Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 288-296. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597>
- Hunt, J., Bristowe, K., Chidyamatare, S., & Harding, R. (2017). 'They will be afraid to touch you': LGBTI people and sex workers' experiences of accessing healthcare in Zimbabwe - an in-depth qualitative study. *BMJ Global Health*, 2(2), e000168. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000168>
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture Health & Sexuality*, 13(3), 355-370. <https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>
- Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 789-797.
- ILGA World. (2020a). Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf
- ILGA World. (2020b). Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called "conversion therapies". https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf
- Ingraham, N., Wingo, E., & Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to pregnancy risk: A cognitive interview study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2018-200097>
- International Commission of Jurists (2007). Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. www.yogyakartaprinciples.org
- International Commission of Jurists. (2017). The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional Principles and State Obligation on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel. Interprofessional Education Collaborative.
- Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5, 301-311. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)00036-x](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)00036-x)
- Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19(3), 243-251. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>

- Irwig, M. S., Childs, K., & Hancock, A. B. (2017). Effects of testosterone on the transgender male voice. *Andrology*, 5(1), 107–112. <https://doi.org/10.1111/andr.12278>
- Irwig, M.S. (2021). Is there a role for 5 α -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729–1731. <https://doi.org/10.1111/andr.12881>.
- Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1455–1461. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012>
- Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(4), e1549–e1557. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832>
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335–340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/>
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881987116. <https://doi.org/10.1177/2042018819871166>
- Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1380–1389. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06634-7>
- Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: "Progesterone is important for transgender women's therapy - applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(8), 3127–3128. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249>
- Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 46–52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0>
- Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations: Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine*, 2(3), 121–132. <https://doi.org/10.1002/sm2.33>
- Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). "We just take care of each other": Navigating 'chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197346>
- Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). *Sex, Sexuality, and Trans Identities: Clinical Guidance for Psychotherapists and Counselors*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, 32(5), 1046–1054. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex040>
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender individuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 349–359. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635>

- Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives*, 5(4), 876-883. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). The report of the 2015 U.S. Transgender Survey. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf>
- James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365-1374. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev087>.
- Jarrett, B. A., Corbet, A. L., Gardner, I. H., Weinand, J. D., & Peitzmeier, S. M. (2018). Chest binding and care seeking among transmasculine adults: A cross-sectional study. *Transgender Health*, 3(1), 170-178. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0017>
- Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond gender identity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. *Medical Care*, 58(10), 903. <https://doi.org.uk/10.1097/MLR.0000000000001362>
- Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255-273. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334>
- Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O'Brien-Coon, D., Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-Braly, J. C., Dorafshar, A. H., & Schechter, L. S. (2021). Discussion: Promoting centers for transgender care. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 79(1), 3-4. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.09.027>
- Jefford, M., & Moore, R. (2008). Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *The Lancet. Oncology*, 9(5), 485-493. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70128-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70128-1)
- Jenness, V., & Smyth, M. (2011). The passage and implementation of the Prison Rape Elimination Act: Legal endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. *Stanford Law & Policy Review*, 22, 489. <https://doi.org/doi:10.1177/0891243215611856>
- Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. *Gender & Society*, 30(1), 14-29. <https://doi.org/doi:10.1177/0891243215611856>
- Jessen, R. S., Wæhre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3489-3503. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6>
- Jiang, D. D., Gallagher, S., Burchill, L., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2019). Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. *Obstetrics and Gynecology*, 133(5), 1003-1011. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003236>
- Jiang, D., Witten, J., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2018). Does depth matter? Factors affecting choice of vulvoplasty over vaginoplasty as gender-affirming genital surgery for transgender women. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(6), 902-906. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085>
- Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Promniyom, P., Suwajo, P., Scvaggi, G., & Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in transwomen. *Biomed Research International*, 2018, 7919481. <https://doi.org/10.1155/2018/7919481>
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A

- systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*, 39(3), 263-301. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9>
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students - 19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67. <https://doi.org.uk/10.15585/mmwr.mm6803a3>
- Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Chen, D., Yerkes, E. B., Madonna, M. B., Holl, J. L., Baratz, A. B., Davis, G., & Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards "disorders of sex development" nomenclature among affected individuals. *Journal of Pediatric Urology*, 13(6), 608.e1-608.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.035>
- Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., Bockting, W.O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Research*, 57(2), 222-233. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608422>
- Johnson, L., & Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(1). <https://doi.org/10.1037/sgd0000019>
- Johnson, T. W., & Irwig, M. S. (2014). The hidden world of self-castration and testicular self-injury. *Nature Reviews Urology*, 11(5), 297-300. <https://doi:10.1038/nruro.2014.84>
- Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2010). Gender identity disorder outside the binary: When gender identity disorder-not otherwise specified is not good enough. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 597-598. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9608-1>
- Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2016). Recognition of gender variants outside the binary in WPATH Standards of Care, Version 7.0. *International Journal of Transgenderism*, 17(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1114442>
- Johnson, T. W., Brett, M. A., Roberts, L. F., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (Part I). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 930-945. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00521.x>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). UNAIDS Data 2019. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- Joint, R., Chen, Z. E., & Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(12), 1505-1512. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15258>
- Jones, C. (2019). Intersex, infertility and the future: Early diagnoses and the imagined life course. *Sociology of Health & Illness*, 42(1), 143-156. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12990>
- Jones, T., de Bolger, T., Dune, A., Lykins, A., & G. Hawkes. (2015). Female-to-Male (FtM) transgender people's experiences in Australia: A national study. Springer International Publishing.
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in nonbinary transgender people: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 263-274. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538840>
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 251-262. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1630346>
- Jones, B. A., Brewin, N., Richards, C., Van Eijk, M., Stephenson-Allen, A., & Arcelus, J. (2017). Investigating the outcome of the initial assessment at a national transgender health service: Time to review the process?. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 427-432. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1372838>
- Jones, B. P., Rajamanoharan, A., Vali, S., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Ghaem-Maghani, S., Quiroga, I., Diaz-Garcia, C., Thomas, P., Wilkinson, S., Yazbek, J., & Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uterus transplant

- in transgender women. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034561. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34561>
- Jones, R. K., Witwer, E., & Jerman, J. (2020). Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions. *Contraception: X*, 2, 100019. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100019>
- Jones, K., Wood, M., & Stephens, L. (2017). Contraception choices for transgender males. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(3), 239-240. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101809>
- Joseph, A. A., Kulshreshtha, B., Shabir, I., Marumudi, E., George, T. S., Sagar, R., Mehta, M., & Ammini, A. C. (2016). Gender issues and related social stigma affecting patients with a disorder of sex development in India. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 361-367. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0841-0>
- Julian, J. M., Salvetti, B., Held, J. I., Murray, P. M., Lara-Rojas, L., & Olson-Kennedy, J. (2021). The impact of chest binding in transgender and gender diverse youth and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1129-1134. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.029>
- Jung, A., & Schuppe, H. C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans. *Andrologia*, 39(6), 203-215. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2007.00794.x>
- Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, 23(7), 780-786. <https://doi.org/10.4158/EP161727.OR>
- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 40-44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Kaltiala, R., Heino, E., Työlajärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 213-219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työlajärvi, M., & Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31-41. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s135432>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., & Lindberg, N. (2015). 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(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611-618. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33>
- Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational Andrological Urology*, 8(3), 273-282. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02>
- Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(2), 284-287. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0620-2>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(2), 542-549; discussion 550-541. <https://doi.org/10.1097/00006534-199908000-00039>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*,

- 43(5), 476-483. <https://doi.org/10.1097/00000637-199911000-00003>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery*, 53(3), 209-211. <https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3298>
- Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report. *Osteoporosis International*, 4(6), 368-381. <https://doi.org/10.1007/BF01622200>
- Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D., & Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 413-420. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1631929>
- Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health*, 3(4), 245-247. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072>
- Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C.A. Ferrando, C. A (Ed.). *Comprehensive Care of the Transgender Patient* (pp. 8-11). Elsevier Health Sciences.
- Karasic, D. H., & Fraser, L. (2018). Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 295-299. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.016>
- Karkazis, K., Tamar-Mattis, A., & Kon, A. A. (2010). Genital surgery for disorders of sex development: Implementing a shared decision-making approach. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 23(8), 789-805. <https://doi.org/10.1515/jpem.2010.129>
- Kasianczuk, M., & Trofymenko, O. (2020). Size estimation for transgender people in Ukraine/SE "Center of Social Expertises named fter Yu. Saenko" of the Institute of So-ciology of the National Academy of Sciences of Ukraine.-Kyiv, 2020. https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE
- Kattari, S. K., & Hasche, L. (2016). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people's experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. *Journal of Aging and Health*, 28(2), 285-306. <https://doi.org/10.1177/0898264315590228>
- Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*, 55(8), 635-650. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1193099>
- Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243-263. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312>
- Kaufman, R. & Tishelman, A.C. (2018). Creating a network of professionals. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., & Boedecker, A. L. (2018). Adjunctive interventions: Supportive services for gender role transitions. In M.R. Kauth, & J.C. Shipherd (Eds.). *Adult Transgender Care: An Interdisciplinary Approach for Training Mental Health Professionals* (pp.161-174). Routledge.
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blosnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to care for transgender veterans in the Veterans Health Administration: 2006-2013. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S532-S534. <https://doi.org.uk/10.2105/AJPH.2014.302086>
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments.

- Elsevier, 11, 100608.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>
- Kelly, S. J., & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual Review of Public Health* 36, 441-462.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921>
- Kelly, V., Hertegård, S., Eriksson, J., Nygren, U., & Södersten, M. (2018). Effects of gender-confirming pitch-raising surgery in transgender women a long-term follow-up study of acoustic and patient-reported data. *Journal of Voice*, 33(5), 781-791.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.03.005>
- Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J., Corcoran, S., Dickler, M. N., Goodman, K. A., Margolies, A., Matasar, M. J., Noy, A & Goldfarb, S. B. (2016). Cancer and fertility program improves patient satisfaction with information received. *Journal of Clinical Oncology*, 34(15), 1780-1786.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.5168>
- Kennedy, E., & Thibeault, S. L. (2020). Voice-gender incongruence and voice health information-seeking behaviors in the transgender community. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1563-1573.
https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00188
- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual self-concept discrepancies mediate the relation between gender dysphoria sexual esteem and sexual attitudes in binary transgender individuals. *The Journal of Sex Research*, 59(4), 524-536.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643>
- Kent, M. A., Winoker, J. S., & Grotas, A. B. (2018). Effects of feminizing hormones on sperm production and malignant changes: Microscopic examination of post orchiectomy specimens in transwomen. *Urology*, 121, 93-96.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.07.023>
- Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.
- Keo-Meier, C. L., & Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the gender affirmative model. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Ed), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children.* (pp. 3-19). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 51-64.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.011>
- Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., & Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 143-156.
<https://doi.org/10.1037/a0037599>
- Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Héblly, I., van de Grift, T. C., Staphorsius, A. S., Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(12), 2018-2029.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.003>
- Kerry, S. (2014). Sistergirls/brotherboys: The status of indigenous transgender Australians. *International Journal of Transgender Health*, 15(3-4), 173-186.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995262>
- Khalili, J., Leung, L. B., & Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1114-1119.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302448>
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 906-911.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>
- Kidd, J. D., Dolezal, C., & Bockting, W. O. (2018). The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and trans-masculine individuals: Implications for cardiovascular

- health. *LGBT Health*, 5(7), 401-411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0103>
- Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics*, 147(6), e2020049823. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823>
- Kim, H.T. (2020). Vocal feminization for transgender women: Current strategies and patient perspectives. *International Journal of General Medicine*, 13, 43-52. <http://doi.org/doi:10.2147/IJGM.S205102>
- Kim, E. Y. (2015). Long-term effects of gonadotropin-releasing hormone analogs in girls with central precocious puberty. *Korean Journal of Pediatrics*, 58(1), 1-7. <https://doi.org/10.3345/kjp.2015.58.1.1>
- Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope*, 127(5), 1102-1108. <https://doi.org/10.1002/lary.26127>
- Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gender neutralization in Russian. *Russian Linguistics*, 45(2), 143-158. <https://doi.org/10.1007/s11185-021-09241-6>
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(suppl.1), 1-92. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>
- Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., & Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics*, 145(3), e20190741. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741>
- Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2018). Early hormonal treatment affects body composition and body shape in young transgender adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(2), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009>
- Klein, A., & Golub, S.A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*. 3(3), 193-199. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111>.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922-2939. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370>.
- Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. *Contraception*, 97(5) <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016>
- Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *AFP Journal*, 98(11), 645-653. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050>
- Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (second edition). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W. III., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Identity formation in adolescence: Change or stability? *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 150-162. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4>
- Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C., & Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology and Metabolism International Journal*, 2(1), 36-38. <https://doi.org/10.15406/emij.2015.02.00008>
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), E270-E275. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L., & Bluebond-Langner, R. (2021). Sexual health after vaginoplasty: A systematic review.

- Andrology, 9(6), 1744-1764. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/andr.13022>
- Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L., & Kutteh, W. H. (2017). Provider influences on sperm banking outcomes among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Journal of Adolescent Health, 60*(3), 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.020>
- Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A., & Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm banking attempts among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Fertility and Sterility, 108*(6), 1043-1049. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.039>
- Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewaski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H., & Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosed with cancer: Examination of adolescent, parent, and provider factors influencing fertility preservation outcomes. *Journal of Clinical Oncology, 35*(34), 3830-3865. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.4767>
- Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations, 4*(4), 214-224. <https://doi.org/10.1037/pri0000098>
- Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S., & Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *Journal of Voice, 24*(6), 758-764. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.06.004>
- Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health, 12*(4), 145-150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(1), 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007>
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex*. Tavistock Publications.
- Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N., & Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. *Practica Oto-Rhino-Laryngologica, 101*(1), 39-43. <https://doi.org/10.5631/jibirin.101.39>
- Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research, 47*(05), 340-343. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547269>
- Kornienko, O., Santos, C., Martin, C., & Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental Psychology, 52*(10), 1578-1592. <https://doi.org/10.1037/dev0000200>
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 19*(3), 271-275. <https://doi-org.nottingham.idm.oclc.org/10.1007/s11154-018-9452-5>
- Kosilek v. Mass. Department of Corrections/Kathleen Dennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass. Sept. 4, 2012); "Kosilek II."
- Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).
- Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., Avanessian, B. K., Ting, J., Yiwei, L., Subha, K., Safer, J.D., & Pang, J. H. (2021). No venous thromboembolism increase among transgender female patients remaining on estrogen for gender-affirming surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 106*(4), e1586-e1590. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa966>
- Krege, S., Eckoldt, F., Richter-Unruh, A., Köhler, B., Leuschner, I., Mentzel, H. J., Moss, A., Schweizer, K., Stein, R., Werner-Rosen, K., Wieacker, P., Wiesemann, C., Wunsch, L., & Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper.

- Journal of Pediatric Urology, 15(2), 114–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.10.008>
- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>
- Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczer, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U., & Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/intersex conditions: Results From the dsd-LIFE study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 777–785. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021>
- Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7(8), 466–472. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., & Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 725–739. <https://doi.org/10.1002/jclp.20010>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., & Malata, A. (2018). High-quality health systems in the sustainable development goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)
- Kunachak, S., Prakunhungsit, S., & Sujjalak, K. (2000). Thyroid cartilage and vocal fold reduction: A new phonosurgical method for male-to-female transsexuals. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 109(11), 1082–1086. <https://doi.org/10.1177/000348940010901116>
- Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health*, 5(7), 391–400. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0259>
- Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 217–228. <https://doi.org/10.1037/cpp0000290>
- Kuper, L. E., Mathews, S., & Lau, M. (2019). Baseline mental health and psychosocial functioning of transgender adolescents seeking gender-affirming hormone therapy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(8), 589–596. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000697>
- Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 244–254. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.596954>
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*, 145(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006>
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2014). Stud identity among female-born youth of color: Joint conceptualizations of gender variance and same-sex sexuality. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 714–731. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870443>
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 436–455. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869>
- Kuijpers, S., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2021). Toward a lowest effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI

- study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 106(10), e3936–e3945. <https://doi.org/ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/clinem/dgab427>
- Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review*, 57(1), 54–71. <https://doi.org/10.1111/fcre.12387>
- Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality*, 65(9), 1167–1189. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221>
- Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377–385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>
- Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E., & Diaz, S. (2021). A cross-sectional magnetic resonance imaging study of factors influencing growth plate closure in adolescents and young adults. *Acta Paediatrica*, 110(4), 1249–1256. <https://doi.org/10.1111/apa.15617>
- Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W., & Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 516–536. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689>
- Ladanyi, C., Mor, A., Christianson, M. S., Dhillon, N., & Segars, J. H. (2017). Recent advances in the field of ovarian tissue cryopreservation and opportunities for research. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(6), 709–722. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0899-1>
- Lampalzer, U., Briken, P., & Schweizer, K. (2021). Psychosocial care and support in the field of intersex/diverse sex development (dSD): Counseling experiences, localization and needed improvements. *International Journal of Impotence Research*, 33(2), 228–242.
- Landén, M., Wålinder, J., Hambert, G., & Lundstrom, B. (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), 284–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x>
- Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., & Ramos, D. (2014). Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 855–871. <https://doi.org/10.1177/0886260514556767>
- Langley, R. E., Gilbert, D. C., Duong, T., Clarke, N. W., Nankivell, M., Rosen, S. D., Mangar, S., Macnair, A., Sundaram, S. K., Laniado, M. E., Dixit, S., Madaan, S., Manetta, C., Pope, A., Scrase, C. D., Mckay, S., Muazzam, I. A., Collins, G. N., Worthing, J., & Williams, S. T. (2021). Transdermal oestradiol for androgen suppression in prostate cancer: Long-term cardiovascular outcomes from the randomised Prostate Adenocarcinoma Transcutaneous Hormone (PATCH) trial programme. *The Lancet*, 397(10274), 581–591. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00100-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00100-8)
- Laron, Z., Zeev, Z., Kauli, R., Comaru-Schally, A., & Schally, A. (1981). D-Trp6-analogue of luteinising hormone releasing hormone in combination with cyproterone acetate to treat precocious puberty. *The Lancet*, 318(8253), 955–956. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(81\)91155-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)91155-7)
- Laube, J. S., Auer, M. K., Biedermann, S. V., Schröder, J., Hildebrandt, T., Nieder, T. O., Briken, P., & Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic trans women: A cross-sectional multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(6), 1182–1194. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.030>
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 32(4), 299–315. <https://doi.org/10.1023/a:1024086814364>
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of*

- Sexual Behaviour, 34 (2), 147-166. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y>
- LeBreton, M., Courtois, F., Journel, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. E. (2017). Genital sensory detection thresholds and patient satisfaction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 274-281. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005>
- Ledesma, E., & Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. *American Journal of Public Health*, 110(5), 650-654. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305565>
- Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W., & Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *The American Surgeon*, 82(12), 1238-1243. <https://doi.org/10.1177/000313481608201233>
- Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(2-3), 103-110. <https://doi.org/10.1177%2F1010539520912594>
- Lee, H., Park, J., Choi, B., Yi, H., & Kim, S. S. (2018). Experiences of and barriers to transition-related healthcare among Korean transgender adults: Focus on gender identity disorder diagnosis, hormone therapy, and sex reassignment surgery. *Epidemiology and Health*, 40, 1-13. <https://doi.org/10.4178/epih.e2018005>
- Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society*, 4(9), bvaa065. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>
- Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *International Consensus Conference on Intersex. Pediatrics*, 118(2):e488-500. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738>
- Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L.M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J.3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3), 158-180. <https://doi.org/10.1159/000442975>
- Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39-48. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172>
- Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A., & Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals in childhood cancer survivors: short communication. *Human Reproduction*, 32(11), 2250-2253. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex297>
- Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 21-35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844>
- Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2020). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(2), 409-426. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00469-3>
- Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: A new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, 112(5), 858-865. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014>
- Lev, A.I. & Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care:

- Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Levine, S. B. (2009). Real-Life Test Experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 186–193. <https://doi.org/10.1080/15532730903383773>
- Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F., & Schaefer, L. C. (1998). The Standards of Care for Gender Identity Disorders Fifth Edition. *International Journal of Transgenderism* 2,2, <http://www.symposium.com/ijt/ijtc0405.htm>
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x>
- Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G., & D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 360–380. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915224>
- Liang, J. J., Gardner, I. H., Walker, J. A., & Safer, J. D. (2017). Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocrine Practice*, 23(8), 897–906. <https://doi.org/10.4158/EP171758.O>
- Liao, L., & Simmonds M. (2014). A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development. *Psychology & Sexuality*, 5(1), 83–101. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831217>
- Lieberman, T. (2018). *Painting Dragons: What Storytellers Need to Know About Writing Eunuch Villains*. Bogotá, Glyph Torrent.
- Lierman, S., Tilleman, K., Braeckmans, K., Peynshaert, K., Weyers, S., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2017). Fertility preservation for trans men: Frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(11), 1449–1456. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0976-5>
- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology*, 124(6), 1120–1127. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000540>
- Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*, 98(4), 266–269. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>
- Lightfoot, S., Kia, H., Vincent, A., Wright, D. K., & Vandyk, A. (2021). Trans-affirming care: An integrative review and concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 123, 104047. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104047>
- Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 144–152. <https://doi.org/10.5480/14-1355>
- Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans masculine and nonbinary individuals: A qualitative investigation. *The Journal of Sex Research*, 58(2), 222–234. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1799317>
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder, J., Farnebo, F., & Kalle Lundgren, T. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*, 40, 223–226. <https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0>
- Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D., & Vogiatzi, M. G. (2015). Congenital adrenal hyperplasia patient perception of 'disorders sex development' nomenclature. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2015(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13633-015-0004-4>
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS One*,

- 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
- Liu, S., Liu, Q., Cheng, X., Luo, Y., & Wen, Y. (2016). Effects and safety of combination therapy with gonadotropin-releasing hormone analogue and growth hormone in girls with idiopathic central precocious puberty: A meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(10), 1167–1178. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0486-9>
- Liu, Y., Xin, Y., Qi, J., Wang, H., Hong, T., Yang, X., Li, B., Change, X., Knudson, G., Zhao, Z., & Pan, B. (2020). The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2291–2298. <https://doi.org/10.1177/1010539520912594>
- Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M., & Olshan, J. S. (2017). Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), 475–480. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000516>
- Lo Russo, G., Tanini, S., & Innocenti, M. (2017). Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: a personal approach. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41(2), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0796-0>
- Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E., & Kann, L. K. (2018). Nonconforming gender expression and associated mental distress and substance use among high school students. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1020–1028. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2140>
- Lundberg, T., Hegarty, P., & Roen, K. (2018). Making sense of 'Intersex' and 'DSD': How laypeople understand and use terminology. *Psychology & Sexuality*, 9(2), 161–173. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1453862>
- Luz, P. M., Jalil, E. M., Castilho, J., Velasque, L., Ramos, M., Ferreira, A. C. G., Wilson, E. C., Valdilea, G., Veloso, B. D., Moodie, E. E. M., & Grinsztejn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. *Transgender Health*, 7(1), 101–106. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0171>
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10(2), 235–257. <https://doi.org/10.1017/s095457949800159x>
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 106–110. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y>
- Machtiger, E. L., Cuca, Y. P., Khanna, N., Rose, C. D., & Kimberg, L. S. (2015). From treatment to healing: The promise of trauma-informed primary care. *Women's Health Issues*, 25(3), 193–197. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.03.008>
- MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L. E. (2021). Preventing transition "regret": An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, 291, 114477. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477>
- MacKinnon, K. R., Ng, S. L., Grace, D., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2019). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender patients in the context of gender-affirming medicine. *Advances in Health Sciences Education*, 25(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09899-0>
- Madrigal-Borloz, V. (2021). Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN - Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity,

- submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf
- Madrigal-Borloz, V. (2020). Practices of so-called “conversion therapy” - Report of the UN independent expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 44th session of the UN Human Rights Council. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. <https://undocs.org/A/HRC/44/53>
- Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H., & Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. *The Journal of Sex Research*, 58(8), 1050-1060. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1855408>
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinology*, 7(6), 484-498. [http://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](http://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X)
- Malhotra, A., Kort, S., Lauther, T., Mann, N., Skopicki, H. A., & Parikh, P. B. (2022). Prevalence and predictors of cardiovascular disease and risk factors in transgender persons in the United States. *Critical Pathways in Cardiology*, 21(1), 42-46. <https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000271>
- Malkin, M. L., & DeJong, C. (2018). Protections for transgender inmates under PREA: A comparison of state correctional policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393-407. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>
- Malpas, J., Glaeser, E., & Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 141-156). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>
- Mamoojee, Y., Seal, L. J., & Quinton, R. (2017). Transgender hormone therapy: Understanding international variation in practice. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 243-246. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30068-2](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30068-2)
- Mancini, I., Rotilio, A., Coati, I., Seracchioli, R., Martelli, V., & Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a meningioma in a transwoman after nine years of cyproterone acetate and estradiol intake: Case report and literature review. *Gynecological Endocrinology*, 34(6), 456-459. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1395839>
- Manero Vazquez, I., Garcia-Senosian, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to-female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, 81(4), 393-397. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532>
- Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem - Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a “universal” recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues*, 15, 92-133.
- Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(3), 767-771. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004122>
- Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard, B.V., Thomson, C.A., LaCroix, A.Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R.D., Limacher, M., Margolis, K.L., Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S.A., Cauley, J.A., Eaton, C.B., Gass, M., ...& Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women’s Health

- Initiative randomized trials. *The Journal of the American Medical Association*, 310(13), 1353-1368.
- Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3914-3923. <https://doi.org/ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/jc.2017-01643>
- Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing, J. A., Steinbacher, D. M., & Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery*, 86(1), 82-88. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002351>
- Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 376-381. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706>
- Marks, D. H., Peebles, J. K., & Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know and how they can help. *JAMA Dermatology*, 155(5), 525-526. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.0149>
- Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J., & Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in transgender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(8), 1639-1648. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y>
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291-303.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491-495. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000222>
- Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L., Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M., & Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(4), 1105-1120. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-2437>
- Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N., & Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. *Current Problems in Cardiology*, 45(5), 100396. <https://doi.org/ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003>
- Martinez, F., & International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. *Fertility and Sterility*, 108(3), 407-415.e11. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.024>
- Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A. A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M. H. Z., Azhar, M., Qadri, F., & Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice*, 11, 405. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S255483>
- Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 20(3), 10.
- Massie, J. P., Morrison, S. D., Van Maasdam, J., & Satterwhite, T. (2018). Predictors of patient satisfaction and postoperative complications in penile inversion vaginoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(6), 911e-921e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004427>
- Mastronikolis, N. S., Remacle, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D., & Lawson, G. (2013). Wendler glottoplasty: An effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 27(4), 516-522. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.04.004>
- Matai, V., Cheesman, A. D., & Clarke, P. M. (2003). Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: A patient survey.

- Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 128(6), 841–847. [https://doi.org/10.1016/s0194-5998\(03\)00462-5](https://doi.org/10.1016/s0194-5998(03)00462-5)
- Matei, S., & Danino, M. A. (2015). Smoking and plastic surgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, 60 (1), e71–e72. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.012>
- Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., & Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. *Human Pathology*, 76, 91–99. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007>
- Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 617–628. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003>
- Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632–655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>
- Mattawanon, N., Charoenkwan, K., & Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematic review. *Urology Clinics of North America*, 48(4), 437–460. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.004>
- Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19(3), 231–242. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3>
- Matthews, J. J., Olszewski, A., & Petereit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communication services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 597–610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148
- Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from β -thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. *Minerva Obstetrics and Gynecology*, 70(4), 432–435. <https://doi.org/10.23736/s0026-4784.18.04240-5>
- Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S., & Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstetrics and Gynecology*, 129(6), 1031–1034. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002036>
- Mayer, T. K., Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2019). How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 749. <https://doi.org/10.3390/jcm8050749>
- Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F., & Zucker, K. J. (2007). Survey of HBGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). *International Journal of Transgenderism*, 10(2), 99–108. <https://doi.org/10.1080/1553273080218227>
- McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G., & Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *European Journal of Pediatrics*, 180(9), 2969–2976. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04075-2>
- McCauley, E., Eckstrand, K., Desta, B., Bouvier, B., Brockmann, B., & Brinkley-Rubenstein, L. (2017). Exploring healthcare experiences for incarcerated individuals who identify as transgender in a southern jail. *Transgender Health*, 3(1), 34–41. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0046>
- McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, 2(1), 55–61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>
- McDowell, A., & Bower, K. M. (2016). Transgender health care for nurses: An innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. *Journal of Nursing Education*, 55(8). <https://doi.org/476-479.doi:10.3928/01484834-20160715-11>
- McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M., & Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 952–958. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0770>

- McDowell, M. J., Hughto, J. M. W., & Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2008-0>
- McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H., & Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. In J. D. Sinnott (Ed.) *Positive Psychology: Advances in Understanding Adult Motivation* (pp. 247–267). Springer Science + Business Media
- McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M., & Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBTQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 289-304. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1460735>
- McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBTQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 194-208. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460>
- McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L., & Eaton, A. D. (2021). The Self-identification, LGBTQ+ identity development, and attraction and behavior of asexual youth: Potential implications for sexual health and internet-based service provision. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3853-3863. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02064-y>
- McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diversity. *South African Journal of Psychology*, 49(1), 10-13. *Urology Clinics North America* <https://doi.org/10.1177/0081246318780774>
- McNabb, C. (2017). *Nonbinary gender identities: History, culture, resources*. Rowman & Littlefield.
- McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance*, 12(2), 195-206. <https://doi.org/10.1080/13569780701321070>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., & Regan, M. (2013). Speaking from the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland. *Transgender Equality Network Ireland (TENI)*. <https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). UK Trans Mental Health Study 2012. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727-733. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.12.010>
- McTernan, M., Yokoo, K., & Tong, W. (2020). A comparison of gender-affirming chest surgery in nonbinary versus transmasculine patients. *Annals of Plastic Surgery*, 84(5S Suppl. 4), S323-S328. <https://doi.org/10.1097/sap.0000000000002254>
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1008–1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>
- Mehring, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(9), 100684. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684>
- Mehring, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. *Pediatrics*, 147(3), e2020013300. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>

- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The Demographics of the Transgender Population. In A.K. Baumle (Ed.). *International Handbook on the Demography of Sexuality* (pp. 289-327). Springer.
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 75-85. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>
- Meijer, J. H., Eeckhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health*, 4(2), 106-114. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133>
- Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F., & Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-female transgender persons - The Würzburg approach. *Journal of Voice*, 31(2), 244.e7-244.e15. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.07.018>
- Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 29(1), 1-5. <https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378>
- Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalhorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2442-2453. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00909.x>
- Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 57(2), 111-118. <https://doi.org/10.1159/000083572>
- Meyer, W. III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A., Wheeler C. (2001). *The standards of care for gender identity disorders - Sixth Version*. *International Journal of Transgenderism*, 5(1). http://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/doi/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2014). Psychoendocrinology of Congenital Adrenal Hyperplasia. *Genetic Steroid Disorders*, 285-300. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-416006-4.00023-5>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). "Diagnosing" gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. *Archives of Sexual Behavior* 48(7), 2027-2035. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1349-6>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2022). The timing of genital surgery in somatic intersexuality: Surveys of patients' preferences. *Hormone Research in Paediatrics*, 95, 12-20. <https://doi.org/10.1159/000521958>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baratz Dalke, K., Berenbaum, S. A., Cohen-Kettenis, P. T., Hines, M., & Schober, J. M. (2016). Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: Update of the 2005 Consensus Conference. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(2), 112-118. <https://doi.org/10.1159/000442386>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., & New, M. I. (2017). Stigma in medical settings as reported retrospectively by women with congenital adrenal hyperplasia (CAH) for their childhood and adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 496-503. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw034>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2018). Stigma associated with classical congenital adrenal hyperplasia in women's sexual lives. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 943-951. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1003-8>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Reyes-Portillo, J. A., Khuri, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2017). Syndrome-related stigma in the general social

- environment as reported by women with classical congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 341-351. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0862-8>
- Mieusset, R., Bujan, L., Mansat, A., Pontonnier, F., & Grandjean, H. (1987). Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. *Fertility and Sterility*, 47(1), 150-155. <https://doi.org/10.1016/s0015-02821649951-6>
- Mieusset, R., Grandjean, H., Mansat, A., & Pontonnier, F. (1985). Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. *Fertility and Sterility*, 43(4), 589-594. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)48502-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)48502-x)
- Miksad, R. A., Bublely, G., Church, P., Sanda, M., Rofsky, N., Kaplan, I., & Cooper, A. (2006). Prostate cancer in a transgender woman 41 years after initiation of feminization. *The Journal of the American Medical Association*, 296(19), 2312-2317. <https://doi.org/10.1001/jama.296.19.2316>
- Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S. A., & Finlayson, C. (2018). Attitudes towards 'disorders of sex development' nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians. *Journal of Pediatric Urology*, 14(5), 418.e1-418.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.08.009>
- Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27-38. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353>
- Millington, K., Liu, E., & Chan, Y. M. (2019). The utility of potassium monitoring in gender-diverse adolescents taking spironolactone. *Journal of the Endocrine Society*, 3(5), 1031-1038. <https://doi.org/10.1210/js.2019-00030>
- Millington, K., Schulmeister, C., Finlayson, C., Grabert, R., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., & Chan, Y. M. (2020). Physiological and metabolic characteristics of a cohort of transgender and gender-diverse youth in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 376-383. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.028>
- Mills, M., & Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mills, M., Stoneham, G., & Davies, S. (2019). Toward a protocol for transmasculine voice: A service evaluation of the voice and communication therapy group program, including long-term follow-up for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health*, 4(1), 143-151. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011>
- Milrod, C., & Karasic, D. H. (2017). Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons' experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 624-634. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.007>
- Min, K.-J., Lee, C.-K., & Park, H.-N. (2012). The lifespan of Korean eunuchs. *Current Biology*, 22(18), R792-R793. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.06.036>
- Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A., & Lorenzo, A. J. (2018). Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology*, 14(3), 274.e271-274.e275. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.02.016>
- Ministry of Justice. (2016.) *Care and management of transgender offenders*. (n.d.). GOV.UK. Retrieved May 31, 2022, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders>
- Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335-354. <https://doi:10.1080/10926790802262523>
- Mollet, A. L. (2021). "It's easier just to say I'm queer": Asexual college students' strategic identity management. *Journal of Diversity in Higher Education*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/dhe0000210>
- Money, J., & Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12),

- 713–721. <https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002>
- Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuyper, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K., & Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101(5), 200-209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101>
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., & De Cuyper, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510-518. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06>
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 418-423. <https://doi.org/10.1097/ycp.000000000000198>
- Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). “Without this, I would for sure already be dead”: A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266. <https://doi.org/10.1037/sgd0000130>
- Mora, E., Cobeta, I., Becerra, A., & Lucio, M. J. (2018). Comparison of cricothyroid approximation and glottoplasty for surgical voice feminization in male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 128(9), 2101–2109. <https://doi.org/10.1002/lary.27172>
- Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014. <https://doi.org/10.1210/endo/bqaa014>
- Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Annals of Family Medicine*, 18(1), 73-79. <https://doi.org/10.1370/afm.2473>
- Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A., Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L., & Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(6), 1499-1509. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006837>
- Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J., Laub, D. R., Sr., & VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-to-female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(2), 386-394. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001459>
- Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., & Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(3), 594-615. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002518>
- Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pronouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 331-332. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446>
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30-41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M.R., Flentje, A., Lubensky, M.E., Capriotti, M.R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International*

- Journal of Transgender Health, 22(1-2), 30-41, <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), 376. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035>
- Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., Capprotti, M., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2020). Development of an affirming and customizable electronic survey of sexual and reproductive health experiences for transgender and gender nonbinary people. *PLOS One*, 15(5), e0232154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232154>
- Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., & Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: Beyond women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 1059-1068. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816>
- Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., & T'Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 743-750. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x>
- Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 119-125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>
- Motmans, J., Wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017). Being transgender in Belgium: Ten years later. Institute for the Equality of Women and Men. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf
- Motta, G., Marinelli, L., Barale, M., Brustio, P. R., Manieri, C., Ghigo, E., Procopio, M., & Lanfranco, F. (2020). Fracture risk assessment in an Italian group of transgender women after gender-confirming surgery. *Journal of Bone Mineral Metabolism*, 38(6), 885-893. <https://doi.org/10.1007/s00774-020-01127-9>
- Mouriquand, P. D. E., Gorduza, D. B., Gay, C.-L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baker, L., Baskin, L. S., Bouvattier, C., Braga, L. H., Caldamone, A. C., Duranteau, L., El Ghoneimi, A., Hensle, T. W., Hoebeke, P., Kaefer, M., Kalfa, N., Kolon, T. F., Manzoni, G., Mure, P.-Y., Nordenskjöld, A., & Pippi Salle, J. L. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? *Journal of Pediatric Urology*, 12(3), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.04.001>
- Movement Advancement Project. Conversion "Therapy" Bans. (2021). https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy
- Mujugira, A., Kasiita, V., Bagaya, M., Nakyanzi, A., Bambia, F., Nampewo, O., Kamusiime, B., Mugisha, J., Nalumansi, A., Twesigye, C. C., Muwonge, T. R., Baeten, J. M., Wyatt, M. A., Tsai, A. C., Ware, N. C., & Haberer, J. E. (2021). "You are not a man": A multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted infections among trans men in Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 24(12), e25860. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jia2.25860>
- Mukhopadhyay, A., & Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. *Tropical Doctor*, 39(1), 63-64. <https://doi.org/10.1258/td.2008.080016>
- Müller, A. (2013). Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: Addressing the gap. *BMC Medical Education*, 13(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-174>
- Müller, A. (2015). Strategies to include sexual orientation and gender identity in health professions education. *African Journal of Health Professions Education*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.7196/AJHPE.359>
- Müller, A. (2017). Scrambling for access: availability , accessibility , acceptability and

- quality of healthcare for lesbian , gay , bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 17(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0124-4>
- Müller, A., & Daskilewicz, K., & The Southern and East African Research Collective on Health (2019). 'Are we doing alright? Realities of violence, mental health, and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in eSwatini: Research report based on a community-led study in nine countries'. COC Netherlands. https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf
- Müller, A., Daskilewicz, K., Kabwe, M. L., Mmolai-Chalmers, A., Morrioni, C., Muparamoto, N., Muula, A. S., Odira, V., & Zimba, M. (2021). Experience of and factors associated with violence against sexual and gender minorities in nine African countries: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 357. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10314-w>
- Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalczyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Paediatrics*, 147(4), e2020023549. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549>
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>
- Murchison, G., Adkins, D., Conard, L.A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L.A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Veters, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman, T., Kahn, E. (2016). Supporting & Caring for Transgender Children. Human Rights Campaign.
- Myers, S. C., & Safer, J. D. (2017). Increased rates of smoking cessation observed among transgender women receiving hormone treatment. *Endocrine Practice*, 23(1), 32-36. <https://doi.org/10.4158/EP161438.OR>
- Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth - A narrative review. *Journal of Paediatrics*, 205, 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009>
- Nahata, L., Cohen, L. E., & Yu, R. N. (2012). Barriers to fertility preservation in male adolescents with cancer: it's time for a multidisciplinary approach that includes urologists. *Urology*, 79(6), 1206-1209. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2012.02.035>
- Nahata, L., Curci, M. B., & Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 123-125. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.288>
- Nahata, L., Quinn, G. P., & Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertility and/or sexual function concerns. *Pediatrics*, 142(2), e20181435. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1435>
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 40-44. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012>
- Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K., & Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. *AIDS*, 31(7), 917-952. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001392>
- Nanda, S. (2014). Gender diversity: cross cultural variations. Second edition. Waveland Press.
- Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 605. <https://doi.org/10.21037/atm-20-6204>
- Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer*

- Epidemiology,, 54, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008>
- Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(8), 793–800. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services.
- National Commission on Correctional Health Care. (2016). *Solitary Confinement (Isolation)*. <https://www.nchc.org/solitary-confinement>.
- National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming Primary Care for Intersex People*. <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/>
- Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Genderqueer. Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. *South African Journal of Higher Education*, 31(4). <https://doi.org/10.20853/31-4-1328>
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(03\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5)
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 645-659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447-1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3>
- Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>.
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur– either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology and Sexuality*, 2(3), 224–243. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955>
- Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2661-2672. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z>
- Nieder, T. O., Güldenring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L., & Mundle, G. (2020). Ethical aspects of mental health care for lesbian, gay, bi-, pan-, asexual, and transgender people: A case-based approach. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 93(4), 593–602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513438/>
- Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 632–645. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010>
- Nilsson, J., Jervaeus, A., Lampic, C., Eriksson, L. E., Widmark, C., Armuand, G. M., Malmors, M., Heyman, M., & Wettergren, L. (2014). 'Will I be able to have a baby?' Results from online focus group discussions with childhood cancer survivors in Sweden. *Human Reproduction*, 29(12), 2704-2711. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu280>

- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 199-220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>
- Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Baron-Cohen, S., & Arcelus, J. (2020). The stability of autistic traits in transgender adults following cross-sex hormone treatment. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 431-439. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1783738>
- Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K. L., & Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic disease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *Journal of the Endocrine Society*, 2(4), 349-360. <https://doi.org/10.1210/js.2017-00465>
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation*, 139(11), 1461-1462. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.038584>
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain*, 141(7), 2047-2054. <https://doi.org/10.1093/brain/awy108>
- Noureai, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J., & Saleh, H. A. (2007). The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 9(5), 318-320. <https://doi.org/10.1001/archfaci.9.5.318>
- Nowotny, K.M., Rogers, R.G., & Boardman, J.D. (2017). Racial disparities in health conditions among prisoners compared with the general population. *SSM - Population Health*, 3, 487-496. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.011>
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: A 3-year prospective study. *American Journal of Public Health*, 104(11), 2199-2206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106>
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23. <https://doi.org/10.1080/00224490903062258>
- Nuyen, B. A., Qian, Z. J., Campbell R. D., Erickson-DiRenzo E., Thomas J., & Sung C. K. (2022). Feminization laryngoplasty: 17-year review on long-term outcomes, safety, and technique. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 167(1), 112-117. <https://doi.org/10.1177/01945998211036870>
- Nygren, U., Nordenskjöld, A., Arver, S., & Södersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment - A longitudinal study. *Journal of Voice*, 30(6), 766.e23-766.e34. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.10.016>
- Oates, J. (2019). Evidence-based practice in voice training for transwomen. In R.K. Adler, S. Hirsch, & J. Pickering (Eds.). *Voice and communication therapy for the transgender/Gender Diverse client: A comprehensive clinical guide* (pp. 87-103). Plural Publishing.
- Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism - A review. *British Journal of Disorders of Communication*. 18(3), 139-151. <https://doi.org/10.3109/13682828309012237>
- Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 24(2), 109-111. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.1518>
- Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9(1), 4-8. <https://doi.org/10.1177/1753495X15612658>
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical

- education. *The Journal of the American Medical Association*, 306(9), 971-977. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Oğuz, Ö., Ayran, B., & Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish transgender population. *Journal of Voice*, 35(4), 662.e9–662.e13. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.011>
- OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNAIDS. (2016). *Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people*. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF
- Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4028–4037. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7>
- Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K.A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(5), 634-638. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012>
- Olde Dubbelink, L. M. E., & Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(4), 1148–1165. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-3013-0>
- Olezeski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P., & Tishelman, A. C. (2020). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 293–303. <https://doi.org/10.1037/sgd0000381>
- Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand. Transgender Health Research Lab. <https://patha.nz/Guidelines>
- Olivier, S., & Thurasukam, O. (2018). Lesbian, gay, transgender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand. Save the Children Fund. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf
- Olson, K.R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 7, 229–240. <https://doi.org/10.1037/cpp0000289>
- Olson, K.R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K.A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137, e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Olson, K.R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, 12, 93–97. <https://doi.org/10.1111/cdep.12268>
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative research endeavor. *Transgender Health*, 4(1), 304-312. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024>
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e14434. <https://doi.org/10.2196/14434>
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender

- youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000236>
- Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people. <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth>
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and postsurgical cohorts. *JAMA Paediatrics*, 172(5), 431–436. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>
- Olyslager, F., & Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 11(2), 39–51.
- Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrapment of gender nonconforming prisoners. *UCLA Women's Law Journal*, 18(2), 239–271. <http://dx.doi.org/10.5070/L3182017822> Retrieved from <https://escholarship.org/uc/item/3sp664r9>.
- Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience (p. 256). American Psychological Association.
- Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope*, 116(4), 655–660. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59>
- Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertility & Sterility*, 93(4), 1267–1272. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017>
- Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 272–284. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767>
- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591–600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>
- Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement “Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery.” *Sexual Medicine*, 10(1), 100471. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100471>
- Özkan, O., Çınpolat, A., Doğan, N. U., Bektas, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Doğan, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 52(4), 210–216. <https://doi.org/10.1080/20006512486X.2018.1444616>
- Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>.
- Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. B. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *Journal of Arthroplasty*, 34(7s), S209–s214. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038>
- PAHO. (2014). Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries. John Snow, Inc. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360>

- Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. *Journal of Voice*, 26(1), 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014>
- Palmert, M. R., Chan, Y. M., & Dunkel, L. (2021). Puberty and its disorders in the male. In M.A. Sperling, M.R.K. Majzoub, & C.A. Stratakis (Eds.), *Sperling Pediatric Endocrinology*. Fifth edition. Elsevier.
- Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, 366(5), 443–453. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1109290>
- Pan, S., & Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. *Current Urology Reports*, 19(8), 62. <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0809-9>
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV: Transgender people with HIV. Department of Health and Human Services: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>.
- Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, 89(1), 39–56. <https://doi.org/10.1177/0091415019843520>
- Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011161–e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>
- Papadopoulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 721–730. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022>
- Papadopoulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(2), 286–294. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003529>
- Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 367–381. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218>
- Paré, F. (2020). Outlawing trans reparative therapy. EScholarship@McGill. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v>
- Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: a missed opportunity to help surgical patients? *Annals of Surgery*, 272(3), 419–425. <https://doi.org/10.1097/SLA.00000000000004118>
- Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267. <https://doi.org/10.1037/cpp0000291>
- Park, C., Brown, S., & Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.07.017>
- Park, J. A., Carter, E. E., & Larson, A. R. (2019). Risk factors for acne development in the first 2 years after initiating masculinizing testosterone therapy among transgender men. *Journal of the*

- American Academy of Dermatology, 81(2), 617-618. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.040>
- Parkes, G., & Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. *Mental Retardation*, 44(4), 260-271. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2006\)44\[260:GDACIP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:GDACIP]2.0.CO;2)
- Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 188-199.
- Pasricha, N., Dacakis, G., & Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 33(1), 25-34. <https://doi.org/10.1080/14015430701514500>
- Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 369-375. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8>
- Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, 95(8):618. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.163840>
- Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S., & Hines, M. (2015). 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(5), 1363-1375. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0385-0>
- Patterson, C. J., Sepúlveda, M.-J., & White, J. (Eds.). (2020). *Understanding the Well-Being of LGBTIQ+ Populations*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>
- Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423-436. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x>
- Payne, J. G., & Erbenius, T. (2018). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: From reproductive rights to concrete practices. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 329-343. <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507485>
- Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). Position Statement on Genital Surgery in Individuals with Differences of Sex Development (DSD)/Intersex Traits. <https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-in-individuals-with-differences-of-sex-development-dsd-intersex-traits/>.
- Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 64-75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675>
- Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 29(5), 778-784. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1>
- Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.
- Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F., & Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3002-3011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12698>
- Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open*, 2(9), e1911058. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11058>
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults.

- Behavioral Medicine, 41(3), 164-171. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322>.
- Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 3193-3200. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x>
- Perry, D., & Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 61-74. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00715.x>
- Persson Tholin, J., & Broström, L. (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition-related health care in Sweden. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 424-435. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1465876>
- Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B., & Karver, M. S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. *Archives of Sexual Behavior*, 50(3), 1003-1014. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01888-4>.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961-1991. (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier). Symposium Publishing <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281-286. <https://doi.org/10.1037/sgd0000122>
- Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 23-31. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(06\)28254-5](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(06)28254-5)
- Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P., & Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approximation. *The British Journal of Radiology*, 73(872), 840-842. <https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.11026858>
- Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M., & Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. *Human Reproduction*, 30(11), 2463-2475. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev190>
- Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L. Corra. U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham. I., Hoes, A., Lochen, M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y., & Tiberi, M. (2020). Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(2), 181-205. <https://doi.org/10.1177/2047487319893035>
- Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I., & Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgender women and transgender men attending clinics that provide sexually transmitted disease services in six US cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(2), 112-117. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000917>
- Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations, *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* 60(1), e3-e13. <https://doi.org/doi:10.1016/j.anplas.2014.06.011>
- Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e15-e49. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.011>

- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. John Wiley & Sons, Inc.
- Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health, 68*(3), 615-618. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.014>
- Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., & Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. *Clinical Gerontologist, 39*(5), 366-388. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383>
- Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. *American Journal of Preventive Medicine, 61*(6), 804-811. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine, 84*, 22-29.
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 72*, S210-S219. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001087>
- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet, 385*(9964), 274-286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)
- Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: A narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine, 30*(12), 1857-1864. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8>
- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery, 143*(1), 272-279. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113>
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. *Fertility and Sterility, 112*(6), 1022-1033. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.012>
- Pradhan, S., & Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 32*(5S), S23-S29. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.04.007>
- Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: a qualitative study. *BMC Medical Education, 20*, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02045-0>
- Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcette, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., ... Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 113*(4), 787-891. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.5935/abc.20190204>
- Prince, J. C. J., & Safer, J. D. (2020). Endocrine treatment of transgender individuals: Current guidelines and strategies. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism, 15*(6), 395-403. <https://doi.org/10.1080/17446651.2020.1825075>
- Prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care : The Official Journal of the National Commission on Correctional Health*

- Care, 15(4), 280–291. <https://doi.org/gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345809340423-hi>
- Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice, 28*(1), 81–100. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12377>
- Psychological Society of South Africa. (2017). *Practice Guidelines For Psychology Professionals Working With Sexually And Gender-Diverse People*. (C. J. Victor & J. A. Nel, Eds.) (1st ed.). Johannesburg: Psychological Society of South Africa. Retrieved from <https://www.psyssa.com>
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy, 15*(1), 48–59. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology, 33*(8), 954. <https://doi.org/10.1037/fam0000561>
- Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M.L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., Suerich-Gulick, F. (2019). Parents/guardians' journeys to acceptance and support of gender-diverse and trans children and youth. *Journal of Family Issues, 41*(8), 1214–1236. <https://doi.org/10.1177/0192513X19888779>
- Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud, A.-A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth, 12*, 39–63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555>
- Putney, J.M., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L., & Halmo, R. (2018). Anticipated needs of LGBT older adults in long-term care. *Journal of Gerontological Social Work, 61*(8), 887–907. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109>
- Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N., & Chen, D. (2021). Timing and delivery of fertility preservation information to transgender adolescents, young adults, and their parents. *The Journal of Adolescent Health, 68*(3), 619–622. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.044>
- Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology, 9*(6), 1689–1697. <https://doi.org/10.1111/andr.13026>
- Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Wads, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open, 7*(12), e018121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121>
- Rachlin, K., Dhejne, C., & Brown, G. R. (2010). The future of GID NOS in the DSM-5: Report of the GID NOS working group of a consensus process conducted by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12*(2), 86–93. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.509209>
- Radix, A. E., Harris, A. B., & Goldstein, Z. G. (2020). How can we improve uptake of oral HIV pre-exposure prophylaxis for transgender individuals? *Expert Review of Anti-infective Therapy, 18*(9), 835–838. <https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1759418>
- Radix, A., & Einfeld, J. (2014). Informierte zustimmung in der trans*-gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung, 27*(01), 31–43. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1366129>
- Rae, J. R., Gülgöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science, 30*(5), 669–681. <https://doi.org/10.1177/0956797619830649>
- Rael, C. T., Martinez, M., Giguere, R., Bockting, W., MacCrate, C., Mellman, W., Valente, P., Greene, G. J., Sherman, S. G., Footer, K. H. A., D'Aquila, R. T., Carballo-Diéguez, A., & Hope, T. J. (2019).

- Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: The case of injections and implanted medication delivery devices (IMDDs). *AIDS and Behavior*, 24(5), 1452–1462. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02703-5>
- Raffaini, M., Magri, A. S., & Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(2), 438–448. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6>
- Rafferty, J., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno, J., Rodriguez, G., & Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review of surgical technique and complications in 60 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1837–1845. <https://doi.org/10.1111/jsm.12936>
- Rapp, M., Duranteau, L., van de Grift, T. C., Schober, J., Hirschberg, A. L., Krege, S., & DSD-Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in people with disorders/differences of sex development (DSD) in Europe (dsd-LIFE). *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 353–365. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.12.007>
- Rashid, A., Afiqah, S. N., & Iguchi, Y. (2022). Use of hormones among trans women in the west coast of peninsular Malaysia: A mixed methods study. *Transgender Health*, 7(3), 242–249. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0119>
- RCGP. (2019). The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement. <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en>
- Rebeck, T. R., Friebel, T., Wagner, T., Lynch, H. T., Garber, J. E., Daly, M. B., Isaacs, C., Olopade, O. I., Neuhausen, S. L., van 't Veer, L., Eeles, R., Evans, D. G., Tomlinson, G., Matloff, E., Narod, S. A., Eisen, A., Domchek, S., Armstrong, K., & Weber, B. L. (2005). Effect of short-term hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: The PROSE study group. *Journal of Clinical Oncology*, 23(31), 7804–7810. <https://doi.org/10.1200/jco.2004.00.8151>
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>
- Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578–589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12720>
- Regmi, P. R., van Teijlingen, E., & Neupane, S. R. (2021). Silicone use among Nepali transgender women: The hazards of beauty. *Journal of Health Research*, 35(2), 160–171. <https://doi.org/10.1108/JHR-08-2019-0192>
- Reisman, T., Dacarett-Galeano, D., & Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. In L. Poretsky & W. C. Hembree (Eds.), *Transgender Medicine* (pp. 283–292). Humana Press, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4_14
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health*, 3(1), 24–26. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044>
- Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults.

- Global Public Health, 11(7-8), 866-887. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613>
- Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L., & Mayer, K. (2015). Comprehensive transgender healthcare: The gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, 92(3), 584-592. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2>
- Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Peitzmeier, S. M., White Hughto, J. M., Cavanaugh, T. P., Pardee, D. J., McLean, S. A., Panther, L.A., Gelman, M., Mirmiaga, M. J., & Potter, J. E. (2018). Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PloS One*, 13(3), e0190172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190172>
- Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research*, 52(3), 243-256. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321>
- Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G., & Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who have sex with men in the United States. *Journal of the International AIDS Society*, 22(9), e25391. <https://doi.org/10.1002/jia2.25391>
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* 388(10042), 412-436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S235-S242. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001088>
- Reisner, S. L., Vettters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274-279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>
- Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L., & Perez-Brumer, A. (2021). "Existimos": Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. *PLoS One*, 16(8), e0254494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254494>
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for male-to-female transsexualism: Voice results. *Journal of Voice*, 25(1), 120-123. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004>
- Remington, A. C., Morrison, S. D., Massie, J. P., Crowe, C. S., Shakir, A., Wilson, S. C., Vyas, K. S., Lee, G. K., & Friedrich, J. B. (2018). Outcomes after phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(2), 220e-229e. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000004061>
- Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth - A critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/camh.12437>
- Rich, A., Scheim, A., Koehoorn, M., & Poteat, T. (2020). Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: A systematic review and narrative synthesis. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101259. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101259>
- Richards, C. (2021). *Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for counselling psychology*. Routledge.
- Richards, C., & Barrett, J. (2020). *Trans and non-binary gender healthcare for psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals*. Royal College of Psychiatrists/Cambridge University Press.
- Richards, C., Barker, M. J., Lenihan, P., & Iantaffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. *Feminism & Psychology*, 4, 248-258. <https://doi.org/10.1177/0959353514526220>
- Richards, C., Bouman, W. P., & Barker, M.-J. (2017). *Genderqueer and Non-Binary Genders*. Palgrave

- MacMillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-51053-2>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95-102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>
- Richards, E. G., Farrell, R. M., Ricci, S., Perni, U., Quintini, C., Tzakis, A., & Falcone, T. (2021). Uterus transplantation: State of the art in 2021. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 38(9), 2251–2259. <https://doi.org/10.1007/s10815-021-02245-7>
- Richards, R. N., & Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000 hours of experience. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 33(4), 662–666. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)91290-8](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91290-8)
- Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C., & Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(4), 379–385. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003>
- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 275–288. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069>
- Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2016). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality*, 64(5), 592–605. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2016). Australian mental health nurses and transgender clients: Attitudes and knowledge. *Journal of Research in Nursing*, 21(3), 212–222. <https://doi.org/10.1177/1744987115624483>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018a). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health*, 15(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0627-z>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018b). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(4), 382–394. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1444274>
- Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Sansfaçon, A. P. (2019). “If they didn’t support me, I most likely wouldn’t be here”: Transgender young people and their parents negotiating medical treatment in Australia. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692751>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Ristori, J., Fisher, A. D., Castellini, G., Sensi, C., Cipriani, A., Ricca, V., & Maggi, M. (2019). Gender dysphoria and anorexia nervosa symptoms in two adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1625–1631. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1396-7>
- Ristori, J., Rossi, E., Cocchetti, C., Mazzoli, F., Castellini, G., Vignozzi, L., Ricca, V., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2021). Sexual habits among Italian transgender adolescents: A cross-sectional study. *International Journal of Impotence Research*, 33(7), 687–693. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00427-6>
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410–417. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804>
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2014). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.006>
- Roberts, C. M., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Perez, M. N., Delozier, A. J., Austin, P. F., Baskin,

- L. S., Chan, Y.-M., Cheng, E. Y., Diamond, D. A., Fried, A. J., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S. Z., Meyer, T., Nokoff, N. J., Palmer, B. W., Paradis, A., Reyes, K. J. S., & Tishelman, A. (2020). Illness uncertainty longitudinally predicts distress among caregivers of children born with DSD. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(9), 1053–1062. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa069>
- Roberts, L. F., Brett, M. A., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2008). A passion for castration: Characterizing men who are fascinated with castration, but have not been castrated. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1669–1680. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00636.x>
- Roberts, S. A., & Kaiser, U. B. (2020). Genetics in endocrinology: Genetic etiologies of central precocious puberty and the role of imprinted genes. *European Journal of Endocrinology*, 183(4), R107–R117. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0103>
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850–859. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30165-1)
- Rochlin, D. H., Brazio, P., Wapnir, I., & Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery*. *Global Open*, 8(3), e2719. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002719>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestig, J., Arver, S., Johansson, A. L. V., & Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy - A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1773–1780. <https://doi.org/10.1111/andr.12999>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Seryounitis, F., Wanggren, K., Ekengren, T. L., Lind, T., & Borgström, B. (2019). A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden—Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(5), 604–615. <https://doi.org/10.1111/aogs.13559>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikonomou, K., Keros, V., Gustafsson, B., Sergouniotis, F., Wikander, I., Perot, R., Borgström, B., Ljungman, P., & Barbany, G. (2021). Successful pregnancies after transplantation of ovarian tissue retrieved and cryopreserved at time of childhood acute lymphoblastic leukemia – A case report. *Haematologica*, 106(10), 2783–2787. <https://doi.org/10.3324/haematol.2021.278828>
- Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *Journal of Sex Research*, 56(4-5), 511–528. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331>
- Rolston, A. M., Gardner, M., Vilain, E., & Sandberg, D. E. (2015). Parental reports of stigma associated with child's disorder of sex development. *International Journal of Endocrinology*, 2015, 980121. <https://doi.org/10.1155/2015/980121>
- Rondahl, G. (2009). Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 11. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1718>
- Rood, B. A., Puckett, J. A., Pantalone, D. W., & Bradford, J. B. (2015). Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health*, 2(3), 270–275. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048>
- Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 411–426. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1329048>
- Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamrarn, U., Malabanan, A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L., & Yeap, S. S. (2019). Bone densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. *Journal of Clinical Densitometry*,

- 22(4), 544-553. <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.07.004>
- Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(12), 4379-4389. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-1919>
- Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 21(4), 185-192. <https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185>
- Rosenthal, S.M. (2021). Challenges in the care of transgender youth: An endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(10), 581-591
- Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PloS One*, 15(10), e0240088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088>
- Ross, A. (2017). Gender Confirmation Surgeries Rise 20% in First Ever Report. American Society of Plastic Surgeons, Press Releases.
- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757-767. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0>
- Rothenberg, S. S., Witchel, S. F., & Menke, M. N. (2019). Oocyte cryopreservation in a transgender male adolescent. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 886-887. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1813275>
- Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2013). Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: "do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1830-1836. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301348>
- Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K., Hemmens, C., & Yoo, J. (2015). Transgender inmates in prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(6), 645-666. <https://doi.org/10.1177/0306624x15603745>
- Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JBIEvidence Synthesis*, 17(9), 1826-1854. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003869>
- Royal College of General Practitioners. (2019). The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP position statement. <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care.aspx>
- Russell, A. M., Galvin, K. M., Harper, M. M., & Clayman, M. L. (2016). A comparison of heterosexual and LGBTQ cancer survivors' outlooks on relationships, family building, possible infertility, and patient-doctor fertility risk communication. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 935-942. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0524-9>
- Russell, M. R., & Abrams, M. (2019). Transgender and nonbinary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interests Groups*, 4(6), 1298-1305. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034
- Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 63(4), 503-505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>
- Ryan, C. (2009). Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children. <http://familyproject.sfsu.edu>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2020). Parent-initiated sexual orientation

- change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 67(2), 159-173.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1538407>
- Saeed, A., Mughal, U., & Farooq, S. (2017). It's complicated: Sociocultural factors and the disclosure decision of transgender individuals in Pakistan. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1051-1070.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368766>
- Safer, J.D. (2021). Research gaps in medical treatment of transgender/nonbinary people. *The Journal of Clinical Investigation*, 131(4), e142029.
<https://doi.org/10.1172/JCI142029>
- Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the Transgender Patient. *Annals of Internal Medicine*, 171(1), ITC1-ITC16.
<https://doi.org/10.7326/aitc201907020>
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 168-171.
<https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227>
- Salgado, C. J., Nugent, A., Kuhn, J., Janette, M., & Bahna, H. (2018). Primary sigmoid vaginoplasty in transwomen: Technique and outcomes. *Biomed Research International*, 2018, 4907208.
<https://doi.org/10.1155/2018/4907208>
- Salibian, A. A., Axelrod, D. M., Smith, J. A., Fischer, B. A., Agarwal, C., & Bluebond-Langner, R. (2021). Oncologic considerations for safe gender-affirming mastectomy: Preoperative imaging, pathologic evaluation, counseling, and long-term screening. *Plastic and Reconstructing Surgery*, 147(2), 213e-221e.
<https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007589>
- Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 502-509.
<https://doi.org/10.1177/0706743720902629>
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health*, 99 (4), 713-719.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.132035>
- Sandberg, D. E., & Gardner, M. (2022). Differences/disorders of sex development: Medical conditions at the intersection of sex and gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 201-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-101412>.
- Sandberg, D. E., & Mazur, T. (2014). A noncategorical approach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. C. de Vries (Eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 93-114). Springer Science + Business Media
https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_5
- Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S., & Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150838.
<https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150838>
- Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354-359.
<https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>
- Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: Strategies to treat them and minimize their occurrence. *Journal of Clinical Anatomy*, 31(2), 187-190.
<https://doi.org/10.1002/ca.23021>
- Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism*, 15(3-4), 146-163.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260>
- Sawyer, W. (2020). Visualizing the racial disparities in mass incarceration. *Prison Policy Initiative*.

- Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563-585. <https://doi.org/10.1111/josi.12232>
- Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1453.
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 13 (7), 1125-1132. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004>
- Schardein, J. N., Zhao, L. C., & Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complications. *Urology Clinics of North America*, 46(4), 605-618. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.012>
- Schechter, L. S., & Safa, B. (2018). Introduction to phalloplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 387-389. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.014>
- Schechter, L. S., & Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(5), 1380-1382. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000005477>
- Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y., & Monstrey, S. (2017). Gender confirmation surgery: Guiding principles. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 852-856. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.001>
- Schein, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care*, 29(8), 990-995. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937>
- Schein, A. I., Bauer, G. R., & Travers, R. (2017). HIV-related sexual risk among transgender men who are gay, bisexual, or have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(4), e89-e96. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001222>
- Schein, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, 5(4), e196-e203. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3)
- Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: Influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology*, 5(5), 873-880. <https://doi.org/10.1111/andr.12405>
- Schneider, F., Neuhaus, N., Wistuba, J., Zitzmann, M., Heß, J., Mahler, D., & Kliesch, S. (2015). Testicular functions and clinical characterization of patients with gender dysphoria (GD) undergoing sex reassignment surgery (SRS). *Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2190-2200. <https://doi.org/10.1111/jsm.13022>
- Schönauer, L. M., Dellino, M., Loverro, M., Carriero, C., Capursi, T., Leoni, C., & Di Naro, E. (2020). Hormone therapy in female-to-male transgender patients: Searching for a lifelong balance. *Hormones*, 20(1), 151-159. <https://doi.org/10.1007/s42000-020-00238-2>
- Schubert, F. D., & Carey, J. M. (2020). Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 393-394. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.014>
- Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2007). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 16-33. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9241-9>
- Schwartz, A. R., Russell, K., & Gray, B. A. (2019). Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstetrics and*

- Gynecology, 134(1), 81-90. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003308>
- Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: Treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 504-519. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw058>
- Scoias, M. E., Marshall, B. D. L., Aristegi, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health*, 13(81), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>
- Scott, S. (2013). "One is not born, but becomes a woman": A fourteenth amendment argument in support of housing male-to-Female transgender inmates in female facilities. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law*, 15(4), 1259-1297. <https://scholarship.law.upenn.edu/jcl/vol15/iss4/6>
- Seal, L. (2017). Adult endocrinology. In C. Richards, W. P. Bouman, & M.-J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders* (pp. 183-223). Palgrave MacMillan.
- Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclair, C., & Barrett, J. (2012). Predictive markers for mastoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(12), 4422-4428. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-2030>
- Seelman, K. L. (2016). Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *Journal of Homosexuality*, 63(10), 1378-1399. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1157998>
- Seelman, K. L., Colón-Díaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017). Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender Health*, 2(1), 17-28. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024>
- Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N., & Oren, A. (2020). Children and adolescents with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. *Endocrine Practice*, 26(4), 423-428. <https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418>
- Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2020). Transgender youth's disclosure of gender identity to providers outside of specialized gender centers. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 691-698. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.010>
- Serafin, J., Smith, G. B., & Keltz, T. (2013). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet. *Geriatric Nursing*, 34(1), 81-83.
- Sermondade, N., Benaloun, E., Berthaut, I., Moreau, E., Prades, M., Béranger, A., Chabbert-Buffet, N., Johnson, N., Lévy, R., & Dupont, C. (2021). Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: A French case series. *Reproductive BioMedicine Online*, 43(2), 339-345. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.04.016>
- Sevelius, J., & Jenness, V. (2017). Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 32-40. <https://doi.org/10.1108/ijph-08-2016-0046>
- Sevelius, J. (2009). "There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non-transgender men. *Journal of Associate Nurses in AIDS Care*, 20(5), 398-410. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.001>
- Sevelius, J. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebchook, G., & Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the transgender women's importance of pronouns (TW-IP) scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9525. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249525>
- Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research

- and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19(7S6), 21105. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105>
- Seyed-Foroontan, K., Karimi, H., & Seyed-Foroontan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(2), 491-497. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z>
- Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 254e-256e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000005160>
- Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-awarenesstraining->
- Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Medical Education*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>
- Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*, <https://doi.org/10.1177/10398562211068373>
- Sheppard, M., & Mayo, J. B. Jr. (2013). The social construction of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. *The Social Studies*, 104(6), 259-270. <https://doi.org/10.1080/00377996.2013.788472>
- Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W., & Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International Journal of STD and AIDS*, 29(13), 1258-1272. <https://doi.org/10.1177/0956462418785451>
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248-250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Shipherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 629-646. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001>
- Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(6), 1502-1508. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221>
- Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, 35(5), 576-581. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz119>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H., & Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. *Journal of Pediatric and Hematology/Oncology*, 34(8), e315-319. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a>
- Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2015). The role of assent in the treatment of transgender adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 97-102. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075929>
- Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79-102. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>
- Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). "We faced every change together". Couple's intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary

- individuals' partners. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 48(1), 23-46. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1957733>
- Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gender reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 269-273. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003>
- Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Getahun, D., Hunkeler, E., & Goodman, M. (2017). Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology*, 27(8), 499-501. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.07.007>
- Siminoff, L., & Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 335-339. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302>
- Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A., & Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 149(4), 755e-766e. <https://doi.org/10.1097/prs.00000000000008969>
- Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791-793. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>
- Simonsen, R. K., Giraldi, A., Kristensen, E., & Hald, G. M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 241-247. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1081405>
- Simopoulos, E. F., & Khin Khin, E. (2014). Fundamental principles inherent in the comprehensive care of transgender inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(1), 26-36. <http://jaapl.org/content/42/1/26>
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>
- Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Effect of sex steroids on the bone health of transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3904-3913. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642>
- Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reager, S., & Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*, 42(2), 116. <https://doi.org/10.1037/rmh0000089>
- Smith, P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the literature. *Crime and Justice*, 34(1), 441-528. <https://doi.org/10.1086/500626>
- Smith, N.L., Blondon, M., Wiggins, K.L., Harrington, L.B., van Hylckama Vlieg, A., Floyd, J.S., Hwang, M., Bis, J.C., McKnight, B., Rice, K.M., Lumley, T., Rosendaal, F.R., Heckbert, S.R., & Psaty, B.M. (2014). Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens. *JAMA Internal Medicine*, 174(1), 25-31. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.11074.
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472-481. <https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017>
- Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89-99. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002776>
- Snowden, J. M., Guise, J., & Kzhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. *Birth*(45), 232-235. <https://doi.org/10.1111/birt.12351>

- Söderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 29(1), 18-30. <https://doi.org/10.1080/14015430310021618>
- Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S., & Dhejne, C. (2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 25(2), 87-97. <https://doi.org/10.1044/vvd25.2.87>
- Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N., & Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and metabolic effects of testosterone suppressive agents in transgender women. *Endocrine Practice*, 26(8), 883-890. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0032>
- Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head and Neck Surgery*, 156(5), 803-808. <https://doi.org/10.1177/0194599817697050>
- Sonja, J., Ellis, L. B., & McNeil, J. (2015). Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/19359705.2014.960990>
- Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. *Current Radiology Reports*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1>
- Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1135-1141. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024>
- Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. *Pediatrics*, 146(4), e20193600. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600>
- Sorbara, J. C., Ngo, H. L., & Palmert, M. R. (2021). Factors associated with age of presentation to gender-affirming medical care. *Pediatrics*, 147(4), e2020026674. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-026674>
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418-425. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907>
- Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes*, 11(3), 66-77. <https://doi.org/10.4239/wjd.v11.i3.66>
- Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 18(1), 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.20.020>
- Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. *The Journal of the American Medical Association*, 315(19), 2063-2064. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070>
- Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E., & White, P. C. (2018). Congenital Adrenal Hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4043-4088. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01865>
- Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., & Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy*, 58(1), 37-49. <https://doi.org/10.1037/pst0000363>
- Spivey, L.A., Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological

- interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48, 343–356. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207>
- Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports*, 11(1), 2240. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>
- Sprager, L. O. N., & Martinez, Jr. (2015). Beyond translation: Promoting a new national standard for equity in health materials translated from English. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/201509b>
- Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Reports*, 12(1), 10–16. <https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8>
- Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019). Clinical practice guidelines for assessment of children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl. 2), 158–175. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_580_18
- Staples, J. M., Bird, E. R., Gregg, J. J., & George, W. (2020). Improving the gender-affirmation process for transgender and gender-nonconforming individuals: Associations among time since transition began, body satisfaction, and sexual distress. *The Journal of Sex Research*, 57(3), 375–383. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1617829>
- Stark, T., Shoag, J. E., & Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *Journal of Urology*, 201(5), 871–873. <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000000023>
- Statistics Canada. (2022). Census of Population Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499–516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2>
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 713–715. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64, 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Steensma, T. D., & Wensing-Kruger, S. A. (2019). Gender Dysphoria. In T. H. Ollendick, S. W. White, & B. A. White (Eds). *The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Oxford Library of Psychology
- Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). 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(4), 635–647. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9804-2>
- Stein, D. M., Victorson, D. E., Choy, J. T., Waimey, K. E., Pearman, T. P., Smith, K., Dreyfuss, J., Kinahan, K., Sandwani, D., Woodruff, T. K., & Brannigan, R. E. (2014). Fertility preservation preferences and perspectives among adult male survivors of pediatric cancer and their parents. *Journal Adolescent and Young Adult Oncology*, 3(2), 75–82. <https://doi.org/10.1089/jayao.2014.0007>

- Stein, G. L. (2020). Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 817–824. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/jpm.2019.0542>
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 51–58. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.005>
- Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist*, 64 (8), 739–750. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.64.8.739>
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 424–445. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863>
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Translational Andrological Urology*, 9(6), 2771–2785. <https://doi.org/10.21037/tau-20-954>
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrological Urology*, 9(Suppl. 2), S215–S226. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28>
- Stevenson, M. O., Wixon, N., & Safer, J. D. (2016). Scalp hair regrowth in hormone-treated transgender woman. *Transgender Health*, 1(1), 202–204. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0022>
- Stoffers, I. E., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Physical changes, laboratory parameters, and bone mineral density during testosterone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(9), 1459–1468. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.06.014>
- Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. *Women & Criminal Justice*, 25(1-2), 120–129. <https://doi.org/10.1080/08974454.2015.1026154>
- Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jeftovic, M., Stanojevic, D., & Djordjevic, M. L. (2017). One-stage gender-confirmation surgery as a viable surgical procedure for female-to-male transsexuals. *Translational Andrological Urology*, 14(5), 741–746. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.256>
- Stonewall. (2018). LGBT in Britain: Work report. Retrieved from https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf
- Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 128–135. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.022>
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D., Edwards-Leeper, L., Pleak, R., Spack, N., Karasic, D., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kushner, E., ... Caretto, A., Lewis, H., & Anthony, L. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105–115. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>
- Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., Sadikova, E., Wyss, S., Willing, L., Caplan, R., Pervez, N., Nowak, J., Gohari, D., Gomez-Lobo, V., Call, D., & Anthony, L. G. (2018). "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 48(12), 4039–4055. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6>
- Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J., & Thomas, J. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based

- participatory design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 730-745. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817>
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). *Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results. Telethon Kids Institute* <https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/brain--behaviour/trans-pathwayreport-web.pdf>
- Streed, C. G., Beach, L. B., Caceres, B. A., Dowshen, N. L., Moreau, K. L., Mukherjee, M., Poteat, T., Radix, A., Reisner, S. L., & Singh, V. (2021). Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 144(6). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001003>
- Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming transgender and nonbinary patients: Expanding the language of "women's health". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 585.e581-585.e585. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.018>
- Stroumsa, D., Roberts, E. F. S., Kinnear, H., & Harris, L. H. (2019). The power and limits of classification - A 32-year-old man with abdominal pain. *New England Journal of Medicine*, 380(20), 1885-1888. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1811491>
- Stübler, M. L., & Becker-Hebly, I. (2019). [Sexual experiences and sexual orientation among transgender adolescents]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(01), 5-16. <https://doi.org/10.1055/a-0838-8965>
- Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H., & Jonas, K. J. (2021) The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 16(12): e0260063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063>
- Subramanian, T., Chakrapani, V., Selvaraj, V., Noronha, E., Narang, A., & Mehendale, S. (2016). Mapping and size estimation of hijras and other trans-women in 17 states of India: First level findings. *International Journal of Health Sciences and Research*, 6(4), 345-353. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/48.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth.* HHS Publications.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment.* <https://www.samhsa.gov/sbirt>
- Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(4), 245-247. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101091>
- Suen, Y. T., Chan, R. C. H., & Wong, E. M. Y. (2018). Mental health of transgender people in Hong Kong: A community-driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life and suicidality. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1093-1113. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368772>
- Sugrue, V. J., Zoller, J. A., Narayan, P., Lu, A. T., Ortega-Recalde, O. J., Grant, M. J., Bawden, C. S., Rudiger, S. R., Haghani, A., Bond, D. M., Hore, R. R., Garratt, M., Sears, K. E., Wang, N., Yang, X. W., Snell, R. G., Hore, T. A., & Horvath, S. (2021). Castration delays epigenetic aging and feminizes DNA methylation at androgen-regulated loci. *ELife*, 10. <https://doi.org/10.7554/elife.64932>
- Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203-221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>
- Tamar-Mattis, S., Gamarel, K. E., Kantor, A., Baratz, A., Tamar-Mattis, A., & Operario, D. (2018). Identifying and counting individuals with differences of sex development conditions in population health research. *LGBT Health*, 5(5), 320-324. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0180>

- Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 269-280. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504>
- Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291-300. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)30319-9)
- Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A., & Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 379-385. <https://doi.org/10.1037/sgd0000377>
- Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 229-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059>
- Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineoscrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to-female gender reassignment surgery in circumcised subjects. *European Journal of Plastic Surgery*, 38(1), 43-48. <https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1>
- Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation of teaching on LGBT health care. *Clinical Teacher*, 15(2), 141-144. <https://doi.org/10.1111/tct.12647>
- Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195-204. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056>
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132-136. <https://doi.org/10.5694/mja17.01044>
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2020). Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents. Version 1.3. The Royal Children's Hospital. <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212-224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
- Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M., & Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in three male-to-female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. *Andrologia*, 48(10), 1130-1137. <https://doi.org/10.1111/and.12550>
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125-136. <https://doi.org/10.1037/abn0000234>
- Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452. <https://doi.org/10.1037/a0029604>
- TGEU. (2017). Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey. Transgender Europe. <https://tgeu.org/healthcare/>
- TGEU. (2021). Trans rights map 2021. Transgender Europe. <https://transrightsmat.tgeu.org/home/>
- Thalavirithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M., & Janardhanam, J. (2018). Application of embryonic equivalents in male-to-

- female sex reassignment surgery. *India Journal of Plastic Surgery*, 51(2), 155-166. https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS_62_18
- The Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Retrieved from <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>
- The Joint Commission. (2011). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community [Field Guide]*. Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf
- The Yogyakarta Principles. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 30(1), 15-30. [https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(08\)70017-3](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(08)70017-3)
- Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, Health & Sexuality*, 15, 62-75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.788214>
- Thomas, J. P., & Macmillan, C. (2013). Feminization laryngoplasty: Assessment of surgical pitch elevation. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(10), 2695-2700. <https://doi.org/10.1007/s00405-013-2511-3>
- Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S., & Dommasch, E. (2020). Health insurance coverage of permanent hair removal in transgender and gender-minority patients. *JAMA Dermatology*, 2156(5), 561-565. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0480>
- Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 241-250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660>
- Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary – A systematic review. *The International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 138-154. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>
- Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychological Review*, 66, 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.008>
- Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R., & Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3342-0>
- Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.-M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), 1-8. <https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00001>
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered care change genital surgery decisions? The strategic use of clinical uncertainty in disorders of sex development clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(4), 520-535. <https://doi.org/10.1177/0022146518802460>
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E.

- (2019). Gender destinies: assigning gender in disorders of sex development - intersex clinics. *Sociology of Health & Illness*, 41(8), 1520–1534. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12974>
- Tirapegui, F. I., Acar, Ö., & Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 411–420. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00294-0>
- Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Özen, S., Özbaran, B., Gökşen, D., ... Avanoğlu, A. (2018). Parental perception of terminology of disorders of sex development in Western Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 10(3), 216–222. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.0007>
- Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530–543. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015>
- Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J., & Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a “trauma lens.” *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(4), 279–302. <https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523062>
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37–45. <https://doi.org/10.1037/a0037490>
- Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(3), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y>
- Tishelman, A., & Neumann-Mascis, A. (2018). Gender-related Trauma. In *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. (pp. 85–100). American Psychological Association.
- Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021). Que (e) rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 21(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y>
- Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The perioperative care of the transgender patient. *Anesthesia and Analgesia*, 127(2), 359–366. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003371>
- Tollit, M. A., Feldman, D., McKie, G., & Telfer, M. M. (2018). Patient and parent experiences of care at a pediatric gender service. *Transgender Health*, 3(1), 251–256. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0016>
- Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C., & Pang, K. C. (2019). What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 9(11), e032151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>
- Tomson, A., McLachlan, C., Wattrus, C., Adams, K., Addinall, R., Bothma, R., Jankelowitz, L., Kotze, E., Luvuno, Z., Madlala, N., Matyila, S., Padavatan, A., Pillay, M., Rakumakoe, M. D., Tomson-Myburgh, M., Venter, W. D. F., & De Vries, E. (2021). Southern African HIV clinicians society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v22i1.1299>
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589. <https://doi.org/10.1037/a0020705>
- Toorians, A. W. F. T., Thomassen, M. C. L. G. D., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G., & Rosing, J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in

- transsexual people. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5723-5729. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520>
- Top, H., & Balta, S. (2017). Transsexual mastectomy: Selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Medical Journal*, 34(2), 147-155. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093>
- Topolewska-Siedzik, E., & Ciecuch, J. (2018). Trajectories of identity formation modes and their personality context in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 775-792. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0824-7>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115-120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>
- Tosun, N. L., Fieberg, A. M., Eberly, L. E., Harrison, K. A., Tipp, A. R., Allen, A. M., & Allen, S. S. (2019). Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women: A pilot double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. *Addiction*, 114(10), 1800-1813. <https://doi.org/10.1111/add.14645>
- TransCare. (2020). Bind, Pack and Tuck. <http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad>
- Transgender and Intersex Inmates. Corrective Services NSW Home. (2015). <https://correctiveservices.dcj.nsw.gov.au/csnswhome/resources/policies-and-publications/policis.html>
- Transgender, Transsexual, and Gender Nonconforming Health Care in Correctional Settings. (2015). <https://www.ncchc.org/transgender-health-care-in-correctional-settings-1>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth: A Report Prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. Trans Pulse Project. <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
- Trevor Project. (2021). The Mental Health and Well-being of LGBTQ Youth who are Intersex. <https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf>
- Trispiotis, I., & Purshouse, C. (2022). 'Conversion Therapy' as degrading treatment. *Oxford Journal of Legal Studies*, 42(1), 104-132. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqab024>
- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39-52. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>
- Tschan, S., Honegger, F., & Storck, C. (2016). Cricothyroid joint anatomy as a predicting factor for success of cricoid-thyroid approximation in transwomen. *The Laryngoscope*, 126(6), 1380-1384. <https://doi.org/10.1002/lary.25518>
- T'Sjoen, G., Arcelus, G., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97-117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement "Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction." *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570-584. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012>
- T'Sjoen, G. G., Beguin, Y., Feyen, E., Rubens, R., Kaufman, J. M., & Gooren, L. (2005). Influence of exogenous oestrogen or (anti-) androgen administration on soluble transferrin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology*, 186(1), 61-67. <https://doi.org/10.1677/joe.1.06112>
- Tucker, R. P., Testa, R. J., Simpson, T. L., Shipherd, J. C., Blossnich, J. R., & Lehavot, K. (2018).

- Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine*, 48(14), 2329–2336. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003853>
- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68–76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>
- Turban, J. L., Carswell, J., & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 903–904. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1817>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PloS One*, 17(1), e0261039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>
- Turban, J.L., King, D., Reisner, S.L., Keuroghlian, A.S. (2019). Psychological attempts to change a person's gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. *American Journal of Public Health* 109, 1452–1454. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305237>
- Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Turo, R., Jallad, S., Prescott, S., & Cross, W. R. (2013). Metastatic prostate cancer in transsexual diagnosed after three decades of estrogen therapy. *Canadian Urological Association Journal*, 7(7-8), E544. <https://doi.org/10.5489/cuaj.175>
- Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine*, S1743-6095(22)00558-6. <https://doi.org/10.1016/j.sxm.2022.01.522>
- Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 277–290. <https://doi.org/10.1177/1359104518804311>
- Uebel, K. E., Lombard, C., Joubert, G., Fairall, L. R., Bachmann, M. O., Mollentze, W. F., van Rensburg, D., & Wouters, E. (2013). Integration of HIV care into primary care in South Africa. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(3), e94–e100. <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e318291cd08>
- UN General Assembly. (2015). Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development. 21 October 2015. A/RES/70/1. <https://undocs.org/A/RES/70/1>
- UN Human Rights Council, (2020). Practices of so-called “conversion therapy”: Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity. https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2018). Statement on the occasion of International Transgender Day of Visibility, the IACHR and a UN expert urge States to guarantee the full exercise of the human rights of transgender persons. <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22906&LangID=E>
- UNDP & APTN. (2017). Legal gender recognition: a multi-country legal and policy review in Asia. Asia-Pacific Transgender Network.

- <https://weareaptn.org/resource/legal-gender-recognition-a-multi-country-legal-and-policy-review-in-asia/>
- UNDP, IRGT. (2016). Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. United Nations Development Programme. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf
- Unger, C. A. (2015). Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. *Journal of Womens' Health (Larchmt)*, 24(2), 114-118. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4918>
- United Nations Population Fund. (2014). Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions. <https://www.ohchr.org/documents/publications/nhrihandbook.pdf>
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- United Nations. (2015). The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf
- United States Department of Health and Human Services. (2013). Lesbian, gay, bisexual and transgender health. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>
- Valashany, B. T., & Janghorbani, M. (2018). Quality of life of men and women with gender identity disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0995-7>
- Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, childhood abuse, and other risk factors correlated with voluntary genital ablation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 45(3), 230-237. <https://doi.org/10.1037/a0031122>
- Valentine, V. (2016). Non-binary people's experiences of using UK gender identity clinics. S. T. E. Network. <https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-GIC-mini-report.pdf>
- Van Batavia, J. P., & Kolon, T. F. (2016). Fertility in disorders of sex development: A review. *Journal of Pediatric Urology*, 12(6):418-425. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.09.015>
- Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R., & Agarwal, C. (2019). Chest and facial surgery for the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 219-227. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.18>
- Van Borsel, J., De Cuypere, G., Rubens, R., & Destaeke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(3), 427-442. <https://doi.org/10.1080/136828200410672>
- Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G., & Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of Voice*, 22(3), 379-384. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.001>
- Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Vandewalle, S., Toye, K., Kaufman, J. M., Schreiner, T., Haraldsen, I., & T'Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. *Bone*, 54(1), 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.01.039>
- Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierczak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S., & T'Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(6), 1644-1651. <https://doi.org/10.1111/jsm.12121>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281-1287. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw,

- J. M., & T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology*, 172(2), 163-171. <https://doi.org/10.1530/eje-14-0586>
- Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology*, 37(4), 334-343. <https://doi.org/10.1037/hea0000600>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 79(7), 815-823. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000465>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 44(2), 138-148. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>
- Van de Grift, T. C., Elfering, L., Greijdanus, M., Smit, J. M., Bouman, M. B., Klassen, A. F., & Mullender, M. G. (2018). Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: Findings of a cross-sectional study using the BODY-Q chest module. *Plastic Reconstructive Surgery*, 142(5), 1125-1132. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004827>
- Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1778-1786. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>
- Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1621-1628. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064>
- Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, ALC., & Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics*, 146(5), e20193653. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653>
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70-80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>
- Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health*, 66(6), 699-704. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>
- Van der Sluis, W. B., de Haseth, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G., & Bouman, M.B. (2020). Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: A diagnostic and treatment algorithm. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 367-372. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1725710>
- Van der Sluis, W. B., Smit, J. M., Pigot, G. L. S., Buncamper, M. E., Winters, H. A. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free flap urethral reconstruction. *Microsurgery*, 37(8), 917-923. <https://doi.org/10.1002/micr.30190>
- Van Dijk, D., Dekker, M., Conemans, E. B., Wiepjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., & T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans people - Results from the European Network for the Investigation of

- Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1297-1309. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.009>
- Van Gerwen, O. T., Aryanpour, Z., Selph, J. P., & Muzny, C. A. (2021). Anatomical and sexual health considerations among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty: A review. *International Journal of STD & AIDS*, 33(2), 106-113. <https://doi.org/10.1177/09564624211046997>
- Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337-342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>
- Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B., & Crone, E. A. (2009). What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral Cortex*, 20(1), 61-69. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078>
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602-1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolescent Social Work Journal*, 26, 135-154. <https://doi.org/10.1007/s10560-008-0158-5>
- Vanderschueren, D., Vandenput, L., Boonen, S., Lindberg, M. K., Bouillon, R., & Ohlsson, C. (2004). Androgens and bone. *Endocrine Reviews*, 25(3), 389-425. <https://doi.org/10.1210/er.2003-0003>
- Various. (2019). Memorandum of understanding on conversion therapy in the UK. Version 2, Revision A. British Association of Counselling and Psychotherapy. <https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/mou/>
- Various. (2021). U. S. joint statement on ending conversion therapy. <https://usjs.org/usjs-current-draft/>
- Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T., & Bentham, R. (2019). Counting ourselves: The health and wellbeing of trans and non-binary people in Aotearoa, New Zealand. https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves_Report-Dec-19-Online.pdf
- Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M, B. B., van der Sluis, W. B., & Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and urological complications after genital gender affirming surgery with urethral lengthening in transgender men. *Journal of Urology*, 204(1), 104-109. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000795>
- Vereecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E. I. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction*, 36(1), 5-15. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254>
- Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural competence. *Healthcare Policy*, 14(1), 11-18. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552>
- Victor, C. J., & Nel, J. A. (2017). Developing an affirmative position statement on sexual and gender diversity for psychology professionals in South Africa. *Psychology in Russia: State of the Art*, 10(2), 87-102. <https://doi.org/10.11621/pir.2017.0206>
- Vincent, B. (2018). *Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: the validation of non-binary people. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 132-137. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1534075>
- Vincent, B. (2020). *Non-Binary Genders: Navigating Communities, Identities, and Healthcare*. Policy Press.
- Vincent, B., & Manzano, A. (2017). History and Cultural Diversity. In C. Richards, W. P. Bouman,

- & M. J. Barker (Eds.), *Genderqueer and Non-Binary Genders*. Palgrave Macmillan.
- Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *British Medical Journal*, 364, k4810. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4810>
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>
- Von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: the possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture Health & Sexuality*, 17(9), 1119–1131. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042919>
- Vrouenraets, L. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R., & Hein, I. M. (2021). Assessing medical decision-making competence in transgender youth. *Pediatrics*, 148(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049643>
- Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M., & Milosevic, A. (2014). The role of clitoral anatomy in female to male sex reassignment surgery. *Scientific World Journal*, 2014, 437378. <https://doi.org/10.1155/2014/437378>
- Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K., & Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals. *Fertility and Sterility*, 115(4), 1029–1034. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.09.007>
- Waal, H. A. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(1), S131–S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 113(7), 1157–1165. <https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011>
- Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. *Pediatrics*, 148(1), e2020027722. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722>
- Walker, R. V., Powers, S. M., & Witten, T. M. (2017). Impact of anticipated bias from healthcare professionals on perceived successful aging among transgender and gender nonconforming older adults. *LGBT Health*, 4(6), 427–433. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0165>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Walton, M. T., Lykins, A. D., & Bhullar, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sexual identity expression. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1591–1597. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0778-3>
- Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J., & Chen, R. (2020). Mental health status of cisgender and gender-diverse secondary school students in China. *JAMA Network Open*, 3(10), e2022796. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.2796>
- Warwick, R. M., Araya, A. C., Shumer, D. E., & Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 35(2), 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.09.011>
- Washington, D.C. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2020) *Healthy People*. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics->

- objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health.
- Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2007). Modern-day Eunuchs: Motivations for and consequences of contemporary castration. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(4), 544-556. <https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0058>
- Wassersug, R. J., & Lieberman, T. (2010). Contemporary castration: why the modern day eunuch remains invisible. *BMJ*, 341(2), c4509–c4509. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4509>
- Wassersug, R. J., Walker, L. M., & Robinson, J. W. (2018). Androgen deprivation therapy : an essential guide for prostate cancer patients and their loved ones. *Demos Health*.
- Watson, R. J., Wheldon, C. W., & Puhl, R. M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sample of sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 30(S2), 431-442. <https://doi.org/10.1111/jora.12488>
- Watt, S. O., Tskhay, K. O., & Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 963–972. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1095-1>
- Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., Liu, S., Looker, A. C., Wallace, T. C., & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporosis International*, 27(1), 367-376. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3386-5>
- Webb, H., Free, N., Oates, J., & Paddle, P. (2020). The use of vocal fold injection augmentation in a transmasculine patient unsatisfied with voice following testosterone therapy and voice training. *Journal of Voice*, S0892-1997(20)30298-8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.011>
- Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y., & Zhao, Y. (2018). Autologous buccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 188-196. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x>
- Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150844. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150844>
- Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150840. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840>
- Weigert, R., Frison, E., Sessiecq, Q., Al Mutairi, K., & Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plastic Reconstructive Surgery*, 132(6), 1421-1429. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49>
- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 372, n37. <https://doi.org/10.1136/bmj.n37>
- Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, 2(2):55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003>
- Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M., & Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. *Transgender Health*, 2(1), 140–150. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0020>
- Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B., & Percec, I.

- (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, 141(3), 388e-396e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004123>
- Wendler, J. (1990). Vocal pitch elevation after transsexualism male to female. In: *Proceedings of the Union of the European Phoniaticians, Salsomaggiore*.
- Wesp, L. (2016). Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination>
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 752-760. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x>
- Weyers, S., Villeirs, G., Vanherreweghe, E., Verstraelen, H., Monstrey, S., Van den Broecke, R., & Gerris, J. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. *European Journal of Radiology*, 74(3), 508-513. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2009.03.018>
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21-31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. *Journal of Applied Gerontology*, 37(12), 1517-1539. <https://doi.org/10.1177/0733464816675819>
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222-231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- Whyatt-Sames, J. (2017). Being brave: Negotiating the path of social transition with a transgender child in foster care. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(4), 309-332. DOI: 10.1080/1550428X.2016.1241167
- Wibowo, E., Johnson, T., & Wassersug, R. (2016). Infertility, impotence, and emasculation - psychosocial contexts for abandoning reproduction. *Asian Journal of Andrology*, 18(3), 403. <https://doi.org/10.4103/1008-682x.173937>
- Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L., Robinson, J., Brotto, L., & Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A response. *Asian Journal of Andrology*, 14(5), 793-794. <https://doi.org/10.1038/aja.2012.60>
- Wibowo, E., Wong, S. T. S., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2021). Sexual function after voluntary castration. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3889-3899. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02094-6>
- Wiepjes, C. M., de Blok, C. J., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Vlot, M. C., de Jongh, R. T., & den Heijer, M. (2020). Fracture Risk in Trans Women and Trans Men Using Long-Term Gender-Affirming Hormonal Treatment: A Nationwide Cohort Study. *Journal of bone and mineral research. Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 35(1), 64-70. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3862>
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 26(6), 296-300. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000502>
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
- Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1 year of hormonal

- treatment: A multicenter prospective observational study. *Journal of Bone Mineral Research*, 32(6), 1252-1260. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3102>
- Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *European Journal of Endocrinology*, 169(4), 471-478. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1530/EJE-13-0493>
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van de Peer, F., Dedecker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, 165(2), 331-337. <https://doi.org/10.1530/Eje-11-0250>
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 107-118. <https://doi.org/10.1111/jsm.12365>
- Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2641-2651. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x>
- Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 41(5), 1069-1071. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0012-x>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., Toye, K., T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3379-3388. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483-487. <https://doi.org/10.1093/humrep/der406>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A. D., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1999-2011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12571>
- Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedecker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 222-229. <https://doi.org/10.1111/jsm.12366>
- Wilchins, R. A. (1995). A Note from your Editrix. In *Your Face: Political Activism against Gender Oppression*, 1(1), 4.
- Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., & Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PloS One*, 16(1), 1-26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268>
- Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). Nonbinary LGBTQ Adults in the United States. UCLA School of Law Williams Institute.
- Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A., Addinall, R., & Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. *South African Medical Journal*, 104(6), 449. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.8392>
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behavior*, 20(10), 2203-2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV.

- Journal of Urban Health, 92(1), 182–192. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4>
- Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie—differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(1), S39–S48. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002809>
- Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2020). Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 391–402. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819505>
- Wimalawansa, S. M., Fox, J. P., & Johnson, R. M. (2014). The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthetic Surgery Journal*, 34(2), 306–316. <https://doi.org/10.1177/1090820X13519100>
- Wingo, E., Ingraham, N., & Roberts, S. C. M. (2018). Reproductive health care priorities and barriers to effective care for LGBTQ people assigned female at birth: A qualitative study. *Womens' Health Issues*, 28(4), 350–357. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.002>
- Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Trans people, hormones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 35–48. <https://doi.org/10.1080/19317610802554141>
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
- Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M., Knudson, G., & Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 318–321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30653-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5)
- Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 130–138. <https://doi.org/10.1080/19359701003609922>
- Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S., & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 246–250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1471767>
- Wisniewski, A. B., & Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. *Hormone and Metabolic Research*, 47(5):375–379. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398561>
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*, 235, 308–315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051>
- Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health*, 6(5), 216–226. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179>
- Witten, T. M., & Eyler, E. (2016). Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds). *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (Second edition, pp. 344–378). Routledge.
- Witten, T. M. (2014). It's not all darkness: Robustness, resilience, and successful transgender aging. *LGBT Health*, 1(1), 24–33. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0017>
- Witten, T. M. (2017). Health and well-being of transgender elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 27–41. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.37.27>
- Wolfe-Christensen, C., Wisniewski, A. B., Mullins, A. J., Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B.,

- Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Nokoff, N. J., & Palmer, B. (2017). Changes in levels of parental distress after their child with atypical genitalia undergoes genitoplasty. *Journal of Pediatric Urology*, 13(1), 32.e1–32.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.10.024>
- Wolfe-Roubatis, E., & Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(1), 32–38. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000097>
- Wolter, A., Diedrichson, J., Scholz, T., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2015). Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutaneous mastectomy. *Journal of Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery*, 68(2), 184–191. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.016>
- Wolter, A., Scholz, T., Pluto, N., Diedrichson, J., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2018). Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: Optimizing perioperative and operative management in 8 years clinical experience. *Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*, 71(3), 344–352. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.09.003>
- Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 241–253. <https://doi.org/10.1037/cpp0000295>
- Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 70(4).
- World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf>
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (10th Revision). World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. World Health Organization. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/
- World Health Organization. (2004). WHO scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level. In *Summary meeting report* (Vol. 5, pp. 5–7). World Health Organization. <https://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. World Health Organization
- World Health Organization. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. World Health Organization. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/
- World Health Organization. (2015a). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach*. World Health Organisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf
- World Health Organisation. (2015b). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organisation. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/
- World Health Organisation. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update*. World Health Organisation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>

- World Health Organization. (2017a). WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255889/WHO-HIV-2017.17-eng.pdf>.
- World Health Organization. (2017b). WHO Model List of Essential Medicines, 20th List (March 2017)(Amended August 2017). <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
- World Health Organization. (2018a). Declaration of Astana. <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>
- World Health Organization. (2018b). ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/lm/en>
- World Health Organization. (2019a). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th ed. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>
- World Health Organization. (2019b). Consolidated guidelines on HIV testing services, <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>
- World Health Organization. (2019c). What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2019d). WHO global report on traditional and complementary medicine. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>.
- World Health Organization. (2020a). WHO recommendations on self-care interventions. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332335/WHO-SRH-20.10-eng.pdf.\[WHO\]](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332335/WHO-SRH-20.10-eng.pdf.[WHO])
- World Health Organization. Tobacco. (2020b) http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- World Health Organization. (2020c.). The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2021a). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- World health Organization. (2021b). Consolidated guideline on self-care interventions for health and wellbeing. Version 2.3. World Health Organization. <https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL>
- WPATH. (2016). Position Statement on Medical Necessity of Treatment, Sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S.A. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH-Position-on-Medical-Necessity-12-21-2016.pdf>
- WPATH. (2017). WPATH Identity Recognition Statement. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%20Identity%20Recognition%20Statement%2011.15.17.pdf>
- WPATH. (2019). WPATH Statement on Yogyakarta Principles Plus 10 and healthcare delivery. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2019/WPATH%20Statement%20on%20Yogyakarta%20Principles%20Plus%2010.pdf>
- WPATH Position Statement. (2018). WPATH Position on "Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)." https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf
- Wu, L. J., Qi, J., Cai, Y., Liu, S. Y., Zhu, M., Zhong, P. P., Xin, Y., & Feng, S. Q. (2017). Chinese transgender population general survey report. LGBT Center and Department of Sociology, Peking University. <https://chinadevelopmentbrief.cn/wp->

- content/uploads/2020/04/2017-Chinese-Transgender-Population-General-Survey-Report.pdf
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401–411.
- Xavier, J. M., Robbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. In W. O. Bockting, & E. Avery (Eds.), *Transgender health and HIV prevention: Needs assessment studies from transgender communities across the United States* (pp. 31–47). The Haworth Medical Press. https://doi.org/10.1300/J485v08n02_04
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT youth*, 11(4), 347–363. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.910483>
- Yager, J. L., & Anderson, P. L. (2020). Pharmacology and drug interactions with HIV PrEP in transgender persons receiving gender affirming hormone therapy. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(6), 463–474. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1752662>
- Yanagi, Y., Ishikawa, Y., Nakamura, K., Komazawa, D., & Watanabe, Y. (2015). Voice changes over time in a female-to-male transsexual receiving hormone therapy. *The Japan Journal of Logopedics and Phoniatics*, 56(3), 250–256. <https://doi.org/10.5112/jjlp.56.250>
- Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R., & Cohen, J. I. (2002). Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: Results of surgery. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 111(6), 477–485. <https://doi.org/10.1177/000348940211100602>
- Yang, J. H., Baskin, L. S., & DiSandro, M. (2010). Gender identity in disorders of sex development: review article. *Urology*, 75(1):153–159. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1286>
- Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q., & Zhao, Q. (2016). A cross-sectional study of associations between casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. *Journal of Affective Disorders*, 203, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.051>
- Yang, X., Zhao, L., Wang, L., Hao, C., Gu, Y., Song, W., Zhao, Q., & Wang, X. (2016). Quality of life of transgender women from China and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 977–987. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.369>
- Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(5), 1450–1452. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.053>
- Yogyakarta Principles.org. (2007). Yogyakarta Principles. <https://yogyakarta.org>
- Yoong, S. L., Tursan d'Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J., & Grady A et al. (2020). Tobacco and postsurgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries. World Health Organization
- Yuan, N., Chung, T., Ray, E. C., Sioni, C., Jimenez-Eichelberger, A., & Garcia, M. M. (2021). Requirement of mental health referral letters for staged and revision genital gender-affirming surgeries: An unsanctioned barrier to care. *Andrology*, 9(6), 1765–1772. <https://doi.org/10.1111/andr.13028>
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148–160. <https://doi.org/10.1037/a0038196>
- Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. *Sage Open*, 10(2), 2158244020927029. <https://doi.org/10.1177/2158244020927029>
- Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G., & Papadopulos, N. A.

- (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 178-187. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z>
- Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C., & Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online*, 23(1), 1461513. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1461513>
- Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49-62. <https://doi.org/10.1177/1077559505283591>
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125-137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic composition of transgender and gender nonbinary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice*, 27(5), 390-395. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>
- Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T., & Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Translational Andrology and Urology*, 5(3), 381-387. <https://doi.org.uk/10.21037/tau.2016.03.27>
- Zhang, Y. F., Liu, C. Y., Qu, C. Y., Lu, L. X., Liu, A. T., Zhu, L., Wang, H., Lin, Z. H., Zhao, Y. Z., Zhu, X. H., & Hua, J. (2015). Is vaginal mucosal graft the excellent substitute material for urethral reconstruction in female-to-male transsexuals? *World Journal of Urology*, 33(12), 2115-2123. <https://doi.org/10.1007/s00345-015-1562-z>
- Zhou, Y., Furutani, M., Athurupana, R., & Nakatsuka, M. (2021). Relation between identity disclosure to family members and mental health in Japanese transgender people. *Acta Medica Okayama*, 75(5), 611-623. <https://doi.org/10.18926/AMO/62227>
- Zhu, J., & Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self-limited delayed puberty. *Pediatrics*, 139(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3177>
- Ziegler, A., Henke, T., Wiedrick, J., & Helou, L. B. (2018). Effectiveness of testosterone therapy for masculinizing voice in transgender patients: A meta-analytic review. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 25-45. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1411857>

- Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. In K. Hall, & R. Barrett, (Eds). *The Oxford Handbook of Language and Sexuality*, 1-23. Oxford University Press. <http://lalizimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf>
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901-914. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4>

Anexo A – METODOLOGÍA

1. Introducción

Esta versión de los Estándares de Atención (SOC-8) está basada en un abordaje metodológico y basado en la evidencia más riguroso que las versiones anteriores. La evidencia no sólo proviene de la literatura publicada (evidencia directa y antecedentes) sino también de la opinión consensuada de los expertos. Los lineamientos basados en la evidencia incluyen recomendaciones para optimizar la atención al paciente y recogen la información de revisiones sistemáticas de la evidencia y de la evaluación de los beneficios y daños que traen aparejadas las opciones de intervenciones alternativas. Las investigaciones basadas en evidencia brindan la base para los lineamientos y recomendaciones para una práctica clínica sólidos, pero deben sopesarse con la realidad y la posibilidad de hacer estas prácticas en diversos entornos. El proceso de desarrollo de los SOC-8 incorporó las recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina y de la Organización Mundial de la Salud sobre el desarrollo de lineamientos para la práctica clínica, que deben tener en cuenta la transparencia, una política de conflicto de intereses, la composición del comité y el proceso de grupo (Comité de Estándares para el Desarrollo de Prácticas Clínicas Confiables del Instituto de Medicina, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2019a).

Un comité multidisciplinario integrado por expertos en la materia, profesionales de la salud, investigadores y otras partes interesadas, que aportaron sus diferentes perspectivas y representación geográfica, tuvo a cargo la revisión de los SOC-8. Todos los miembros del comité firmaron sus declaraciones sobre conflicto de intereses. (*)

Un metodólogo experto en guías colaboró con la planificación y el desarrollo de las preguntas, y un equipo independiente tuvo a su cargo las revisiones sistemáticas que se utilizaron para definir algunos de los postulados de las recomendaciones. Se proporcionó información adicional por parte de un comité asesor

internacional, expertos en materia legal, y los comentarios recibidos durante un periodo de comentarios públicos. Las recomendaciones que ofrecen los SOC-8 se basan en intervenciones fundadas en la evidencia disponible, la discusión de riesgos y daños, y también la viabilidad y aceptabilidad dentro de los diferentes entornos de los contextos y de los países. Para lograr el consenso en la versión definitiva se utilizó el proceso Delphi, que involucró a todos los miembros del Comité de Revisión de los SOC, por el cual fue necesario que el 75% de los miembros aprobaran los postulados de las recomendaciones. Los textos de apoyo y explicativos de la evidencia fueron redactados por los miembros de cada capítulo. El Presidente y los Co-presidentes del Comité de Revisión de los SOC tuvieron a su cargo la revisión de los borradores de los capítulos, para garantizar que el formato fuera adecuado, que la evidencia fuera apropiada y que las recomendaciones fueran consistentes en todos los capítulos. Un equipo independiente constató las referencias utilizadas en los SOC - 8 antes de la edición definitiva a cargo de un único profesional. A continuación, se describe en forma detallada la metodología utilizada en los SOC-8.

2. Diferencia entre la metodología utilizada en los SOC-8 y las versiones anteriores

Las principales diferencias en la metodología utilizada para los SOC-8 en comparación con otras versiones son:

- Convocatoria a un número mayor de profesionales provenientes de distintas partes del mundo;
- Un proceso de selección transparente de los miembros del comité directivo para desarrollar las guías, como así también para seleccionar los líderes y los participantes de los capítulos;
- La inclusión de diversas partes interesadas en el desarrollo de los SOC-8
- Manejo de los conflictos de intereses
- Utilización de un proceso Delphi para lograr el acuerdo sobre las recomendaciones entre los miembros del comité para los SOC-8

- Convocatoria a un cuerpo independiente de una universidad de prestigio para contribuir con el desarrollo de la metodología y llevar a cabo las revisiones de las publicaciones en forma independiente y sistemática, en cuanto fue posible
- Las recomendaciones fueron clasificadas como “recomendaciones” o “sugerencias” según la fuerza de las mismas.
- Convocatoria a un grupo independiente de académicos clínicos para revisar las citas.
- Convocatoria a organizaciones internacionales que trabajan con la comunidad transgénero y de género diverso (TGD), miembros de la WPATH y otras organizaciones profesionales, como así también del público general que brindó sus comentarios a través de un período de consulta pública sobre los SOC-8.

3. Descripción general del proceso de desarrollo de los SOC-8

Seguidamente, se resumen los pasos seguidos para actualizar los Estándares de Atención:

1. Designación del Comité Directivo de la Guía, incluyendo el Presidente y Copresidentes (19 de Julio de 2017)
2. Determinación de los Capítulos (alcance de la Guía)
3. Elección de los Miembros a cargo de los Capítulos, según su experiencia (marzo de 2018)
4. Selección del Equipo para Revisión de la Evidencia: Universidad John Hopkins (mayo de 2018)
5. Refinar los temas a incluirse en los SOC-8 y revisión de las preguntas para las revisiones sistemáticas
6. Revisiones sistemáticas (marzo de 2019)
7. Borrador de los postulados de las recomendaciones
8. Definición por voto de los postulados de las recomendaciones, utilizando el proceso Delphi (septiembre de 2019 - febrero de 2022)
9. Clasificación de los postulados de las recomendaciones
10. Escritura del texto que da soporte a los postulados

11. Validación independiente de las referencias utilizadas en el texto de soporte

12. Finalización del borrador de los SOC-8 (1 de diciembre de 2021)

13. Recepción de comentarios sobre los postulados por parte del Comité Asesor Internacional

14. Recepción de comentarios sobre todo el borrador de los SOC-8 durante el periodo de comentarios públicos (noviembre de 2021 - enero de 2022)

15. Revisión del borrador final basada en los comentarios (enero de 2022 - mayo de 2022)

16. Aprobación del borrador definitivo por parte del Presidente y los Copresidentes (junio 10, 2022)

17. Aprobación por parte del Directorio de la WPATH

18. Publicación de los SOC-8

19. Disseminación y traducción de los SOC-8

3.1 Designación del Comité Directivo a cargo de la Guía

El Comité Directivo a cargo de la Guía de la WPATH supervisó el proceso de desarrollo de la guía para todos los capítulos de los Estándares de Atención. Con excepción del Presidente (Eli Coleman), designado por el Directorio de la WPATH para mantener la continuidad con las ediciones anteriores de los SOC, los otros miembros del Comité Directivo a cargo de la Guía fueron seleccionados por el Directorio de la WPATH entre los miembros que se postularon a esas posiciones. Se determinó la descripción de tareas para las posiciones de Copresidentes, Líderes de Capítulo, Participantes de Capítulo y Partes Interesadas. Para postularse a estas posiciones, los miembros de la WPATH debieron completar un formulario y presentar su CV. El Directorio de la WPATH designó al Copresidente por votación (un miembro del directorio no participó, debido a conflicto de intereses). El Presidente y los Copresidentes seleccionaron a los Líderes de Capítulo y a los Participantes (como así también a las personas interesadas) teniendo en cuenta sus postulaciones y sus CVs.

Los miembros del Comité Directivo a cargo de la Guía para la Versión 8 de los Estándares de Atención son:

- Eli Coleman, PhD (Presidente)

Profesor, Director y Presidente Académico, Instituto de Salud Sexual y de Género, Departamento de Salud Comunitaria y Medicina de Familia, Facultad de Medicina de la Universidad de Minnesota (EE.UU.)

- Asa Radix, MD, PhD, MPH (Copresidente)

Director Senior, Investigación y Capacitación en el Centro de Salud Comunitaria Callen-Lorde, Profesor Adjunto de Medicina, Universidad de Nueva York, EE.UU.

- Jon Arcelus, MD, PhD (Copresidente)

Profesor de Salud Mental y Bienestar – Consultor Honorario en Salud Transgénero en la Universidad de Nottingham, Reino Unido

- Karen A. Robinson, PhD (Líder, Equipo de Revisión de la Evidencia) Profesor de Medicina, Epidemiología y Políticas y Gestión de Salud – Universidad Johns Hopkins, EE.UU.

3.2 Determinación de los temas a incluir en los capítulos

El Comité Directivo a cargo de la Guía determinó qué capítulos se incluirían en los Estándares de Atención, luego de revisar las publicaciones y las ediciones anteriores de los SOC. Los capítulos incluidos en los Estándares de Atención, Versión 8va. son:

1. Terminología
2. Aplicación Global
3. Estadísticas de población
4. Formación (*)
5. Evaluación en la Adulterez
6. Adolescencia
7. Niñez
8. Personas No Binarias
9. Eunuco
10. Personas Intersex
11. Entornos institucionales
12. Terapia hormonal
13. Cirugía y Cuidados Postoperatorios
14. Voz y Comunicación
15. Atención Primaria
16. Salud Reproductiva

17. Salud Sexual

18. Salud Mental

(*) El capítulo Formación originariamente iba a incluir tanto la formación como la ética. Se decidió convocar a un comité por separado para escribir un capítulo sobre ética. Al momento de escribir el capítulo, se determinó que sería mejor que el tema de ética no integrara los SOC-8 sino que constituyera un documento por separado, ya que requería un estudio más profundo sobre las consideraciones éticas relevantes a la salud transgénero.

3.3 Selección de los Participantes de los Capítulos

Los miembros de la WPATH fueron convocados a integrar el Comité Revisor de los SOC-8 (Líderes de capítulos o Participantes). Los Presidentes del Comité Directivo a cargo de la Guía designaron a los integrantes de cada capítulo, asegurándose de que hubiera representación de las diferentes disciplinas y perspectivas.

El requisito fue que los Líderes de Capítulo y los Participantes debían ser miembros plenos de la WPATH, tener buena reputación, y ser expertos en por lo menos uno de los contenidos de salud transgénero incluidos en los temas de los capítulos. Los Líderes de Capítulo reportaban el Comité Directivo a cargo de la Guía y eran responsables de coordinar las tareas de los Participantes del Capítulo. Los Participantes del capítulo reportaban directamente al Líder de Capítulo. Cada capítulo también incluía a personas interesadas, como miembros que aportaron sus perspectivas sobre la defensa de la salud transgénero, trabajadores de la comunidad, o miembros de una familia que tenía un niño, hermano, pareja o progenitor transgénero. No se requería que estas personas interesadas fueran miembros plenos de la WPATH.

Los Participantes de los Capítulos debían:

- Colaborar en la redefinición de las preguntas de revisión
- Leer y brindar sus comentarios sobre todo los materiales presentados por el Equipo de Revisión de la Evidencia

- Llevar a cabo una revisión crítica de los borradores, incluso del borrador del informe de evidencia
 - Revisar y evaluar la evidencia y los borradores de las recomendaciones
 - Participar en el proceso de consenso Delphi
 - Desarrollar el texto que apoyaba los postulados de las recomendaciones
 - Clasificar cada postulado según la fuerza de la recomendación
 - Revisar y abordar los comentarios emitidos por los Presidentes durante todo el proceso
 - Desarrollar el contenido de los capítulos
 - Revisar los comentarios públicos y asistir en el desarrollo de la revisión de las guías
 - Brindar sus opiniones y participar en la divulgación de los guías.

Cuando se consideró necesario, se brindó entrenamiento y orientación a los Líderes de Capítulo y a los Participantes. El contenido del entrenamiento incluyó la forma de formular y precisar las preguntas (es decir, utilización de PICO), revisión de la evidencia, desarrollo de los postulados de las recomendaciones, clasificación de la evidencia y de las recomendaciones, e información acerca del programa y proceso de desarrollo de guías.

Se designó un total de 26 Líderes de Capítulo (para algunos capítulos se requirió colíderes), 77 Participantes de Capítulo y 16 personas interesadas. Fueron seleccionadas un total de 127 personas. Durante el proceso de los SOC, ocho personas renunciaron debido a cuestiones personales o laborales, por lo tanto 119 fueron los autores definitivos de los SOC-8.

3.4 Selección del Equipo Revisor de la Evidencia

Para la Octava Versión de los Estándares de Atención, el Directorio de la WPATH realizó una convocatoria para integrar el Equipo de Revisión de Evidencia en la Universidad Johns Hopkins, bajo la supervisión de Karen Robinson.

- Karen A. Robinson, PhD (Líder, Equipo Revisor de la Evidencia) Profesor de Medicina,

Epidemiología y Políticas y Administración Sanitaria – Universidad Johns Hopkins, EE.UU.

La doctora Robinson también colaboró con el Comité Directivo a cargo de la Guía para el desarrollo de los SOC-8, asesorando y brindando entrenamiento para el desarrollo de las preguntas PICO, de los postulados y del proceso Delphi, como así también llevando a cabo una revisión sistemática rigurosa de las publicaciones en los casos en que se disponía de evidencia directa.

Conflicto de intereses

Se solicitó que los miembros del Comité Directivo a cargo de la Guía, los Líderes y los Participantes de los Capítulos y los miembros del Equipo de Revisión de la Evidencia dieran a conocer si existían conflictos de intereses. Además de los intereses o conflictos potenciales por cuestiones financieras o de competencia, se les solicitó que informaran si tenían relaciones personales o directas con un Presidente, un Copresidente o un miembro del Directorio de la WPATH o si tenían un cargo en el Directorio de dicha institución.

3.5 Refinamiento de los temas y revisión de las preguntas

El Equipo de Revisión de la Evidencia fue el encargado de revisar las recomendaciones de las versiones anteriores de los Estándares de Atención. Basándose en sus opiniones, el Comité Directivo a cargo de la Guía y los Líderes de los Capítulos determinaron:

- Los postulados que debían ser actualizados
- Nuevas áreas que requerían recomendaciones

3.6 Cómo se condujeron las revisiones sistemáticas

Los Participantes de los Capítulos desarrollaron las preguntas que contribuyeron a la formulación de las recomendaciones. El Equipo Revisor de la Evidencia preparó borradores de las preguntas que serían sometidas a revisión sistemática, en los que se especificaba la Población, Intervenciones, Comparaciones y Resultados (elementos PICO). El Equipo de Revisión de la Evidencia fue el

encargado de realizar las revisiones sistemáticas. El Equipo de Revisión de la Evidencia presentó tablas de evidencia y otros resultados de las revisiones sistemáticas a los Participantes de los capítulos respectivos y los sometió a su escrutinio.

Protocolo

Se preparó un protocolo detallado para la revisión sistemática por separado, para cada pregunta o tema de revisión, según se consideró apropiado. Cada protocolo se registró en PROSPERO.

Búsqueda de publicaciones

El Equipo de Revisión de la Evidencia desarrolló una estrategia de búsqueda apropiada para cada pregunta de la investigación, incluyendo MEDLINE®, Embase™, y Cochrane Central Register of Controlled Trials (Registro Central de Ensayos Controlados Cochrane – CENTRAL, por su sigla en inglés).

El Equipo de Revisión de Evidencia también buscó en bases de datos adicionales cuando lo consideró apropiado para la pregunta de la investigación. La estrategia de búsqueda incluía MeSH y terminología de textos y no estaba limitada al idioma ni a la fecha de la publicación.

El Equipo de Revisión de la Evidencia buscó manualmente en la lista de referencias de todos los artículos incluidos y revisiones sistemáticas recientes y relevantes. Relevó en ClinicalTrial.gov información sobre estudios adicionales pertinentes.

Las búsquedas se actualizaron durante el proceso de revisión de los pares.

La literatura incluida en la revisión sistemática provenía en su mayoría de estudios cuantitativos llevados a cabo en Europa, los Estados Unidos o Australia. Reconocemos un sesgo hacia las perspectivas del hemisferio norte que no prestan suficiente atención a la diversidad de las experiencias y perspectivas vividas dentro de las comunidades transgénero y de género diverso (TGD) en el resto del mundo. Este desequilibrio de visibilidad en la literatura demuestra una

brecha en la investigación y en la práctica que los investigadores y los profesionales deberán abordar en el futuro para hacer justicia a las necesidades de apoyo de todas las personas TGD, cualquiera sea su identificación de género.

Selección de publicaciones

El Equipo de Revisión de la Evidencia, con la información recibida de los Líderes de Capítulos, definieron a priori los criterios de elegibilidad para cada pregunta de la investigación.

Dos revisores del Equipo de Revisión de la Evidencia, en forma independiente, revisaron títulos, abstracts y artículos completos para determinar su elegibilidad. Para descartar algún material, ambos revisores tenían que estar de acuerdo en que el estudio cumplía con, por lo menos, uno de los criterios de exclusión. Los revisores resolvieron las diferencias respecto a la elegibilidad, discutiéndolas.

Extracción de datos

El Equipo de Revisión de la Evidencia utilizó formularios estandarizados para extraer datos sobre las características generales de los estudios, las características de los participantes, las intervenciones y las medidas de resultados. Un revisor obtenía los datos y un segundo revisor confirmaba los datos obtenidos.

Evaluación de riesgo de sesgo

Dos revisores del Equipo de Revisión de la Evidencia evaluaron en forma independiente el riesgo de sesgo en cada estudio incluido. La herramienta Cochrane Risk of Bias (Herramienta Cochrane de Riesgo de Sesgo) se utilizó para los ensayos controlados randomizados. Para los estudios observacionales, se utilizó la herramienta Risk of Bias in non-Randomized Studies-of Interventions, ROBINS-I (Riesgo de Sesgo en Estudios No Randomizados—de Intervenciones). Cuando se consideró apropiado, se consideraron y evaluaron revisiones sistemáticas recientes existentes utilizando ROBIS.

Síntesis y análisis de datos

El Equipo de Revisión de la Evidencia diseñó tablas de evidencia donde detallaban los datos obtenidos a partir de los estudios incluidos. Los Participantes de los capítulos fueron los encargados de revisar y comentar sobre las tablas de evidencia.

Clasificación de la evidencia

El Equipo de Revisión de la Evidencia asignó las graduaciones utilizando la metodología GRADE. Las fortalezas de la evidencia surgieron de los resultados críticos predefinidos en cada pregunta y de evaluar las limitaciones de calidad/riesgo de sesgo, consistencia, aseveración, precisión y sesgos en la información de los estudios individuales.

3.7 Borrador de los postulados de las recomendaciones

Los Líderes de los Capítulos y los Participantes tuvieron a su cargo redactar los borradores de los postulados de las recomendaciones. Los postulados debían ser factibles, ejecutables y medibles.

Los postulados basados en evidencia se apoyaban en los resultados de las revisiones sistemáticas y de antecedentes, como también en las opiniones consensuadas de los expertos.

El Presidente y los Copresidentes, y los Líderes de los Capítulos revisaron y aprobaron todos los postulados de las recomendaciones para asegurar la claridad y consistencia en la expresión. Durante esta revisión y a través de todo el proceso se controlaron las posibles superposiciones entre los capítulos.

En el caso de varios capítulos se debió trabajar en forma conjunta para garantizar la consistencia de las recomendaciones. Por ejemplo, dado que ahora existen capítulos separados para niñez y adolescencia, para asegurar la consistencia entre ambos capítulos, algunos autores participaron en ambos. Por una razón similar, cuando fue necesario, los grupos de un capítulo colaboraron con los de otros capítulos en temas que compartían (es decir, Evaluación en la Niñez, Evaluación en la Adulthood, Terapia Hormonal,

Cirugía y Cuidados Posoperatorios y Salud Reproductiva)

3.8 Aprobación de las recomendaciones utilizando el proceso Delphi

El consenso formal para todos los postulados se obtuvo utilizando el proceso Delphi (solicitud de opinión de los expertos en forma estructurada en tres rondas). Para lograr la aprobación de una recomendación, era necesario reunir como mínimo el 75% de los votos. El 65% de los miembros de los SOC-8 debían participar en el proceso Delphi para cada postulado. Quienes no aprobaban el postulado debían informar las razones por las cuales lo desaprobaban, para lograr que el postulado se modifique (o se excluya) según su opinión. Una vez modificado, el postulado se sometía nuevamente al proceso Delphi. Si luego de tres rondas el postulado seguía sin ser aprobado, era eliminado de los SOC. Todos los miembros de los SOC votaron por cada postulado. Se obtuvo una tasa de respuesta de entre 74.79% y 94.96% para los postulados.

3.9 Criterio de clasificación para los postulados

Luego de que los postulados superaran el proceso Delphi, los Participantes de los capítulos clasificaban cada postulado utilizando un proceso adaptado del Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE). Se trata de un modelo transparente para desarrollar y presentar resúmenes de evidencia y brinda un abordaje sistemático para realizar recomendaciones de la práctica clínica (Guyatt et al., 2011).

Los postulados se clasificaron según factores tales como:

- El equilibrio entre los beneficios y los daños potenciales
- La confianza en ese equilibrio o calidad de evidencia
- Los valores y preferencias de los prestadores y pacientes
- La utilización de los recursos y la viabilidad

Los postulados se clasificaron como:

• Recomendaciones fuertes (“recomendamos”), en el caso de las intervenciones/terapias/estrategias donde:

- La evidencia es de alta calidad
- por las estimaciones de los efectos de una intervención/terapia/estrategia (es decir, cuando hay un alto nivel de certeza de que se lograrán los efectos en la práctica)
- cuando la terapia/intervención/estrategia presenta pocas desventajas
- cuando existe un alto grado de aceptación entre los prestadores y los pacientes o aquellos a quienes se aplican las recomendaciones.

• Recomendaciones débiles (“sugerimos”) en el caso de las intervenciones/terapias/estrategias donde:

- la base evidencial presenta debilidades
- existe un grado de duda en cuanto al tamaño del efecto que puede esperarse en la práctica
- se necesita equilibrar las potenciales ventajas e inconvenientes de las intervenciones/terapias/estrategias
- es posible que haya diversos grados de aceptación entre los prestadores y los pacientes o aquellos a quienes se aplican las recomendaciones.

3.10 Redacción del texto que apoya los postulados

Luego de clasificar los postulados, los Equipos de Capítulos escribieron los textos, brindando los fundamentos o las razones que apoyaban las recomendaciones. Ello incluía proveer la evidencia disponible, los datos sobre los beneficios y daños potenciales, describiendo las incertidumbres y suministrando información acerca de la implementación de la recomendación, incluso las barreras y desafíos esperados, entre otros. Las referencias utilizan el estilo APA-7 para respaldar la información en el texto. También se brindan enlaces a los recursos, según corresponda.

El Presidente y los Copresidentes se encargaron de revisar y aprobar el texto, como así también de la clasificación de las recomendaciones como fuertes o débiles.

3.11 Validación externa de las referencias utilizadas para fundamentar los postulados

Un grupo de académicos clínicos independientes que trabajan en el campo de la salud transgénero fueron los encargados de revisar las referencias utilizadas en cada capítulo con el objeto de validar que las mismas fueran apropiadas para fundamentar el texto. Toda observación respecto a las referencias fue reenviada a los capítulos para su revisión.

3.12 Finalización del borrador de los SOC-8

El borrador definitivo de los SOC-8 se sometió a comentarios.

3.13 Distribución de los Estándares de Atención para la revisión de los asesores internacionales

Los postulados de las recomendaciones de los Estándares de Atención -Versión 8 se enviaron al Comité de Revisión de los Estándares de Atención y al Grupo Asesor Internacionales de la WPATH, integrado por la Asia Pacific Transgender Network (Red Transgénero Asia Pacífico, APTN), la Global Action for Transgender Equality (Acción Global para la Igualdad Transgénero, GATE), la International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association (Asociación Internacional de Lesbianas, Gay, Bisexual, Transgénero e Intersex, ILGA), y Transgender Europe (Europa Transgénero, TGEU).

3.14 Periodo de comentarios públicos

El borrador revisado del documento de los Estándares de Atención fue publicado en el sitio web de la WPATH para que el público, incluso los miembros de la WPATH, hicieran sus comentarios. Un total de 1279 personas hicieron sus comentarios sobre el borrador, siendo 2688 el total de comentarios formulados.

3.15 Revisión del borrador definitivo en base a los comentarios

Los Líderes de los Capítulos y el Comité Directivo evaluaron los comentarios y ordenaron las revisiones necesarias. Se leyeron todos los comentarios públicos y cuando resultó apropiado, pasaron a formar parte del texto fuente.

Como parte de este proceso, se escribieron tres nuevos postulados Delphi y dos fueron modificados en forma tal que requirieron una nueva votación del Comité de los SOC-8. Ello implicó que se iniciara un nuevo proceso Delphi en enero de 2022. Los resultados de este proceso Delphi contaron con la aprobación de los capítulos, por lo cual se adicionaron nuevos postulados o se hicieron las modificaciones respectivas. Se incluyó el nuevo texto de soporte.

El Presidente y los Copresidentes revisaron nuevamente todas las nuevas versiones de los capítulos y sugirieron cambios o modificaciones. Por último, cuando los Presidentes y los Participantes de los Capítulos se mostraron satisfechos con el borrador, se dio por concluido el Capítulo.

Todas las nuevas referencias fueron revisadas por un colaborador independiente.

3.16 Aprobación del borrador definitivo por parte del Presidente y de los Copresidentes

Los Presidentes tuvieron a cargo la revisión de las modificaciones y las aceptaron.

3.17 Aprobación por parte del Directorio de la WPATH

El documento definitivo se presentó al Directorio de la WPATH para su aprobación, y fue aprobado el 20 de junio de 2022.

3.18 Publicación de los SOC-8 y disseminación de los Estándares de Atención

Los Estándares de Atención se disseminaron en diferentes lugares y en distintos formatos, incluso se publicaron en la International Journal of Transgender Health (publicación científica oficial de la WPATH).

4. Plan para actualización

En el futuro se desarrollará una nueva edición de los Estándares de Atención (SOC-9), cuando se considere pertinente, debido a la aparición de nueva evidencia y/o cambios significativos en el campo que requieren una nueva edición.

(*) El desarrollo de los SOC-8 fue un proceso complejo que se llevó a cabo en tiempos del Covid-19, lo que implicó incertidumbres políticas en muchas partes del mundo. Los miembros de los SOC-8 trabajaron en éstos, además de ocuparse de su trabajo cotidiano y la mayor parte de las reuniones tuvo lugar por fuera de su horario laboral y durante los fines de semana, vía Zoom. Hubo pocos encuentros presenciales, la mayoría vinculados con las conferencias de la WPATH, USPATH o EPATH. Los miembros del Comité no recibieron remuneración alguna por participar de este proceso.

Anexo B – GLOSARIO

CISGÉNERO: se refiere a las personas cuyas identidades de género actuales se corresponden con el sexo asignado al nacer.

DETRANSICIÓN: término algunas veces utilizado para describir la reversión de la transición de una persona al género asociado estereotípicamente con el sexo asignado al nacer.

EUNUCO: se refiere a una persona asignada masculina al nacer a quien se le extirparon quirúrgicamente los testículos o se los convirtieron en no funcionales y que se identifica como eunuco. Esta definición difiere de la definición médica clásica porque excluye a quienes no se identifican como eunucos.

IDENTIFICADO EUNUCO: Una persona que siente que su verdadero yo es mejor expresado por el término eunuco. Las personas identificadas eunucos generalmente tienen el deseo de hacer que sus órganos reproductivos sean removidos o convertidos en no funcionales.

GÉNERO: según el contexto, género puede referirse a identidad de género, expresión de género y/o a rol social de género, incluyendo la interpretación y expectativas culturalmente asociadas a personas asignadas masculinas o femeninas al nacer. Las identidades de género diferentes de la masculina o femenina (que pueden ser cisgénero o transgénero) incluyen transgénero, no binario, género queer, género neutral, sin género, de género fluido y “tercer género”, entre otros; en distintas partes del mundo se reconocen muchos otros géneros.

AFIRMACIÓN DE GÉNERO: se refiere a ser reconocido o afirmado según la identidad de género de la persona. Comúnmente abarca las dimensiones social, psicológica, médica y legal. El término afirmación de género se utiliza en lugar de transición (como en afirmación de género médica) o puede utilizarse como un adjetivo (como en intervención afirmante de género).

CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO (CAG): se utiliza para describir la cirugía de cambio de las características sexuales primarias y/o secundarias para afirmar la identidad de género de una persona.

GÉNERO BINARIO: se refiere a la idea de que existen sólo 2 géneros, masculino y femenino; la expectativa de que todas las personas corresponden a uno o a otro, y de que todos los hombres son masculinos y todas las mujeres son femeninas.

GÉNERO DIVERSO: término utilizado para describir a las personas con identidades y/o expresiones de género que son diferentes a las expectativas sociales y culturales atribuidas al sexo asignado al nacer. Incluye, entre muchas otras identidades diversas culturalmente, a las personas que se identifican como no binario, de género expansivo, de género no conforme, y otras que no se identifican como cisgénero.

DISFORIA DE GÉNERO: describe el estado de distrés o malestar que puede experimentar una persona a causa de que su identidad de género difiere de la que física o socialmente se le atribuye al sexo asignado al nacer. Disforia de género es también un término diagnóstico utilizado en el DSM-5 que denota una incongruencia entre el sexo asignado al nacer y el género que se experimenta, acompañado por distrés. No todas las personas transgénero y de género diverso experimentan disforia de género.

GÉNERO EXPANSIVO: es un adjetivo comúnmente utilizado para describir a las personas que se identifican o se expresan en forma más amplia que los comportamientos o creencias asociadas social y culturalmente a un sexo en particular. Algunas veces también se utiliza el término “género creativo”. En el pasado, se utilizaba el término género variante, pero este uso está desapareciendo en el campo profesional por sus connotaciones negativas.

EXPRESIÓN DE GÉNERO: se refiere a cómo la persona evidencia o expresa su género en su vida cotidiana y dentro del contexto de su cultura y su sociedad. La expresión de género a través de la apariencia física puede incluir el uso de determinada vestimenta, peinado, accesorios, cosméticos, intervenciones hormonales y quirúrgicas como también formas de actuar, hablar, patrones de comportamiento y nombres. La expresión de género de una persona puede ser congruente o no con su identidad de género.

IDENTIDAD DE GÉNERO: se refiere al sentimiento profundo, interno e intrínseco de una persona sobre su propio género.

DISCORDANCIA DE GÉNERO: término diagnóstico utilizado en la CIE-11 que describe la experiencia marcada y persistente de una incongruencia entre la identidad de género y el género que se espera de esa persona según el sexo asignado al nacer.

INTERSEX: se refiere a la persona nacida con sexo o características reproductivas que no se encuadran en las definiciones binarias de femenino o masculino.

USO DE GÉNERO ERRADO (MISGENDER): se refiere a lo que ocurre cuando se utiliza el lenguaje que no refleja correctamente el género con el cual se identifica una persona. Puede tratarse de un pronombre (él/ella, ellos/ellas) o una forma de dirigirse a esa persona (señor/señora).

NO BINARIO: se refiere a las personas con identidad de género que no se encuadran en la categoría género binario. Tales personas pueden identificarse como parcialmente hombres y parcialmente mujeres, o identificarse como algunas veces hombres y algunas veces mujeres, o identificarse con un género diferente de mujer u hombre, o identificarse por no tener género. Las personas no binarias pueden utilizar el pronombre “elle” en lugar de ella/él. Algunas personas no binarias se consideran transgénero o trans; otras no, porque consideran que transgénero corresponde a la categoría de género binario.

La abreviatura NB o “enebe” suele utilizarse como un descriptor de no binario. Como ejemplo de identidades de género no binario podemos mencionar: género queer, género diverso, género fluido, demi-género, bi-género y sin género.

RETRANSICIÓN: se refiere a la segunda transición o a las subsiguientes, ya sea por medios sociales, médicos o legales. La retransición puede ser de un género binario o no binario a otro binario o no binario. Las personas pueden retransicionar más de una vez.

La retransición puede deberse a diferentes razones, como por ejemplo a la evolución de la

identidad de género, problemas de salud, problemas familiares o sociales y cuestiones financieras.

SEXO ASIGNADO AL NACER: refiere a la condición de la persona como masculino, femenino o inter sex, según las características físicas.

El sexo normalmente se asigna al nacer en base a la apariencia de los genitales externos. AFAB es el acrónimo en inglés que designa “femenino al nacer” y AMAB es el acrónimo en inglés que designa “masculino al nacer”.

ORIENTACIÓN SEXUAL: se refiere a la identidad, atracción y conducta sexual de una persona en relación con otros, según las características de su género y/o de su sexo y las de sus parejas. Orientación sexual e identidad de género son términos distintos.

TRANSGÉNERO: o trans son términos amplios que describen a las personas cuyas identidades y/o expresiones de género no se adecuan a las expectativas típicas del sexo asignado al nacer. Esta expresión debe utilizarse siempre como adjetivo (como por ejemplo “persona trans”) y nunca como sustantivo (“el/la transgénero”) ni como verboide (“tras generados”).

HOMBRES TRANSGÉNERO / HOMBRES TRANS / HOMBRES DE EXPERIENCIA TRANS: son personas con identidad de género masculina asignadas femeninas al nacer. Pueden o no haber realizado la transición. “FaM” o “Femenino-a-Masculino” son términos antiguos que están cayendo en desuso.

MUJERES TRANSGÉNERO / MUJERES TRANS / MUJERES DE EXPERIENCIA TRANS: son personas con identidad de género femenina, asignadas masculinas al nacer. Pueden o no haber realizado la transición. “MaF” o “Masculino-a-Femenino” son términos antiguos que están cayendo en desuso.

TRANSICIÓN: proceso por el cual una persona comúnmente cambia de la expresión de género asociada al sexo asignado al nacer a otra expresión de género que es más congruente con su identidad de género. Puede haber transición social, utilizando métodos tales como cambiar el nombre, el pronombre, la ropa, el peinado y/o

cambio en las formas de moverse o de hablar. La transición puede o no incluir hormonas y/o cirugías para cambiar el aspecto físico.

Este término puede utilizarse para describir el proceso de cambio de una expresión de género de un género a otro género diferente. Las personas pueden hacer transiciones más de una vez en su vida.

TRANSFOBIA: se refiere a las actitudes, creencias y acciones negativas con referencia al colectivo transgénero y de género diverso. La transfobia puede presentarse en forma de políticas y prácticas discriminatorias a nivel estructural o en formas específicas y personales.

La transfobia también puede internalizarse, cuando las personas transgénero y de género diverso la aceptan y reflejan tal prejuicio acerca de sí mismos o en referencia a otras personas transgénero o de género diverso. Si bien la transfobia puede algunas veces ser consecuencia de la ignorancia inocente más que de la hostilidad directa, sus efectos nunca son benignos. Algunas personas utilizan el término prejuicio anti transgénero en lugar de transfobia.

Anexo C - TERAPIA HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO

Tabla 1. Tiempo estimado en evidenciar cambios físicos con la terapia hormonal de afirmación de género

Régimen en base a testosterona		
Efecto	Inicio	Máximo
Piel grasa/acné	1-6 meses	1-2 años
Crecimiento del vello facial/corporal	6-12 meses	>5 años
Pérdida de cabello	6-12 meses	>5 años
Aumento de la fuerza/masa muscular	6-12 meses	2-5 años
Redistribución de la grasa corporal	1-6 meses	2-5 años
Amenorrea	1-6 meses	1-2 años
Agrandamiento del clítoris	1-6 meses	1-2 años
Atrofia vaginal	1-6 meses	1-2 años
Agravamiento de la voz	1-6 meses	1-2 años
Regímenes en base a estrógenos y antiandrógenos		
Efecto	Inicio	Máximo
Redistribución de la grasa corpora	3-6 meses	2-5 años
Disminución de la fuerza/masa muscular	3-6 meses	1-2 años
Piel suave/grasa	3-6 meses	Desconocido
Disminución de erecciones espontáneas	1-3 meses	3-6 meses
Disminución de la producción de esperma	Desconocido	2 años
Crecimiento mamario	3-6 meses	2-5 años
Disminución del volumen testicular	3-6 meses	Variable
Disminución del crecimiento del vello	6-12 meses	> 3 años
Aumento de cabello	Variable	Variable
Cambios en la voz	No se dan	

Adaptado de Hembree et al., 2017

Tabla 2. Riesgos asociados a la terapia hormonal de afirmación de género (los elementos en negrita son clínicamente significativos) (Actualizado de los SOC-7)

NIVEL DE RIESGO	Regímenes en base a estrógenos	Regímenes en base a testosterona
Probable riesgo aumentado	Tromboembolismo venoso Infertilidad Hiperkalemia (e) Hipertrigliceridemia Aumento de peso	Policitemia Infertilidad Acné Alopecia androgénica Hipertensión Apnea del sueño Aumento de peso Disminución de Colesterol HDL y aumento de Colesterol LDL Enfermedad cardiovascular
Probable riesgo aumentado con presencia de factores de riesgo adicionales	Enfermedad cardiovascular Enfermedad Cerebrovascular Meningiomas (c) Poliuria/Deshidratación (e) Colelitiasis	Hipertrigliceridemia
Posible riesgo aumentado	Hipertensión Disfunción eréctil	
Posible riesgo aumentado con presencia de factores de riesgo adicionales	Diabetes tipo 2 Baja masa ósea/ Osteoporosis Hiperprolactinemia	Diabetes tipo 2 Enfermedad cardiovascular
Sin aumento de riesgo o no-concluyen	Cáncer de mama y cáncer de próstata	Baja masa ósea/ Osteoporosis Cáncer de mama, cervix, de ovarios, de útero

(c) régimen en base a ciproterona

(e) régimen en base a espironolactona

Tabla 3. Regímenes hormonales de afirmación de género en personas transgénero y de género diverso jóvenes (Adaptado de la Guía de la Endocrine Society; Hembree et al., 2017)

Inducción de la pubertad femenina (régimen en base a estrógenos) con estradiol -17 β por vía oral
 Iniciar con 5 μ g/kg/d y aumentar la dosis de a 5 μ g/kg/d hasta 20 μ g/kg/d cada 6 meses, según los niveles de estradiol.
 Dosis en el adulto = 2-6 mg/día.
 En adolescentes TGD postpuberales, la dosis de estradiol-17 β puede aumentarse más rápidamente: 1 mg/d durante 6 meses, y luego 2 mg/d y más, según los niveles de estradiol

Inducción de la pubertad femenina (régimen en base a estrógenos) con estradiol -17 β transdérmico
 Dosis de inicio 6.25-12.5 μ g/24 h (cortando el parche de 24 g en cuartos, y luego, a la mitad).
 Ajustar la dosis cada 6 meses en 12.5 μ g/24 h, según los niveles de estradiol.
 Dosis en el adulto = 50-200 μ g/24 horas.
 Ver alternativas - dosis adultas (Tabla 4)

Inducción de la pubertad masculina (régimen en base a testosterona) con ésteres de testosterona
 25mg/m² /2 semanas (o, como alternativa, la mitad de la dosis por semana).
 Aumentar 25mg/m² /2 semanas, cada 6 meses hasta alcanzar la dosis adulta y hasta que se hayan logrado los niveles de testosterona previstos. Ver alternativas de testosteronas (Tabla 4)

Tabla 4. Regímenes hormonales en personas transgénero y de género diverso adultas*

Régimen en base a estrógenos (Feminidad Trans)

Estrógenos

Oral o sublingual			
Estradiol		2.0-6.0mg/día	
Transdérmico			
Parche de Estradiol transdérmico		0.025-0.2mg/día	
Estradiol gel varios		‡ diario en la piel	
Parenteral			
Valerato o Cipionato de Estradiol	5-30mg	IM	cada 2 semanas
	2-10	IM	cada semana

Anti-Andrógenos

Espironolactona		100-300mg/día	
Acetato de Ciproterona		10mg/día**	
Agonistas GnRH		3.75-7.50mg	SQ/IM por mes
Agonistas GnRH	11.25/22.5mg	SQ/IM	3/6 por mes

‡ La cantidad aplicada varía según la fórmula y la potencia

Régimen en base a testosterona (Masculinidad Trans)

Testosterona

Parenteral			
Enantato / cipionato de Testosterona	50-100	IM/SQ	por semana
Undecanoato de Testosterona	100-200	IM	cada 2 semanas
Testosterona	de 1000	mg	IM cada 12 semanas
	750	mg	IM cada 10 semanas

Testosterona transdérmica

Testosterona en gel	50-100mg/día		
Parche transdérmico de Testosterona	2.5-7.5mg/día		

*Las dosis deben ajustarse hacia arriba o hacia abajo, hasta que los niveles de hormona esteroide sexual alcancen el rango terapéutico.

Los regímenes hormonales no reflejan todas las formulaciones disponibles en todas las farmacias de todo el mundo. Es posible que deban adaptarse según la disponibilidad en las farmacias locales.

**Kuijpers et al (2021)

Tabla 5. Monitoreo hormonal de las personas transgénero y de género diverso que reciben terapia hormonal de afirmación de género (Adaptado de la Guía de la Endocrine Society)

Personas masculinas transgénero o masculinidades trans (incluye género diverso / no binario)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar al paciente cada 3 meses aproximadamente (con cambios de dosis) durante el primer año, y una o dos veces al año después, para controlar los cambios físicos apropiados en respuesta a la terapia con testosterona. 2. Medir la testosterona sérica total cada tres meses (con cambios de dosis) hasta alcanzar los niveles estipulados <ol style="list-style-type: none"> a. En el caso de administración de testosterona por vía parenteral, debe medirse durante el interregno de las inyecciones. El nivel buscado es 400-700 ng/dL. Como alternativa, medir los picos para asegurarse de que los niveles permanezcan en el rango de referencia para los hombres. b. En el caso de administración de undecanoato de testosterona por vía parenteral, debe medirse la testosterona justo antes de la inyección. Si el nivel es < 400ng/dL, ajustar el intervalo entre las dosis. c. En el caso de administración de testosterona transdérmica, el nivel de testosterona puede medirse recién después de transcurrida una semana de aplicaciones diarias (por lo menos, dos horas después de la aplicación del producto). 3. Medir el hematocrito o las concentraciones de hemoglobina al comienzo del tratamiento y luego de aproximadamente 3 meses (con cambios de dosis) durante el primer año, y posteriormente, una o dos veces al año.
Personas femeninas transgénero o feminidades trans (incluye género diverso / no binario)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar al paciente cada 3 meses aproximadamente (con cambios de dosis) durante el primer año, y una o dos veces al año después, para controlar los cambios físicos apropiados en respuesta a la terapia con estrógenos. <ol style="list-style-type: none"> a. Los niveles séricos de testosterona deben ser menores a 50 ng/dL. b. El estradiol sérico debe estar en el rango de 100-200 pg/mL. 2. En el caso de personas que reciben espironolactona, deben monitorearse los electrolitos séricos, en especial, el potasio, y la función renal, en especial, la creatinina. 3. Hacer los estudios de atención primaria según las recomendaciones del capítulo de atención primaria.

Anexo D – CRITERIOS PARA TRATAMIENTOS HORMONALES Y QUIRÚRGICOS EN LA ADULTEZ Y LA ADOLESCENCIA

Los SOC-8 están diseñados para ser flexibles de modo de satisfacer las diversas necesidades de atención de las personas TGD en el ámbito mundial. Si bien es adaptable, ofrece estándares consensuados según la mejor evidencia científica disponible para promover una atención óptima y guiar el tratamiento de las personas que experimentan incongruencia de género. Como en todas las versiones previa de los SOC, los criterios propuestos en este documento para las intervenciones de afirmación de género constituyen guías clínicas que los profesionales de la salud y los programas individuales, de común acuerdo con la persona TGD, pueden modificar. Estas modificaciones pueden ocurrir debido a la anatomía única de la persona TGD, su situación social o psicológica, porque un profesional de la salud experimentado cuenta con un método superior para manejar una situación común, por un protocolo de investigación, debido a la falta de recursos en distintas partes del mundo o debido a la necesidad de contar con estrategias específicas para la reducción de efectos colaterales. Estas desviaciones de los postulados deben ser reconocidas como tales, discutidas con la persona TGD y documentadas. Dicha documentación también será de gran valor, dado que permitirá la acumulación de nuevos datos que podrán ser examinados en retrospectiva con miras a la evolución de la atención de la salud y de los SOC. Esta síntesis de criterios debe leerse en conjunto con los capítulos relevantes (ver los capítulos referidos a Evaluación en la Adulthood y Adolescencia).

SÍNTESIS DE CRITERIOS EN LA ADULTEZ

Relativos al proceso de evaluación

- Los profesionales de la salud que tienen a su cargo la evaluación de personas transgénero y de género diverso adultas que solicitan tratamiento de afirmación de género deben estar en contacto con profesionales de diferentes

disciplinas del campo de la salud trans para poder hacer interconsultas y derivaciones en caso necesario*

- Si se requiere documentación escrita o una carta para recomendar tratamiento médico o quirúrgico de afirmación de género (TMQAG), sólo se necesitará una carta de evaluación emitida por un profesional de la salud con competencia para evaluar personas transgénero y de género diverso.

Criterios para hormonas

- a) Marcada y sostenida incongruencia de género;
- b) La persona que consulta reúne los criterios diagnósticos de incongruencia de género antes del tratamiento hormonal de afirmación de género en regiones donde es necesario realizar un diagnóstico antes de acceder a la atención en salud;
- c) La persona que consulta demuestra su capacidad de brindar consentimiento al tratamiento hormonal específico de afirmación de género;
- d) Se han identificado y descartado otras posibles causas de aparente incongruencia de género;
- e) Se han evaluado, considerando los riesgos y beneficios, los problemas físicos o mentales que podrían tener un impacto negativo en el resultado del tratamiento;
- f) La persona que consulta comprende los efectos del tratamiento hormonal de afirmación de género sobre la reproducción y ha explorado opciones para conservarla

Criterios para cirugía

- a) Marcada y sostenida incongruencia de género;
- b) La persona que consulta reúne los criterios diagnósticos de incongruencia de género antes de la cirugía de afirmación de género en regiones donde es necesario hacer un diagnóstico antes de acceder a la atención en salud;
- c) La persona que consulta demuestra su capacidad de brindar consentimiento a la

intervención quirúrgica específica de afirmación de género;

d) La persona que consulta comprende los efectos de la cirugía de afirmación de género sobre la reproducción y ha explorado opciones para conservarla

e) Se han identificado y descartado otras posibles causas de aparente incongruencia de género;

f) Se han evaluado, considerando los riesgos y beneficios, los problemas físicos o mentales que podrían tener un impacto negativo en el resultado de la intervención quirúrgica de afirmación de género;

g) La persona que consulta ha sostenido un tratamiento hormonal de afirmación de género (que puede incluir un tratamiento con hormonas de al menos 6 meses o un periodo mayor si fuera necesario para alcanzar los resultados quirúrgicos deseados, excepto que la terapia hormonal no sea deseada o esté médicamente contraindicada).*

(*Estos criterios fueron clasificados como sugerencias

SÍNTESIS DE CRITERIOS EN LA ADOLESCENCIA

Relativos al proceso de evaluación

- Evaluación biopsicosocial completa, que involucre a profesionales médicos y de la salud mental relevantes;
- Inclusión de los padres /tutores en el proceso de evaluación, a menos que se determine que incluirlos puede ser perjudicial para el adolescente o no sea factible;
- Si se requiere documentación escrita o una carta para recomendar tratamiento médico o quirúrgico de afirmación de género (TMQAG), sólo se necesitará una carta de evaluación emitida por un miembro del equipo multidisciplinario. Este documento deberá reflejar la evaluación y la opinión del equipo formado tanto por profesionales médicos y de la salud mental (PSM).

Agentes inhibidores de la pubertad

a) Marcada y sostenida diversidad/incongruencia de género;

b) La persona que consulta reúne los criterios diagnósticos de incongruencia de género en situaciones en las que es necesario hacer un diagnóstico antes de acceder a la atención en salud;

c) La persona que consulta demuestra ser madura cognitiva y emocionalmente para brindar su consentimiento informado/asentimiento al tratamiento;

d) Se han considerado los problemas de salud mental (si los hubiera) que pueden interferir con la claridad del diagnóstico, la capacidad de emitir consentimiento y las distintas opciones de tratamientos médicos de afirmación de género de forma de poder brindar un tratamiento óptimo;

e) La persona que consulta ha recibido suficiente información sobre los efectos de la terapia sobre la reproducción, inclusive la potencial pérdida de la fertilidad, y las opciones disponibles para preservarla;

f) La persona que consulta ha alcanzado el estadio Tanner 2

Tratamientos hormonales

a) Marcada y sostenida diversidad/incongruencia de género

b) La persona que consulta reúne los criterios diagnósticos de incongruencia de género en situaciones en las que es necesario hacer un diagnóstico antes de acceder a la atención en salud;

c) La persona que consulta demuestra ser madura cognitiva y emocionalmente para brindar su consentimiento informado/asentimiento al tratamiento;

d) Se han considerado los problemas de salud mental (si los hubiera) que pueden interferir con la claridad del diagnóstico, la capacidad de emitir consentimiento y las distintas opciones de tratamientos médicos de afirmación de género de forma de poder brindar un tratamiento óptimo;

e) La persona que consulta ha recibido suficiente información sobre los efectos de la terapia sobre la reproducción, inclusive la

potencial pérdida de la fertilidad, y las opciones disponibles para preservarla;

f) La persona que consulta ha alcanzado el estadio Tanner 2

Cirugía

a) Marcada y sostenida diversidad/ incongruencia de género;

b) La persona que consulta reúne los criterios diagnósticos de incongruencia de género en situaciones en las que es necesario hacer un diagnóstico antes de acceder a la atención en salud;

c) La persona que consulta demuestra ser madura cognitiva y emocionalmente para brindar su consentimiento informado/asentimiento al tratamiento;

d) Se han considerado los problemas de salud mental (si los hubiera) que pueden interferir con la claridad del diagnóstico, la capacidad de emitir consentimiento y las distintas opciones de tratamientos médicos de afirmación de género de forma de poder brindarlo de forma óptima;

e) La persona que consulta ha recibido suficiente información sobre los efectos de la terapia sobre la reproducción, inclusive la potencial pérdida de la fertilidad, y las opciones disponibles para preservarla;

f) El consultante ha recibido como mínimo 12 meses de terapia hormonal de afirmación de género, cuando sea requerido, para alcanzar el resultado quirúrgico deseado con los procedimientos de afirmación de género, los que incluyen aumento de mamas, orquiectomía, vaginoplastia, histerectomía, faloplastia, metoidioplastía y cirugía facial como parte del tratamiento de afirmación de género, a menos que la terapia hormonal no sea deseada o esté médicamente contraindicada.

Anexo E – PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO

Dado que la comprensión de las diferentes facetas de la incongruencia de género está en continua expansión y que hay un constante desarrollo de la tecnología que permite realizar tratamientos adicionales, es imperativo que

comprendamos que esta lista no pretende ser exhaustiva. Ello reviste fundamental importancia debido a los intervalos generalmente largos que transcurren entre las actualizaciones de los SOC, periodos durante los cuales pueden ocurrir cambios en la comprensión y en las modalidades de los tratamientos.

CIRUGÍA FACIAL	
Frente	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la frente • Aumento de la frente • Levantamiento de la frente
Avance de la línea capilar y/o trasplante de cabello	
Estiramiento de la cara/ estiramiento de la mitad de la cara (por alteración de las estructuras esqueléticas subyacentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Platismoplastia
Blefaroplastia	<ul style="list-style-type: none"> • Liporrellenado (Lipofilling)
Mejillas	<ul style="list-style-type: none"> • Implante
Labios	<ul style="list-style-type: none"> • Liporrellenado (Lipofilling) • Labios • Acortamiento del labio superior • Agrandamiento de labios (incluye autólogo y no-autólogo) • Reducción del ángulo mandibular • Aumento • Osteoplástico • Aloplástico (en base a implantes) • Cirugía de las cuerdas vocales (Ver capítulo de la Voz)
Mandíbula inferior	
Remodelado del mentón	<ul style="list-style-type: none"> • Mastectomía con conservación de la areola-pezones/reconstrucción según determinación médica para el paciente específico • Mastectomía sin conservación de la areola-pezones/reconstrucción según determinación médica para el paciente específico
Condrolaringoplastia	
CIRUGÍA DE MAMA/TÓRAX	
Mastectomía	<ul style="list-style-type: none"> • Implante y/o expansor de tejido • Autólogo (incluye colgajo y liporrelleno)
Liposucción	
Reconstrucción de mamas (aumento)	
CIRUGÍA GENITAL	
Faloplastia (con/sin escrotoplastia)	<ul style="list-style-type: none"> • Con/sin alargamiento de la uretra • Con/sin prótesis (peneana y/o testicular) • Con/sin colpectomía/colpocleisis
Metoidioplastia (con/sin escrotoplastia)	<ul style="list-style-type: none"> • Con/sin alargamiento de la uretra • Con/sin prótesis (peneana y/o testicular) • Con/sin colpectomía/colpocleisis • Puede incluir conservación de pene y/o testículos • Puede incluir procedimientos descritos como “frente plano”
Vaginoplastia (inversión, peritoneal, intestinal)	
Vulvoplastia	
GONAECTOMÍA	
Orquiectomía	
Histerectomía y/o salpingooforectomía	
CONTORNEADO DE LA FIGURA CORPORAL	
Liposucción	
Liporrelleno	
Implantes	<ul style="list-style-type: none"> • Pectoral, caderas, glúteos, pantorrillas
Monteplastia/reducción del monte	
OTROS PROCEDIMIENTOS	
Remoción capilar: remoción del vello facial, corporal, y de las zonas genitales de afirmación de género o como parte del proceso de preparación preoperatorio (ver Postulado 15.14 referido a la remoción capilar)	<ul style="list-style-type: none"> • Electrólisis • Depilación por Laser
Tatuaje (pezón-areola)	
Trasplante uterino	
Trasplante peneano	