

Dilemas éticos relacionados con la supresión de la pubertad

Ethical dilemmas related to puberty suppression

María Guadalupe Grimaux*
Universidad Austral, Pilar, Argentina

Gustavo Paez**
Universidad Austral, Pilar, Argentina

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.01>

Resumen

La disforia de género pediátrica es una patología psiquiátrica cuya incidencia ha crecido significativamente. Se han propuesto diversas terapias, pero aún no hay consenso sobre la conducta a seguir en estos casos. Uno de los tratamientos sugeridos es la supresión de la pubertad, cuyo objetivo es el de disminuir la angustia del niño que padece esta patología. Sin embargo, este tratamiento ha generado diversos dilemas éticos que todavía no han sido despejados. Por este motivo, basándonos en la evidencia actual, no parece prudente su indicación existiendo otras alternativas terapéuticas que no despiertan controversias.

Palabras clave: disforia, género, bioética.

* Especialista en Clínica Médica. Miembro del Departamento de Bioética de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral, Pilar, Argentina. Magíster en Bioética por la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Correo electrónico: mgrimaux@austral.edu.ar <https://orcid.org/0000-0002-7594-5610>

** Miembro del Departamento de Bioética de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral, Pilar, Argentina. Magíster en Bioética y Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Correo electrónico: gpaez@austral.edu.ar <https://orcid.org/0000-0003-3862-7426>

Recepción: 12/01/2022 Aceptación: 26/07/2022

1. Introducción

La “disforia de género” es definida por la *American Psychiatric Association* (APA) como “malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado” (1). Este concepto cobró notoriedad cuando fue incluido en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-5) en reemplazo de “trastorno de identidad de género”, que figuraba en la anterior edición (2).

Como expresa *The World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), algunas personas experimentan disforia de género a un nivel tal que la angustia cumple los criterios para un diagnóstico formal que podría clasificarse como un trastorno mental. Tal diagnóstico no es una licencia para la estigmatización o la privación de derechos civiles y humanos (3). Se trata de un problema que experimenta una persona, y se apunta a aliviar la angustia que esa persona vive, especialmente causada por el rechazo que suele sufrir por parte de los demás (4).

Es un fenómeno que siempre existió, aunque la terminología sea más reciente. La incidencia de esta patología ha ido en aumento con una prevalencia actual de 0,002-0,003% en mujeres y de 0,005-0,014% en varones (1). Se da tanto en niñas y niños, adolescentes y adultos. Es un tema amplio y complejo que está todavía en estudio.

Los niños y adolescentes que sufren la disforia de género al comienzo de una pubertad que ellos experimentan como equivocada, tienen alto riesgo de depresión, ansiedad, aislamiento y daño autoinfligido (5).

El presente artículo se enfoca en la disforia de género en niñas y niños, y en las terapias propuestas para tratarla. Se excluirá la disforia de género que se presenta en pacientes con trastornos del desarrollo sexual ya que es un caso que tiene características propias. Entre los tratamientos propuestos, nos centraremos en la supresión de la pubertad. Analizaremos las posturas de quienes promueven esta alternativa y de algunos autores que encuentran prevenciones a la hora de

tomar una decisión. Los dilemas bioéticos que presenta este tratamiento se ven también reflejados en las controversias jurídicas que se pueden encontrar en diversos países.

Para simplificar la lectura, al mencionar “niños” nos estaremos refiriendo a todas las niñas y niños, en edad anterior a la adolescencia.

2. Disforia de género pediátrica

2.1. Diagnóstico

El DSM-5 considera que la disforia de género en niños es “una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio 1):

1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
2. En los niños (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las niñas (sexo asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. En los niños (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las niñas

(sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.

7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento” (1).

2.2. Pronóstico

En el caso de los pacientes pediátricos, la WPATH expresa que una diferencia importante entre los niños y los adolescentes con disforia de género es la proporción en la que ésta persiste hasta la edad adulta. En estudios de seguimiento de niños varones prepúberes que fueron remitidos a clínicas para evaluación de la disforia de género, ésta continuó hasta la edad adulta sólo en el 6-23% de los casos. Otros estudios que también incluían niñas mostraron una persistencia del 12-27 % (3). Es decir, para la mayoría de los niños, la disforia remite sin tratamiento, aunque la tendencia señala un aumento de persistencia. Algunos estudios sostienen que esa fluctuación se mantiene incluso en adultos jóvenes (6).

2.3. Trastornos psiquiátricos asociados

Es frecuente que los niños con disforia de género tengan otros trastornos psiquiátricos coexistentes como ansiedad y depresión (7). Por otro lado, la prevalencia de los trastornos del espectro autista parece ser más alta en los niños con disforia de género que en la población general (8,9). También se ha comprobado que tienen mayor tendencia al uso de drogas ilícitas, trastornos en la conducta alimentaria, auto agresiones e intento de suicidio (10). Es por ello por lo que se exigen los siguientes conocimientos a los profesionales de la salud

mental que evalúan, derivan y ofrecen terapia a niños con disforia de género: a) cumplir con los requisitos de competencia para los profesionales de la salud mental que trabajan con adultos; b) estar formados en psicopatología del desarrollo infantil y adolescente; y c) ser competentes en el diagnóstico y tratamiento de los problemas cotidianos de los niños y adolescentes (3).

La teoría del *minority stress*, desarrollada originalmente teniendo en cuenta la experiencia de las personas LGB (lesbianas, *gays*, bisexuales) y luego extendida a personas transgénero, sostiene que las personas LGBT (lesbianas, *gays*, bisexuales y transexuales) experimentan tasas más altas de mala salud mental a causa de la discriminación y otras formas de estigma. Sin embargo, la teoría no toma en cuenta el hecho de que los adolescentes de minorías de género pueden experimentar disforia de género, generando mayor vulnerabilidad para padecer trastornos mentales, especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgo (11).

2.4. Pautas terapéuticas

Existen tres enfoques distintos para tratar la disforia de género, cada uno de ellos apoyado en un paradigma clínico propio. Los describiremos brevemente:

- a) *Modelo terapéutico*: fue el modelo inicial. Procura disminuir la disforia de género. Sostiene que la posibilidad de transgénero conlleva dificultades físicas, psíquicas y sociales (12). Considera los factores biológicos como posibles factores predisponentes para la expresión de un fenotipo de identidad de género particular, pero no como factores determinantes que conducen de manera invariable a una cierta identidad de género a lo largo del desarrollo. Los factores psicosociales, de cognición social, la psicopatología asociada y los mecanismos psicodinámicos se pueden conceptualizar como predisponentes, precipitantes o perpetuadores (13).

- b) *Watchful waiting*: acompaña al niño y su familia, y permite el desarrollo de la identidad de género de manera natural. Se aconseja mantener las distintas opciones de identidad de género abiertas, pero evitando dentro de lo posible una transición social temprana (cambio de nombre, vestuario, etc.). Prefiere esperar hasta la adolescencia para realizar la trayectoria de reasignación de sexo (transición social, tratamiento hormonal, etc.) (14).
- c) *Modelo afirmativo*: los cambios de la identidad de género se suelen considerar como válidos y deseables por lo que se busca afirmar la identidad de género percibida por el niño. Se permite y ayuda a los niños a realizar una transición social temprana (en vestuario, nombre, etc.) si lo desean, después de una consejería caso a caso. Una vez llegada la adolescencia se ofrece a los jóvenes la supresión de la pubertad y el tratamiento hormonal cruzado (15).

Con respecto a la comparación de los enfoques terapéuticos alternativos, la *APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder* no encontró estudios aleatorizados (APA nivel A) o estudios longitudinales no aleatorizados adecuadamente controlados (APA nivel A-), y muy pocos estudios de seguimiento sin un grupo de control con (APA nivel B) o sin (APA nivel C) una intervención. La mayoría de la evidencia disponible se deriva de revisiones cualitativas (nivel F de la APA) y estudios de casos individuales sistemáticos experimentales que no encajan en el sistema de clasificación de evidencia de la APA (16).

Por ese motivo, no se llegó a un consenso más que en los siguientes puntos:

- 1) Evaluación y diagnóstico DSM preciso del niño remitido por cuestiones de género, incluido el uso de cuestionarios validados y otros instrumentos de evaluación validados para evaluar la identidad de género, el comportamiento de roles de género y disforia de género.

- 2) Diagnóstico de cualquier condición psiquiátrica coexistente en el niño y velar por su tratamiento apropiado o derivación.
- 3) Identificación de preocupaciones de salud mental en los cuidadores y dificultades en su relación con el niño; asegurarse de que se abordan adecuadamente.
- 4) Proporcionar psicoeducación y asesoramiento adecuados a los cuidadores para permitirles elegir un curso de acción y dar su consentimiento plenamente informado para cualquier tratamiento elegido.

Puede observarse que se trata de lineamientos generales, debido a la falta de consenso entre los integrantes del *Task Force*. Las opiniones varían ampliamente entre los especialistas, apoyados en teorías sobre la identidad de género que son ampliamente debatidas (17). El tema es muy complejo y multifactorial, y todavía existe poco conocimiento científico sobre la etiología de la disforia de género (18). Se han hecho investigaciones sobre factores psicosociales y biológicos, incluidas las características de la relación entre padres e hijos, exposición a hormonas sexuales en el útero, patrones de activación y anatomía del cerebro y variaciones genéticas (19). Debido a la escasa evidencia científica todavía existen diversas opiniones y un extenso debate en torno al tratamiento que debe sugerirse en un paciente con disforia de género.

3. Tratamientos empleados con niños y niñas

3.1. Terapia psicológica

Está indicado realizar una evaluación psicodiagnóstica y psiquiátrica, que cubra las áreas del funcionamiento emocional, las relaciones sociales y el funcionamiento intelectual/rendimiento escolar (3,20).

Las terapias más usuales son: a) psicoterapia psicoanalítica o psicodinámica orientada al conocimiento; b) psicoterapia basada en protocolos como la modificación de la conducta; c) terapia centrada en

las relaciones entre padres y compañeros y grupos terapéuticos para padres e hijos (21) y; d) grupos de apoyo para cuidadores primarios, educación comunitaria a través de sitios web y conferencias, planes de estudios escolares y campamentos de verano para jóvenes especializados (3).

Muchas veces la atención se dirige en primer lugar a los cuidadores del niño (en especial, los padres) a través de la psicoeducación y la orientación para la modificación de la conducta y el desarrollo de la resiliencia en el niño y las medidas que tiendan a evitar el acoso escolar (12). Aunque los padres tengan una actitud de apoyo al niño, pueden adoptar al principio una postura de rechazo ocasionada por el miedo o la ignorancia, que no facilite la confianza del hijo y, por lo tanto, no lo puedan ayudar.

Tobin *et al.* proponen un modelo ecológico para describir los riesgos de la vulnerabilidad biopsicosociológica y los factores de protección de la salud mental de los “géneros de la minoría” (transgénero y de no conformes con su género). Proponen que grupos de apoyo faciliten la eliminación de esos riesgos, para que los adolescentes se encuentren en un ámbito familiar, comunitario y social que favorezca el desarrollo del género percibido por el joven (11).

Todos los tratamientos psicológicos se encuentran orientados a lograr una mejoría de la salud psicosocial del paciente con disforia de género. Sin embargo, existen opiniones encontradas en cuanto al modo a la forma de alcanzar este objetivo, especialmente con respecto a si la minimización de los comportamientos atípicos de género y la prevención del transexualismo deben formar parte o no de la terapia (12).

3.2. La supresión de la pubertad

El inicio de la pubertad endógena femenina o masculina para muchos niños que no se identifican con su género es una experiencia dolorosa y a veces traumática. El desarrollo del propio cuerpo que el joven experimenta como “incorrecto” puede conducir a la perma-

nencia de la incongruencia de género y puede desencadenar resultados psicosociales negativos (4).

El uso de agonistas GnRH con el propósito de suprimir la pubertad endógena y, así evitar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados, es una estrategia relativamente nueva en el enfoque para tratar niños con disforia de género. Iniciada principalmente por un equipo de especialistas en género en los Países Bajos, la supresión de la pubertad es un recurso cada vez más usado en muchas clínicas de género en todo el mundo (22). El objetivo clínico es disminuir la ansiedad que provocan los cambios propios de la pubertad y, dar más tiempo para conocer su propio género (23). Quienes sostienen este método, afirman que es un tratamiento esencialmente reversible y que, de ese modo, se está dando un paso en el respeto a las dinámicas cambiantes del desarrollo de la niñez (24).

Oslon y Garofalo (5) recomiendan este método en el inicio del desarrollo puberal, con el asesoramiento de profesionales de la salud mental entrenados en psicología infantil y con habilidades en cuestiones de género. La recomendación del WPATH para comenzar a utilizar esta terapia es que los niños se encuentren en el inicio de la pubertad, lo que corresponde al estadio 2 de Tanner. Cabe aclarar que algunos niños pueden llegar a este período a los 9 años.

Se encuentran publicados estudios que muestran una disminución de la angustia y otros síntomas psicológicos en adolescentes luego de esta intervención. Sin embargo, también reconocen que los efectos del tratamiento no han sido suficientemente investigados (25). Entre ellos encontramos un estudio de 70 niños con disforia de género sometidos a la supresión de la pubertad que mostró efectos positivos. Por el contrario, Butler *et al.* afirman que el impacto en la reducción de las dificultades psicológicas es limitado (24). Cabe señalar que el bien del paciente y la centralidad de la persona deberían ser considerados antes de proponer un tratamiento que incluso desde un punto de vista científico no presenta suficiente evidencia.

Algunos autores, como Day *et al.* remarcan el riesgo de suicidio y el malestar de los pacientes con disforia de género. Estos autores refieren que existe una gran cantidad de factores que afectan a la

salud psicológica de estos pacientes y lo ejemplifican a través de un caso. Presentan una paciente de 13 años de edad que recibió un tratamiento hormonal para cambio de género a temprana edad por disconformidad con su género. Posteriormente, la misma paciente expresa su deseo de suspender el tratamiento por no lograr mejorar su angustia. En ambos casos llegó a la idea de suicidio (26). Otros autores mencionan que en muchos casos que han sido tratados médicamente, puede persistir la idea de suicidio (18).

Temple-Newhook *et al.* hicieron un seguimiento de estudios sobre niños transgénero y no conformes con su género. Estos autores se apoyan en los resultados de los niños con disforia de género que finalmente persisten en su género de nacimiento para sostener que se trata de una realidad muy compleja, en la que ni siquiera se podría hablar de “persistir” o “desistir” en el género. Les parece inadecuada esa manera de describir una realidad que, en algunos casos, tendría una evolución más fluida (27).

3.2.1. Dilemas en torno a la supresión de la pubertad

Si bien el método de la supresión de la pubertad se está extendiendo en la práctica para niños con disforia de género, no faltan algunas prevenciones por parte de aquellos que han contrastado lo afirmado por las diferentes teorías con la experiencia en la atención médica:

- López y González señalan los siguientes efectos secundarios de la supresión puberal:
 1. Problemas relacionados con el desarrollo de la masa ósea y del crecimiento.
 2. Posibilidad de afectar la fertilidad.
 3. Capacidad de provocar una falta de desarrollo de los genitales externos que podría comprometer una futura reasignación quirúrgica.
 4. La sospecha de que estos tratamientos pueden tener consecuencias negativas en el desarrollo neurológico (28).

- La alta tasa de niños con disforia que luego persisten en su género de nacimiento (29) lleva a considerar que este tratamiento puede resultar desproporcionado, más todavía si se tiene en cuenta el desconocimiento de futuros riesgos físicos y psicológicos. Este aspecto se acentúa si se tiene en cuenta que el género de los niños fluctúa aún hasta la adolescencia (30). El efecto buscado de aliviar la ansiedad de esos niños se lograría con el apoyo de los profesionales de salud mental y de otras especialidades. De hecho, el apoyo de orientadores y consejeros a quienes sufren esta situación está ampliamente recomendado (31).
- La escasa edad del paciente para consentir en un tema que puede afectar al resto de su vida (32). Si bien los padres del niño también intervienen en la decisión, es probable que el niño no tenga capacidad para valorar las consecuencias del tratamiento.
- Hruz *et al.* (33) advierten que se deberían revisar cuidadosamente las afirmaciones acerca de la supuesta reversibilidad del método. Según ellos, en biología del desarrollo tiene poco sentido hablar de reversibilidad: si el niño o niña no desarrolla ciertas características durante su adolescencia, que luego lo haga a mayor edad no significa que ha revertido, porque se ha producido una disrupción en el proceso, que afecta al joven en diversos aspectos psicológicos y psicosociales (33). Tampoco se conocen los efectos físicos que esta disrupción puede ocasionar en el desarrollo del niño o adolescente. Cabe destacar que el artículo de Hruz *et al.* ha sido citado en numerosas publicaciones lo cual da entender que sus observaciones son relevantes para la temática en estudio.
- En algunos casos, el manejo de la ansiedad en niñas o niños con disforia se podría lograr con medios más simples (por ejemplo, se podría evitar la menstruación por medio de un progestágeno continuo como la noretisterona y los tratamientos tópicos como la crema de eflornitina pueden ayudar a reducir el crecimiento de vello facial y corporal no deseado (23). Estos estudios apoyan la idea de que con una identifi-

cación temprana, terapia psicológica y apoyo de la familia y amigos, los jóvenes con disforia pueden llegar a la edad adulta con una reducción de las secuelas psicológicas.

4. Discusión ética: ¿es la supresión de la pubertad un tratamiento aconsejable para los niños con disforia de género?

La disforia de género es un trastorno que todavía no está suficientemente estudiado. Este fenómeno provoca el llamado “*stress* de las minorías de género”. Cuando ocurre en niños, la investigación es aún más escasa y, debido a la falta de evidencia científica, no existe acuerdo sobre cuál es la mejor conducta por seguir. Todos los especialistas coinciden en que se debe ofrecer una solución efectiva a este problema que afecta significativamente la calidad de vida de los niños que lo padecen. Sin embargo, al plantear los tratamientos posibles, las diversas opciones son radicalmente distintas. Existe plena coincidencia en que el objetivo general del tratamiento psicoterapéutico para la disforia de género infantil es optimizar la salud psicosocial y el bienestar del niño. La controversia radica en qué es lo que se debe indicar para promover ese bienestar (32).

Quienes defienden una postura bioética personalista considerarán que lo adecuado no puede ir en contra de lo que la persona es. Es decir, sostendrán que el objetivo de los tratamientos debe apuntar a lograr una armonía entre psicológico y lo físico (34). Por otro lado, quienes sostienen que la autonomía debe estar por encima de cualquier otro principio, afirmarán que cualquier método es aceptable en cuanto respete esa autonomía, independientemente de los datos biológicos (35). El objetivo de este artículo no es tomar una postura sino plantear la situación y las contradicciones que presenta.

Como hemos visto más arriba, la supresión de la pubertad en la infancia es uno de los tratamientos propuestos para mejorar la calidad de vida del niño con disforia de género. Sin embargo, este tratamiento trae consigo una serie de dilemas éticos que deben ser consi-

derados a la hora de indicar una conducta terapéutica. Desde un punto de vista ético hay controversia entre quienes consideran éticamente ilícito el cambio de identidad sexual y quienes lo consideran moralmente adecuado. Dentro de quienes apoyan el cambio de género, existen también controversias en cuanto a la indicación y eficacia de la supresión de la pubertad en la infancia (26,32,36). Los posibles efectos adversos a nivel físico (32), el cuestionamiento en cuanto a su presunta reversibilidad, las posibles consecuencias psicológicas que podría acarrear esta terapia, sumados a la escasa evidencia científica en torno a la eficacia (36), seguridad y riesgos que presenta (26), hacen que el profesional de la salud que debe aconsejar al paciente y su familia, realmente se cuestione si no existe otra alternativa terapéutica que permita alcanzar una adecuada salud psicosocial sin los dilemas que trae consigo esta terapia. Este planteamiento tiene aún mayor relevancia cuando la evidencia demuestra que la disforia de género remite sin tratamiento en la mayoría de los niños (32) ¿Es lícito ofrecer a un niño un tratamiento que implica el cambio de identidad con consecuencias físicas para tratar una enfermedad psiquiátrica? ¿Es lícito ofrecer a un niño una terapia con riesgos cuando se conoce que la inmensa mayoría remiten sin tratamiento?

Sumado a lo anterior, el otro gran dilema ético que enfrenta la supresión de la pubertad es la falta de autonomía del niño para tomar una decisión tan trascendente, no exenta de riesgos y efectos adversos (32). La falta de un consentimiento informado por parte del paciente, ya que éste carece de la capacidad suficiente para comprender todo lo que implica y, es incapaz de considerar todas las aristas y consecuencias de su decisión (32), lleva a que este tratamiento encuentre grandes reparos entre los especialistas que tratan niños con disforia de género. ¿Es lícito aceptar la solicitud del cambio de género en un paciente que todavía no tiene la capacidad para comprender las consecuencias de sus decisiones? ¿Sería verdaderamente autónoma esa decisión? Si bien los padres intentan buscar el bien de su hija o hijo, al optar por este método, estarían afectando seriamente el futuro del niño (32). Al igual que en otras situaciones que afectan al niño, sería esperable que los padres optaran por el que ofrece más

respaldo científico y, por lo tanto, menos riesgos para el hijo. El niño manifiesta su problema, pero a esa edad no tiene capacidad de elegir cómo aliviarlo.

En este contexto vale la pena cuestionarse, ¿es la mejor solución cambiar la identidad del niño —su cuerpo, su nombre, entre otros— para que la mente del niño no sufra? ¿No sería más lógico ayudar a la mente del niño para que no sufra con su propia identidad? Si lo que se encuentra afectada es la salud psicológica del niño por no aceptar su propia identidad, ¿no sería una alternativa válida el tratamiento psicológico del niño para que intente aceptarse tal y como es? Es un camino distinto al que parece encontrar más cabida en algunas posturas de la actual práctica médica. Sin embargo, cabe analizarlo ya que podría ser una solución más sencilla, con menos riesgos, menos efectos adversos, y más conforme al propio modo de ser del niño.

5. Conclusiones

A lo largo de este artículo hemos presentado las distintas opiniones en torno a la supresión de la pubertad. Esta terapia tiene como objetivo disminuir la angustia del niño que padece disforia de género. Sin embargo, este tratamiento ha generado diversos dilemas éticos que todavía no han sido despejados. Por este motivo, basándonos en la evidencia actual, no parece prudente su indicación existiendo otras alternativas terapéuticas que no despiertan controversias.

Referencias

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Médica Panamericana [consultado 21 noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
2. Davy Z. The DSM-5 and the Politics of Diagnosing Transpeople. Arch Sex Behav. 2015; 44:1165-1176. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0573-6>

3. WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People [Internet] [consultado 21 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf?t=1605186324>
4. Zou Y, Szczesniak R, Teeters A, Conard L, Grosseohme D. Documenting an epidemic of suffering: low health-related quality of life among transgender youth. *Quality of Life Research*. 2018; 27:2107-2115. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1839-y>
5. Olson J, Garofalo R. The peripubertal gender-dysphoric child: puberty suppression and treatment paradigms. *Pediatr Ann*. 2014; 43(6):e132-7. <https://doi.org/10.3928/00904481-20140522-08>
6. Zucker K. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. 2017; 14(5):404-411. <https://doi.org/10.1071/SH17067>
7. Wallien M, Swaab H, Cohen-Kettenis P. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(10):1307-1314. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181373848>
8. de Vries A, Noens I, Cohen P, van Berckelaer I, Doreleijers T. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*. 2010; 40(8):930-6. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
9. van der Miesen A, de Vries A, Steensma T, Hartman CA. Autistic Symptoms in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *J Autism Dev Disord*. 2018; 48(5):1537-1548. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3417-5>
10. Sevlever M, MeyerBahlburg H. LateOnset Transgender Identity Development of Adolescents in Psychotherapy for Mood and Anxiety Problems: Approach to Assessment and Treatment. *Arch Sex Behav*. 2019; 48(7):1993-2001. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1362-9>
11. Tobin V, Bockting WO, Hughes T. Mental Health Promotion for Gender Minority Adolescents. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018; 56(12):22-30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180601-02>
12. Zucker K, Wood H, Singh D, Bradley S. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *J Homosex*. 2012; 59(3):369-97. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
13. Cox P, Carrasco M. Disforia de género en niños y controversias en su tratamiento: dos concepciones distintas sobre la identidad de género. *Pers Bioet*. 2020; 24(1):57-76. <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.5>
14. De Vries A, Cohen-Kettenis P. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex*. 2012; 59(3):301-20. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
15. Hartman L, Widdershoven G, de Vries, A. Integrative Clinical Ethics Support in Gender Affirmative Care: Lessons Learned. *HEC Forum*. 2019; 31:241-260. <https://doi.org/10.1007/s10730-019-09376-6>
16. APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. Report of the APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Am J Psychiatry*. 2012; 169:8. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>

17. Simons L, Leibowitz S, Hidalgo M. Understanding gender variance in children and adolescents. *PediatrAnn*. 2014;43(6):e126-e131. <https://doi.org/10.3928/00904481-20140522-07>
18. Saleem F, Rizvi S. Transgender Associations and Possible Etiology: A Literature Review. *Cureus*. 2017; 9(12):e1984. <https://doi.org/10.7759/cureus.1984>
19. Simons L, Leibowitz S, Hidalgo M. Understanding gender variance in children and adolescents. *Pediatr Ann*. 2014; 43(6):e126-31. <https://doi.org/10.3928/00904481-20140522-07>
20. de Vries A, Steensma T, Doreleijers T, Cohen-Kettenis P. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med*. 2011; 8(8):2276-83. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
21. Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self-child therapy. *J Homosex*. 2011; 59:337-56. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>
22. James H, Chang A, Imhof R, Sahoo A, Montenegro M, Imhof N, González C, Lteif A, Nippoldt T, Davidge C. A community-based study of demographics, medical and psychiatric conditions, and gender dysphoria/incongruence treatment in transgender/gender diverse individuals. *Biol Sex Differ*. 2020; 11(1):55. <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00332-5>
23. Butler G, De Graaf N, Wren B, Carmichael P. Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. *Arch Dis Child*. 2018; 103(7):631-636. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-314992>
24. Butler G, Wren B, Carmichael P. Puberty blocking in gender dysphoria: suitable for all? *Arch Dis Child*. 2019; 104(6):509-510. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315984>
25. Levitan N, Barkmann C, Richter H, Schulte M, Becker I. Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: poor peer relations and general family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28(11):1487-1498. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01308-6>
26. Day D, Saunders J, Matorin A. Gender Dysphoria and Suicidal Ideation: Clinical Observations from a Psychiatric Emergency Service. *Cureus*. 11(11):e6132. <https://doi.org/10.7759/cureus.6132>
27. Temple J, Pyne J, Winters K, Feder S. A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender non-conforming children. *International Journal of Transgenderism*. 2018; 19:2,212-224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
28. López J, González C. Valoración de la supresión de la pubertad en menores con problemas de identidad de género. *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29(97):247-56. <https://doi.org/10.0.30444/CB.9>
29. Tollit M, Pace C, Telfer M. What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. *BMJ Open*. 2019; 9:e032151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>
30. Kreukels B, Cohen P. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol*. 2011; 7(8):466-72. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>

31. James H, Chang A, Imhof R, Sahoo A, Montenegro M, Imhof N, González C, Lteif A, Nippoldt T, Davidge C. A community-based study of demographics, medical and psychiatric conditions, and gender dysphoria/incongruence treatment in transgender/gender diverse individuals. *Biol Sex Differ*. 2020; 11(1):55. <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00332-5>
32. Costa R, Carmichael P, Colizzi M. To treat or not to treat: puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nat Rev Urol*. 2016; 13(8):456-62. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>
33. Hruz P, Mayer L, McHugh P. Growing Pains. Problems with Puberty Suppression in Treating Gender Dysphoria. *The New Atlantis*. 2017; 52:3-36. <https://doi.org/10.1177/0024363919873762>
34. Hernández R. Disforia de género infantil: Una reflexión ética a partir de la vulnerabilidad, la responsabilidad y la beneficencia en Colombia. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2020; 12:01-12. <https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.009>
35. Frith L. The concise argument: choice, choices and the choice agenda. *J Med Ethics*. 2022; 48(1):1-2. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-108052>
36. Turban J, King D, Carswell J, Keuroghlian A. Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*. 2021; 147(4):e2020049767. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049767>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

