

Noticia Contemporánea

¿Intervención psicológica en identidad de género?: A propósito de la presentación del CIE-11

Mónica de Celis Sierra
Práctica privada, España



“En el fondo, cada persona es comprensible solo mediante la proporción interna de mezcla entre partes masculinas y femeninas. De forma grosera, la diversidad de formas y la cantidad de desviaciones es tan grande que todo intento de colocar en un determinado orden los estados intermedios corporales y mentales ha fracasado (...). No se pueden establecer fronteras seguras (...). El hombre completo y la mujer completa son en realidad solo formas imaginarias que tenemos que llamar en nuestra ayuda para poseer un punto de partida para los estadios intermedios”. (Magnus Hirschfeld [1903], citado en Llorca, 1997, p.84).

ICD-11: Del trastorno de identidad de género a la incongruencia de género

El 18 de Junio se presentó la nueva versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, la CIE-11, que lleva elaborándose más de 10 años y que se aprobará en mayo de 2019. Entre otras novedades, el hasta ahora llamado trastorno de identidad de género ha sido trasladado desde el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento hasta el recién creado de “condiciones relacionadas con la salud sexual”. También se le ha dado el nuevo nombre de “incongruencia de género”, con dos subcategorías, una relativa a la infancia y otra que engloba la incongruencia de género en la adolescencia y edad adulta. En los debates previos a esta modificación, los grupos de activistas, como GATE (Global Action for Trans Equality), abogaron porque se incluyera entre los llamados códigos Z, que agrupan “factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud”, condiciones que no implican la existencia de trastorno o enfermedad (como la supervisión de un embarazo normal). Sin embargo, los expertos implicados en el diseño de la CIE-11 consideraron indispensable que se mantuviera su inclusión dentro de las categorías que aseguran la cobertura sanitaria, dado que en algunos países, como EEUU, podría de otra manera no quedar garantizada la atención sanitaria que algunas de las personas con incongruencia de género requerirían.

Desde el activismo por la despatologización trans¹ ha habido una reacción ambivalente. Por un lado, se considera que esta modificación supone un importante logro. Por otro, rechaza el término “incongruencia de género” por patologizante y juzga injustificada la presencia del diagnóstico “incongruencia de género en la infancia” dado que en principio los menores prepúberes no requerirían acceso a tratamientos sanitarios y el mero diagnóstico puede conllevar discriminación.

La intervención psicológica en disconformidad de género en menores

Con una importante cobertura mediática en Reino Unido y Estados Unidos, el tema de los niños y adolescentes transgénero es fuente de enconados debates en la opinión pública. También dentro de la comunidad de expertos existen discrepancias que en muchos momentos parecen irreconciliables. Aunque existe amplio consenso acerca del abordaje médico en el caso de adultos, que remite al consentimiento informado, cuando se trata de menores la intervención genera mucha más polémica.

En sus recomendaciones para la práctica psicológica con personas trans [*Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People* (2015)] la APA afirmaba que debido a la evidencia de que no todos los menores persisten en una identidad transgénero al llegar a la pubertad y que ninguno de los abordajes psicológicos practicados con ellos han sido empíricamente validados, no existe consenso sobre cuál sería la mejor práctica. Ni siquiera hay acuerdo sobre cuál sería el resultado óptimo de una intervención. Algunos profesionales consideran que evitar la transición médico-quirúrgica en la adolescencia o edad adulta es un objetivo legítimo, mientras que otros especialistas, junto con buena parte del activismo trans, contemplan esa finalidad como una manifestación de actitudes transfobas que recuerdan a la intolerancia existente en el pasado (y presente) en relación a la orientación homosexual.

Se pueden distinguir tres grandes líneas de intervención psicológica con los prepúberes transgénero. Ninguno de los enfoques descritos cuenta con validación empírica y por tanto, a día de hoy, no existe una práctica clínica que se pueda defender como basada en la evidencia. Las críticas que se cruzan entre sí los defensores de los distintos enfoques están sustentadas en gran medida por sus diferentes visiones de cuál sería el resultado óptimo de la intervención y estas posiciones tienen algunas veces una carga ideológica que refleja el actual cuestionamiento de las categorías de género en nuestra sociedad, donde se entremezclan concepciones contradictorias.

Los profesionales que se adscriben al enfoque afirmativo inciden en la aceptación y afirmación de la identidad de género expresada por el menor. Pueden orientar y apoyar la transición social (cambio de nombre y pronombres, de vestimenta...), acompañando al prepúber en el despliegue y exploración de su identidad de género, en la convicción de que esto le ayudará a desarrollar herramientas que le permitan integrar una identidad de género positiva, tanto si continúa a lo largo del tiempo su rechazo al género asignado al nacer, como si acaba aceptándolo. Más o menos implícita en este modelo está la idea de que el infante tiene un “self de género verdadero [true gender self]” (en palabras de la psicoanalista Diane Ehrensaft) a modo de un núcleo de identidad de género que existe desde el comienzo de la vida, del que su demanda de transición daría cuenta. Por ello, el papel del profesional sería el de escuchar lo que el menor describe y ayudarle a vivir en congruencia con ello, sin cuestionarlo ni confrontarlo. Consideran totalmente contraproducente cualquier intento de empujar al menor a aceptar los roles y expresión asociados a su género y de modificar su sentimiento sobre pertenecer a un género concreto. De hecho, asocian la mayor presencia de síntomas psicopatológicos encontrada en los menores trans (ansiedad, depresión, ideación y conductas suicidas) a la incomprensión y rechazo del entorno. Sostienen que los datos de los seguimientos obtenidos hasta la fecha muestran que los menores que han hecho una transición apoyados por sus familias presentan una adaptación similar a la de los otros menores de género no variante y minimizan los riesgos de los tratamientos de bloqueo hormonal, hormonación cruzada y cirugía que se perfilan como horizonte cuando el menor alcance la pubertad.

El enfoque que representa el modelo holandés, desarrollado desde finales de los 80 y actualmente centralizado en el centro médico de la Universidad VU de Amsterdam, forma parte de un protocolo de atención a menores y adolescentes que ha sido exportado internacionalmente y validado por la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (World Professional Association for Transgender Health [WPATH]) y otras sociedades. Propugna una actitud de observación sin expectativas de resultados concretos (*watchful waiting*) hasta la pubertad, considerando inadecuada la transición social en la infancia pero defendiendo el bloqueo hormonal puberal para ganar tiempo al llegar a la adolescencia, donde ya se puede abordar el tratamiento hormonal cruzado a los 16 (con transición social, que ya se ha podido iniciar con el bloqueo) y, al llegar a los 18, la reasignación quirúrgica. Aunque no se trate la disforia de género en sí misma, se trabajan los problemas emocionales y comportamentales de los menores y sus familias que puedan estar teniendo un impacto en la no conformidad

con el género. Consideran que en algunos casos los comportamientos por los que el menor llega a la clínica pueden cambiar como resultado de una psicoterapia, especialmente cuando los síntomas de disforia de género han aparecido en relación a algún acontecimiento concreto (por ejemplo, celos patológicos en relación al nacimiento de un hermano), pero insisten en que no hay estudios controlados que muestren la efectividad de las intervenciones psicológicas sobre la disforia. Además, es posible que muchos menores simplemente hubieran evolucionado igual dado el alto porcentaje de “desistidores” entre la población que atienden. Se pide a las figuras parentales que no prohíban los comportamientos variantes de género, pero también que traten de que los menores mantengan contacto con otros menores de su mismo sexo natal y no abandonen totalmente los roles de género asociados a este. El objetivo es que los padres encuentren el equilibrio entre la aceptación y apoyo de los sentimientos del menor y la protección de este de la posible hostilidad del entorno (por ejemplo, limitando el uso de prendas de vestir del otro género al hogar si se prevé rechazo fuera de él). Se les insta a que mantengan una relación realista con la situación, no olvidando que una transición completa implica procedimientos médico-quirúrgicos invasivos.

Por último, los clínicos que defienden el tratamiento psicológico de la disforia de género entienden las conductas asociadas a esta como síntomas y consideran que estos solo pueden abordarse desde la comprensión de los mecanismos subyacentes. Suelen incidir en la presencia de psicopatología en los menores (rasgos autistas, trastornos del apego, reacciones a traumas) y dan gran importancia a las psicodinámicas familiares como desencadenantes o mantenedoras de la disforia. Las herramientas de abordaje son variadas y se ajustan al caso concreto, pudiéndose recomendar terapia de juego para los más jóvenes, psicoterapia a largo plazo, *counselling* o psicoterapia para los padres e intervenciones en el entorno familiar. Suelen ser las figuras parentales las que definen el objetivo de la terapia, en el sentido de ayudar al menor a sentirse mejor en su propio cuerpo y en los roles y comportamientos de género asignados o esperar a ver cómo evoluciona la disforia explorando las distintas opciones sin tomar decisiones en uno u otro sentido hasta la pubertad. En el primer caso, complementariamente al trabajo de comprensión de las causas de la disforia, se instruye a los padres para que fomenten las conductas genéricamente asociadas al sexo natal, a través del fomento de la interacción con los pares y estableciendo límites a los comportamientos que se asocian al otro género. Los defensores de este enfoque consideran que un resultado deseable de la intervención es la reducción de la persistencia de la identificación transgénerica en la adolescencia y, por tanto, del transexualismo adulto, dados el estigma y el posible tratamiento médico de por vida asociados. Sin embargo, entienden como necesaria la transición en la adolescencia y en la edad adulta cuando es evidente que está consolidada una identidad de género determinada ya que consideran que según los estudios longitudinales es improbable que esta cambie.

La prohibición de las terapias de conversión

La Asociación Mundial para la Salud Transgénero, en su guía (*World Professional Association for Transgender Health Standards of Care*, [WPATHSC]) considera no ético “el tratamiento dirigido a tratar de cambiar la identidad y expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado al nacer”. También señala que ese tipo de intervención se ha mostrado inefectivo en el pasado, sobre todo a largo plazo.

Además de en Canadá, en este momento hay trece estados en EEUU en los que están prohibidas las llamadas “terapias de conversión” para menores sobre la base de la orientación o la identidad o expresión sexual. El activismo trans recalca el paralelismo entre la lucha por la despatologización y los derechos civiles de los homosexuales y la de su propia comunidad, y gracias en parte a esta presión y a la crítica realizada por los profesionales que abogan por los enfoques afirmativos, se han acabado denominando también terapias “de conversión” o “reparativas” los tratamientos que intentan disminuir mediante intervención psicológica la disforia o incongruencia de género. Pero no todos los expertos están de acuerdo de que se trate exactamente de lo mismo. Autores como Kenneth Zucker o Maino Meyer-Bahlburg, miembros de la propia WPATH y firmantes de la guía citada, que han desarrollado modelos de tratamiento de la disforia de género, consideran que la conformación de la identidad de género tiene cierta flexibilidad durante la infancia y eso haría posible una intervención que, sin ser “reparativa” o “de conversión”, como acusan sus detractores, ayude al prepúber a

aceptar su cuerpo y a desarrollarse sin necesidad de hacer una transición al otro género, con una orientación sexual probablemente homoerótica, o heteroerótica en menor porcentaje, como apuntan muchos estudios de seguimiento.

El caso de Ken Zucker, psicólogo canadiense, considerado un experto en disforia de género y director de *Archives of Sexual Behaviour*, ha tenido especial relevancia en el debate sobre la infancia transgénero, en gran medida por un documental de la BBC estrenado el año pasado, *Transgender Kids: who knows best*, que generó gran polémica y que tuvo dificultades para ser difundido en algunas cadenas estadounidenses por la presión de los grupos de activismo trans. El documental gira alrededor del debate previo y posterior al cierre de la Clínica de Identidad de Género que Zucker dirigía como parte de la CAMH (Centre for Addiction and Mental Health) en Toronto. Cuando en marzo de 2015 se aprobó la *Bill 7* (Affirming Sexual Orientation and Gender Identity Act), una ley que prohibía las terapias que pretendieran cambiar la orientación sexual o la identidad de género en menores, la clínica que dirigía Zucker fue objeto de investigación, a consecuencia de la cual fue cerrada y Zucker despedido, concluyéndose que su abordaje terapéutico no estaba en consonancia con las líneas de trabajo más actualizadas. El documental, en opinión de sus críticos, daba un lugar preferente a la defensa que Zucker realiza de su actuación profesional y de su modelo, frente a otros especialistas que defienden enfoques más “afirmativos”, como el psicólogo Hershel Russell o el endocrinólogo Norman Spack. En cualquier caso, sea cual sea la valoración que se haga de los posibles sesgos del enfoque periodístico, el documental resulta muy interesante para introducirse en el debate sobre el abordaje de la problemática trans en la infancia.

La controversia sobre la persistencia y la desistencia

El tema estrella en este debate es la cuestión de la persistencia de la disforia de género: de su realidad, por un lado, y de su utilización para sostener recomendaciones clínicas, por otra. Hace unos meses, Temple Newhook et al., alineados con el modelo afirmativo, publicaron un artículo en el *International Journal of Transgenderism* cuestionando la utilidad de los estudios longitudinales realizados en las clínicas de identidad de género que siguen enfoques no afirmativos, debido a que en su opinión plantean graves problemas de concepto, metodológicos y éticos. El grupo holandés y Zucker respondieron rebatiendo los argumentos y reafirmando en su defensa de que es necesario seguir realizando estudios longitudinales para poder responder a las múltiples preguntas sobre el curso de la disforia de género que están aún sin responder.

El debate sobre la persistencia es en estos momentos muy enconado en Estados Unidos, donde algunas asociaciones de padres de menores trans que se oponen al enfoque “afirmativo” mantienen duros debates en redes sociales con activistas trans y defensores del modelo alrededor de publicaciones científicas y periodísticas que defienden una u otra opción. La propia APA y la WPATH dan por establecido que los resultados del seguimiento de menores que acuden a las clínicas que tratan los problemas relacionados con la identidad de género permiten afirmar que un porcentaje muy alto de los que cumplían criterios diagnósticos para la disforia de género o el más antiguo trastorno de la identidad de género en la infancia “desisten”, esto es, dejan de cumplir criterios diagnósticos. Estos menores, al crecer, abandonarían su convicción o deseo de pertenecer al otro género y, en paralelo, evolucionarían hacia una orientación homosexual o bisexual, o en menos casos, heterosexual. Los datos cambian en magnitud entre distintos estudios pero parecería que más de la mitad de los menores que originalmente acudirían a estas clínicas al llegar a la pubertad abandonarían su deseo de hacer efectiva una transición. Los críticos con estos datos afirman que los cambios en los criterios diagnósticos pueden dar buena cuenta de esta “desistencia”, ya que se habrían incluido en este seguimiento menores que simplemente mostraban expresiones de género disconformes con la norma pero sin que hubiera en ellos verdadero cuestionamiento de su género asignado. También se incide en que gran parte de la “desistencia” puede atribuirse a las intervenciones realizadas en las propias clínicas o a presiones del entorno, más que a un curso espontáneo.

¿Por qué sería tan importante el tema de la persistencia? Los defensores del modelo afirmativo, como la psicoanalista Diane Ehrensaft, minimizan la cuestión considerando que si se realiza una transición social del menor hacia el otro género y luego este “desiste” se puede hacer una nueva transición sin mayor problema. Otros

autores, desde el modelo holandés (como Cohen-Kettenis, de Vries o Steensma) han observado que algunos menores tienen dificultades para realizar esa segunda transición social porque temen la reacción adversa del entorno. También plantean que las transiciones tempranas, en la etapa preescolar, pueden suponer que el menor deje de ser consciente de cuál fue su sexo de nacimiento y por tanto se le dificulte la toma de conciencia de las dificultades que implica la transición médica posterior a la pubertad. Incluso se plantean que un cierto grado de frustración sobre sus deseos de transición es necesario ya que, aunque las hormonas y la cirugía logren en muchos casos que desaparezca la disforia de género en la adolescencia, “el deseo o la fantasía de haber nacido en un cuerpo de otro género nunca será completamente satisfecho”.

Desde la clínica de la Universidad de Amsterdam se han publicado varios estudios sobre persistencia y desistencia, analizando en algunos en ellos los factores que pueden incidir en la evolución de los prepúberes. Parece que los menores que “persistieron” mostraban síntomas más extremos de disforia de género y era más frecuente que afirmaran “ser” del otro género (en vez de “desear ser”), expresando además mayor malestar con su cuerpo. Estos hallazgos, de confirmarse, sustentarían los planteamientos de algunos defensores del enfoque afirmativo, como Diane Ehrensaft. En cualquier caso, estos resultados deben tomarse con precaución porque el estudio se basa en declaraciones hechas después de llegar a la adolescencia, lo que hace posible que en algunos casos el recuerdo esté sesgado por la necesidad de ser congruente con el resultado final, tanto en el caso de haber persistido en la disforia, como en el de haber desistido de ella. Otro hallazgo importante de los estudios de seguimiento cualitativos del grupo holandés es que parece que los cambios que ocurren con el comienzo de la pubertad, el incipiente desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y las experiencias de enamoramiento y de excitación sexual, son claves en el curso de la disforia. Para algunos menores los cambios corporales y las experiencias de enamoramiento y eróticas son muy perturbadores y se angustian enormemente con la perspectiva de que el cuerpo siga desarrollándose en un sentido que no corresponde con su percepción de sí mismos; mientras que, en el caso de otros, estos cambios en cómo se experimentan a sí mismos en relación a su propio cuerpo y a su sexualidad pueden hacerles abandonar la idea de pertenecer o de que sea deseable pertenecer a otro género. Este efecto diagnóstico de la llegada de los primeros signos de la pubertad justificaría que se demore el bloqueo puberal hasta los estadios 2 o 3 de la escala de Tanner², ya que si se bloqueara antes la pubertad para proteger a los menores de experimentar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios no deseados, se les podría estar sustrayendo también la oportunidad de aceptarlos.

El modelo médico-quirúrgico de tratamiento

La cuestión de la persistencia y la desistencia no tendría tanta relevancia ni generaría debates tan apasionados si el único modelo legitimado de tratamiento del malestar asociado a la disforia o incongruencia de género en la adolescencia y la edad adulta no fuera el médico-quirúrgico. La transición social por sí sola es en teoría reversible, aunque pueda ser dificultoso en algunos casos volver al género asociado al sexo natal. En opinión de Zucker, sin embargo, no deja de ser ella misma un tipo de intervención. En base a algunos datos de los estudios longitudinales del grupo holandés, este autor prevé que dentro de unos años, cuando tengamos datos del seguimiento de los niños que han hecho la transición social antes de la pubertad, encontraremos que las tasas de persistencia serán mucho más altas. De la misma manera, Temple Newhook et al. señalan que los estudios de seguimiento del grupo holandés no toman en cuenta que la propia investigación y la disuasión de la transición social son intervenciones que han podido afectar a la persistencia. En fin, los defensores de los distintos modelos se acusan entre sí de influir en las tasas de persistencia y desistencia mediante intervenciones no explicitadas como tales, de manera que con los datos que recogen defienden su visión de cuál sería el curso “natural” del malestar asociado a la disforia de género. La cuestión es que si todo quedara en la transición social y no hubiera más tarde un camino previsto de intervenciones de creciente irreversibilidad (bloqueo puberal-hormonación cruzada-reasignación quirúrgica), esta discusión podría mantenerse de forma más templada. Los seguimientos realizados hasta la fecha de los adolescentes y jóvenes que han realizado una transición social y médica parecen arrojar resultados tranquilizadores, pero son aún incompletos, ya que las consecuencias a largo plazo de las intervenciones médicas son difíciles de predecir. Tendremos que esperar

mucho hasta que tengamos un número adecuado de personas que hayan hecho la transición en la pubertad siguiendo todo el recorrido y conozcamos los resultados globales de su desarrollo y cuál es su calidad de vida a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital.

Por otro lado, las personas trans que no han entrado en el circuito clínico no están siendo seguidas en su evolución. Algunas han podido hacer una transición social pero no médica, porque no la hayan deseado o no les haya sido posible; otras han podido hormonarse por su cuenta sin supervisión médica (algo que parece que sucede cada vez con más frecuencia) pero han evitado la reasignación quirúrgica; otras, a pesar de persistir en su disconformidad con el género asignado han podido encontrar alguna solución que les haya permitido no hacer transición alguna y aceptar su cuerpo tal y como es; otras tal vez hayan pasado por un periodo de intenso malestar con su género que luego haya remitido, en algunos casos para siempre, en otros casos para reaparecer años después... Todas estas personas no forman parte de los estudios de seguimiento pero conocer sus trayectorias vitales nos daría una información esencial para interpretar los datos que tenemos. Finalmente, alguien que “desistió” no es más que un menor que fue llevado a una clínica de identidad de género porque sus cuidadores estaban preocupados por un malestar en relación con el género asignado y que por alguna razón abandonó, tal vez porque dejó de cumplir criterios diagnósticos al uso, o tal vez porque aunque siguió cumpliéndolos en algún momento dejó de estar interesado en la solución que el sistema sanitario le ofrecía.

La desconfianza en la intervención desde salud mental

Miquel Missé, sociólogo y activista trans, hace una reflexión muy crítica acerca de los actuales referentes transgénero. El modelo bio-médico-psiquiátrico de la transexualidad habría construido a partir de la disconformidad de género un trastorno y a la vez su tratamiento, sobre la base de la potente metáfora del “cuerpo equivocado”. Entendiendo y considerando legítima la necesidad de algunas personas de recurrir a medios médico-quirúrgicos para tratar su malestar, Missé considera muy problemático que la población transexual sea la única que tenga legitimada de la manera que la tiene la modificación corporal. Entiende que la transexualidad infantil es un paradigma de la lógica normalizante, donde de lo que se trataría sería de que el menor “pase” por alguien del otro género, en vez de tratar de construir una sociedad donde las categorías de género no sean tan rígidas como para que si alguien por cualquier tipo de vulnerabilidad no encuentra su lugar en ellas pueda llegar a pensar que el problema está en su cuerpo y acabarse sometiendo, para ser aceptado, a tratamientos con consecuencias irreversibles.

En este camino imparabile hacia la necesaria despatologización de la diversidad de género, muchas personas trans viven la intervención de los profesionales en salud mental como una intromisión y una fiscalización injustificable en su proyecto de transición. La Unidad de Identidad de Género del Hospital de Cruces, en Bilbao, ha modificado el acceso de manera que el primer encuentro de las familias sea con el servicio de endocrinología. La Unidad seguirá siendo multidisciplinar, pero tanto psiquiatras como psicólogos solo darán apoyo y evaluarán posible psicopatología. La tendencia en la atención parece ir en dirección cada vez más bio-médica y menos psicológica. En una época como la nuestra, en la que las identidades, los roles y las expresiones de género están siendo sometidas a una continua revisión y cuestionamiento, parece que finalmente es la tecnología médico-quirúrgica la que va camino de marcar la agenda acerca de cómo intervenimos cuando un menor afirma que no encaja en la categoría de género que le teníamos reservada.

Referencias

- American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70, 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Apezteguia, F. (26 de abril de 2018). Osakidetza acelerará la atención a los transexuales, dirigida por endocrinólogos. *El Correo*. Recuperado de <http://www.vitoria-gasteiz.org/docs/a25/000000000/000567000/567576.pdf>

- Chrysallis Asociación de Familias de Menores Transexuales. (25 de junio de 2018). Despatologización trans: sigue la lucha [Entrada de blog]. Recuperado de <http://chrysallis.org/es/despatologizacion-trans-sigue-la-lucha/>
- de Vries, A. L. C. y Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical Management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59, 301-320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T. y Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry*, 3, 297–304.
- Drescher, J. y William, B. (2012). Gender Dysphoric/Gender Variant (GD/GV) Children and Adolescents: Summarizing What We Know and What We Have Yet to Learn. *Journal of Homosexuality*, 59, 501-510. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653317>
- Ehrensaft, D. (2014). Found in transition: our littlest transgender people. *Contemporary Psychoanalysis*, 50, 571-592. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.942591>
- Global Action for Trans Equality (27 de junio de 2018). On trans depathologization, mental health and stigma: ICD-11 is released [Entrada de blog]. Recuperado de <https://transactivists.org/trans-depathologization-mental-health-stigma/>
- Hruz, P. W., Mayer, L. S. y McHugh, P. R. (2018). Growing Pains. Problems with puberty suppression in treating gender dysphoria. *The New Atlantis*, 52. Recuperado de <https://www.thenewatlantis.com/publications/growing-pains>
- Llorca, A. (1997). Magnus Hirschfeld y su aportación a la sexología [Monográfico]. *Revista Española de Sexología*, 81-82.
- Nou Espai Obert. (21 de enero de 2018). *Quintas Jornadas del Nou Espai Obert “Género, Trans*-versalidad y Psicoanálisis”*. Ponencia de Miquel Missé [Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=gLoW2imUV9E>
- Steensma, T. D. y Cohen-Kettenis, P. T. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistence” theories about transgender and gender non-conforming children. *International Journal of Transgenderism*. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468292>
- Temple Newhook, J., Pyne, J. , Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J.,... Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
- World Health Organization (18 de junio de 2018). *WHO: Revision of ICD-11 (gender incongruence/transgender)*. *Questions and answers* [Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=kyCgz0z05Ik>
- World Professional Association for Transgender. (2012). Health standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender- nonconforming people (7th Version). *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232.
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D. y Bradley, S. (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *Journal of Homosexuality*, 59, 369–397. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
- Zucker, K. J. (2018): The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender nonconforming children” by Temple Newhook et al. (2018). *International Journal of Transgenderism*. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293>

¹ En este documento se utiliza el término paraguas “trans” para referirse a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no corresponde a las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer. También se usarán denominaciones como “transgénero”, “disconformidad de género”, “género variante”, e incluso otras más restrictivas y clínicas, como “trastorno de identidad de género”, “disforia de género” o “incongruencia de género” cuando se describan modelos basados en esas categorías, o la más en desuso, pero durante mucho tiempo generalizada, “transexualismo”.

² La escala de Tanner (o estadios de Tanner) es una valoración de la maduración sexual a través del desarrollo físico ideada por el pediatra británico James Tanner en los años 70.