

Pablo Expósito-Campos^{a,b}
Karmele Salaberria^a
José Ignacio Pérez-Fernández^a
Esther Gómez-Gil^c

Destransición de género: Una revisión crítica de la literatura

- ^a Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Donostia-San Sebastián 20018, España
 - ^b Programa de ayudas de investigación predoctoral del Departamento de Educación del Gobierno Vasco, España
 - ^c Institut de Neurociències, Servicio de Psiquiatría, Unidad de Identidad de Género, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona 08036, España
-

RESUMEN

Introducción. La destransición de género es el acto de detener o revertir los cambios sociales, médicos y/o administrativos conseguidos durante un proceso de transición de género. Se trata de un fenómeno emergente de gran interés a nivel clínico y social.

Método. Se condujo una búsqueda sistemática en siete bases de datos entre 2010 y 2022, se rastrearon manualmente las referencias de los artículos y se consultaron libros especializados. Se realizó un análisis cuantitativo y de contenido.

Resultados. Se incluyeron 138 registros, 37% correspondientes a estudios empíricos y 38,4% publicados en 2021. Se identifican al menos ocho términos para hacer referencia a la destransición, con diferencias en sus definiciones. La prevalencia difiere en función del criterio utilizado, siendo menor para la destransición/arrepentimiento (0-13,1%) que para la discontinuación de la asistencia/tratamiento médico (1,9%-29,8%), y menor para la destransición/arrepentimiento tras cirugía (0-2,4%) que para la destransición/arrepentimiento tras tratamiento hormonal (0-9,8%). Se describen más de 50 factores psicológicos, médicos y socioculturales que influyen en la decisión de destransicionar, así como 16 factores predictores/asociados a la destransición. No se encuentran guías de abordaje sanitario ni legislativo. Los debates actuales se centran en los interrogantes sobre la naturaleza de la disforia de género y el desarrollo de la identidad, el papel de los profesionales con respecto al acceso a los tratamientos médicos y el impacto de las destransiciones sobre la futura accesibilidad a dichos tratamientos.

Conclusiones. La destransición de género es una realidad compleja, heterogénea, poco estudiada y escasamente comprendida. Se requiere un abordaje y estudio sistemático que permita comprender su prevalencia real, implicaciones y manejo a nivel sanitario.

* Autor de correspondencia:

Pablo Expósito-Campos, Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Donostia-San Sebastián 20018, España
pablo.exposito@ehu.eus

Palabras clave. Destransición de género, arrepentimiento, desistencia, disforia de género, incongruencia de género, revisión crítica

GENDER DETRANSITION: A CRITICAL REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT

Introduction. Gender detransition is the act of stopping or reversing the social, medical, and/or administrative changes achieved during a gender transition process. It is an emerging phenomenon of significant clinical and social interest.

Methods. We systematically searched seven databases between 2010 and 2022, manually traced article references, and consulted specialized books. Quantitative and content analyses were carried out.

Results. We included 138 registers, 37% of which were empirical studies and 38.4% of which were published in 2021. At least eight terms related to detransition were identified, with differences in their definitions. Prevalence estimates differ according to the criteria used, being lower for detransition/regret (0-13.1%) than for discontinuation of care/medical treatment (1.9%-29.8%), and for detransition/regret after surgery (0-2.4%) than for detransition/regret after hormonal treatment (0-9.8%). More than 50 psychological, medical, and sociocultural factors influencing the decision to detransition and 16 predictors/associated factors are described. No health or legal guidelines are found. Current debates focus on the nature of gender dysphoria and identity development, the role of professionals in accessing medical treatments, and the impact of detransition on future access to these treatments.

Conclusions. Gender detransition is a complex, heterogeneous, under-researched, and poorly understood reality. A systematic study and approach to the topic is needed to understand its prevalence, implications, and management from a healthcare perspective.

Keywords. gender detransition, regret, desistance, gender dysphoria, gender incongruence, critical review

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el interés sanitario, social y mediático en torno a las experiencias de las personas transgénero se ha incrementado de manera significativa en los países desarrollados. El cambio progresivo en las actitudes sociales hacia la diversidad sexual y de género, su mayor visibilidad en los medios de comunicación, la disponibilidad de acceso a la información y las reivindicaciones de este colectivo han permitido la creación de un clima social más tolerante y comprometido, sobre todo en materia de igualdad, reconocimiento y derechos. En España, este contexto se ha reflejado en la aprobación de diversos proyectos legislativos autonómicos y la creación de nuevas unidades o equipos de atención sanitaria en varias Comunidades Autónomas¹. Dentro de las disciplinas médica y psicológica más específicamente, se ha promovido la adopción de nuevas posturas, concepciones y abordajes profesionales frente a la diversidad identitaria, con el fin de reducir el estigma y garantizar el bienestar y la integración social de las personas transgénero.

Al mismo tiempo, y conforme se han ido produciendo todos estos avances, han comenzado a surgir nuevas situaciones clínicas poco comprendidas aún por parte de los profesionales que trabajan en el ámbito de la identidad de género^{2,3}. Una de estas situaciones incluye a personas que, después de haber realizado un proceso de transición de género durante un periodo más o menos extenso de tiempo, deciden detener o revertir los cambios sociales, médicos y/o administrativos conseguidos, ya sea parcial o totalmente y de manera temporal o definitiva. Este fenómeno es conocido como *destransición de género*, y las personas que lo llevan a cabo como *destransicionadoras* o *destrans*. Algunas de ellas dejan de identificarse como transgénero y se reidentifican con su sexo de nacimiento, mientras que otras mantienen su identidad y/o se siguen considerando parte de la comunidad transgénero.

A pesar de la repercusión que ha suscitado a diversos niveles, no se trata de una problemática completamente novedosa desde un punto de vista histórico. En la literatura publicada a lo largo de la segunda mitad del siglo pasado ya pueden encontrarse diversos estudios, tanto empíricos como cualitativos, que describen situaciones que hoy en día catalogaríamos como destransiciones⁴⁻⁷. Sin embargo, en la última década, el panorama de la atención sanitaria a la diversidad de género ha experimentado importantes transformaciones, sin las cuales resulta complicado comprender este renovado interés por la destransición de género.

Por un lado, se ha producido un aumento significativo de la demanda a nivel internacional, especialmente en el grupo de menores de edad y adultos jóvenes⁸⁻¹³; una equiparación e

inversión progresiva de la ratio sexual, que se ha modificado a favor de las transiciones de mujer a hombre^{12,14-17}; y un incremento de las identidades no binarias y otras variantes de género¹⁸⁻²⁰. Estas tendencias han sido observadas también en España, según los datos procedentes de las Unidades de Identidad de Género (UIG) de Andalucía²¹, Asturias^{22,23}, Cataluña²⁴, Madrid²⁵ y Valencia²⁶. Por otro lado, se está implantando un nuevo modelo de tratamiento, conocido como modelo afirmativo del género (*gende affirmative model*)²⁷, que se basa únicamente en el principio del consentimiento informado²⁸ y elimina el requerimiento de evaluación y acompañamiento psicológico²⁹. Así, este modelo se distancia del modelo biopsicosocial tradicional, que enfatiza la importancia de realizar evaluaciones psicosociales exhaustivas antes de recomendar cualquier tipo de intervención social o médica^{30,31}. En España, los nuevos protocolos de tratamiento existentes en algunas comunidades, como Andalucía, surgidos tras la aprobación de leyes autonómicas, eliminan la recomendación de evaluación psicológica y ofrecen servicios aislados de atención en proximidad, generalmente de carácter endocrinológico y sin la participación de equipos multidisciplinares^{1,3}.

En esta coyuntura, algunos profesionales han advertido que proporcionar tratamientos médicos de manera prematura o precipitada a un número creciente de jóvenes, algunos de ellos con un perfil psicosocial aún poco comprendido, podría conllevar riesgos importantes, como un aumento en el número de destransiciones futuras^{3,32}. Sin embargo, la escasez de investigaciones, unida a las limitaciones metodológicas propias de la investigación clínica, han contribuido a que el conocimiento en torno al fenómeno de la destransición sea muy limitado. En la actualidad, existen múltiples incógnitas acerca de las experiencias, factores y motivos que subyacen a una destransición, así como de las posibles necesidades y demandas de las personas que destransicionan en el ámbito de la salud.

El objetivo general del presente artículo es realizar una revisión crítica de la literatura existente sobre el fenómeno de la destransición de género, con el fin de presentar un estado de la cuestión que permita identificar los aspectos conocidos, las incertidumbres existentes y posibles líneas de investigación futura.

MÉTODO

Procedimiento de búsqueda

La búsqueda bibliográfica inicial se realizó en cuatro bases de datos internacionales (Web of Science, Scopus, PubMed y PsycInfo) y dos bases de datos nacionales (Dialnet Plus y Psycodoc) utilizando la siguiente combinación de términos: (detransition* OR de-transition* OR retransition* OR regret* OR surg* reversal) AND (transgender OR non-binary OR trans-

sexual* OR gender dysphoria OR gender incongruence), así como sus equivalentes en español: de-transición*, detransición*, retransición*, arrepentí*, rever* quirúrgica, transgénero, no binari*, transexual*, disforia de género e incongruencia de género. La estrategia de búsqueda se adaptó a las características específicas de cada una de las bases de datos y se acotó a los últimos 13 años (enero de 2010-marzo de 2022), dados los cambios epidemiológicos y sanitarios producidos tanto a nivel nacional como internacional. Con el fin de identificar libros y artículos no indexados, se realizó una búsqueda adicional en Google Académico, se rastrearon manualmente las referencias de los artículos seleccionados y se revisaron libros especializados sobre el tema. Finalmente, se realizaron nuevas búsquedas en PubMed y Google Académico durante la escritura del manuscrito para incorporar artículos relevantes publicados entre abril y junio de 2022. Sólo se incluyeron documentos publicados en inglés, español o francés.

Selección y extracción de datos

Los resultados del proceso de selección se organizaron mediante un diagrama de flujo de acuerdo con la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)³³. Todas las citas se incluyeron en Zotero para su uniformidad y tratamiento. La selección inicial se determinó a partir del título y el resumen y la decisión final a partir del texto completo. Los criterios de inclusión fueron: (a) tener como objetivo principal el estudio/reflexión acerca del fenómeno de la de-transición; (b) proporcionar y discutir datos relacionados con su prevalencia, etiología o factores predictores/asociados; o (c) estar relacionados de alguna manera con la de-transición de género, aunque no se hubiera contemplado a priori entre sus objetivos. Dada la anticipada escasez de literatura, se consideraron todo tipo de registros, incluyendo cartas al editor, editoriales, comentarios, libros, conferencias, presentaciones, abstracts, tesis y encuestas informales llevadas a cabo por personas de-trans. Las referencias seleccionadas se exportaron a un fichero Microsoft Excel, donde se extrajo la siguiente información: autor(es), año de publicación, país (basado en la afiliación del primer autor), tipo de estudio, metodología utilizada y resultados o ideas principales. Según el tipo de estudio, los trabajos se clasificaron en cuatro grupos: *empíricos*, *teóricos*, *estudios de caso* y *de opinión*. Como *empíricos* se incluyeron estudios descriptivos mediante metodología de encuestas, análisis retrospectivos de historias clínicas, estudios de cohorte prospectivos y retrospectivos, y estudios con metodologías cualitativas y mixtas. La categoría de *teóricos* incluyó revisiones sistemáticas y bibliográficas, así como propuestas teóricas y artículos de reflexión. Los *estudios de caso* incluyeron estudios de caso tanto individuales como múltiples. La categoría de *opinión* incluyó editoriales, comentarios, puntos de vista y cartas y respuestas al editor. Dada su relevancia, se elabo-

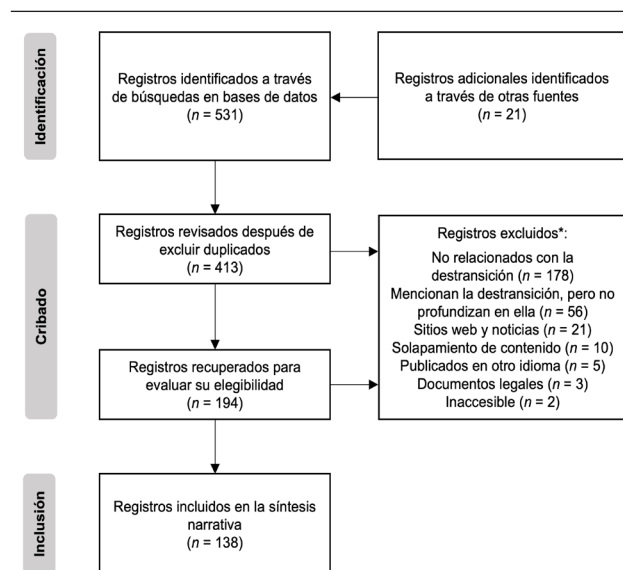
raron cinco tablas de resultados relativas a la terminología asociada a la de-transición, su etiología, su prevalencia, los factores predictores/asociados y las necesidades de las personas de-trans a partir de los datos identificados en la literatura.

Análisis de datos

Para el análisis cuantitativo, se extrajeron las siguientes variables utilizando frecuencias y porcentajes: (1) tipo de estudio; (2) distribución por países; y (3) distribución por años de los registros incluidos en la síntesis narrativa. Para el análisis de contenido se recogieron las siguientes variables en el caso de que estuvieran presentes: (1) terminología utilizada y su definición; (2) datos de prevalencia; (3) factores que influyen en la decisión de de-transicionar; (4) posibles factores predictores/asociados, (5) problemas, dificultades y necesidades asociadas; (6) abordaje profesional; y (7) implicaciones clínicas y bioéticas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En total, se revisaron 413 registros. Tras aplicar los criterios de inclusión, 138 fueron finalmente seleccionados para llevar a cabo la síntesis narrativa (Figura 1).



Notas. * Varios de los registros identificados durante el proceso de búsqueda reflexionaban sobre la de-transición de género desde una perspectiva moral sobre los procesos de transición de género, por lo que se ha decidido excluirlos de la síntesis narrativa dada su limitada relevancia clínica. Asimismo, se identificaron diversos artículos y tesis tangencialmente relacionados con la de-transición de género, por lo que se han priorizado sólo aquellos con mayor relevancia y contenido relacionado. Los artículos centrados *exclusivamente* en el fenómeno de la desistencia (remisión diagnóstica de la disforia de género) también fueron excluidos, a excepción de la revisión sistemática de Karrington⁸⁰, incluida por su relevancia temática. Finalmente, se excluyeron aquellos artículos en los que la de-transición se produce en contextos de demencia o intersexualidad por considerarse fenómenos cualitativamente distintos al explorado en esta revisión.

Figura 1

Diagrama de flujo

Análisis cuantitativo

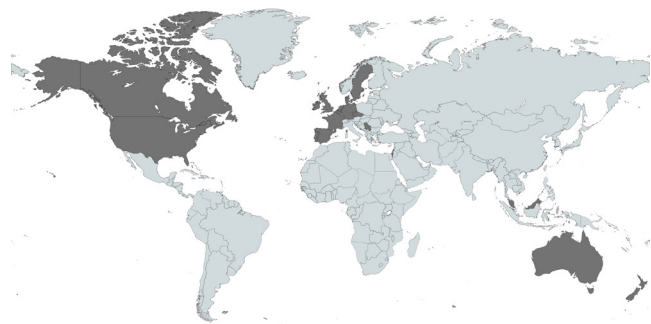
La mayor parte de los registros revisados fueron de carácter empírico ($n = 51$; 37%), con predominio de las metodologías cualitativas ($n = 18$) y los estudios retrospectivos de historias clínicas ($n = 18$). Veintitrés artículos fueron de opinión (16,7%) y 17 describieron casos clínicos individuales ($n = 11$) o múltiples ($n = 6$). Los registros teóricos ($n = 47$; 34,1%) fueron en su mayoría de carácter reflexivo (74,5%) (Tabla 1).

Tabla 1 Características de los estudios incluidos		
Tipo de artículo n (%)	Metodología	n (%)
Empírico 51 (37%)	Cualitativa ^{45-47,59,65,70,79,81,118,130,134,137,138,148,167-170}	18 (35,3%)
	Análisis retrospectivo de historias clínicas ^{24,35,36,49,53,55,57,58,66,82,87,89,91,94-96,98,114}	18 (35,3%)
	Encuestas ^{34,54,56,67,86,90,109}	7 (13,7%)
	Mixta ^{83,92,100}	3 (5,9%)
	Estudio de cohorte prospectivo ^{48,62,99}	3 (5,9%)
Teórico 47 (34,1%)	Estudio de cohorte retrospectivo ^{93,97}	2 (3,9%)
	Reflexión ^{2,3,32,40,43,69,116,117,119-121,126-129,131-133,139,140,142,143,145-147,149,150,156,157,159-162,166,171*}	35 (74,5%)
	Revisión bibliográfica ^{42,83,101,109,152,173}	6 (12,8%)
	Propuesta teórica ^{41,75,76}	3 (6,4%)
De opinión 23 (16,7%)	Revisión sistemática ^{37,80,88}	3 (6,4%)
	Carta al editor ^{44,77,102-104,125,135,136,151-153,158,163,165}	14 (60,9%)
	Punto de vista ^{50,51,85,164}	4 (17,4%)
	Editorial ^{52,141,144,154}	4 (17,4%)
Estudios de caso 17 (12,3%)	Comentario ¹⁰⁷	1 (4,3%)
	Estudio de caso individual ^{61,63,64,68,73,74,110-112,115,172}	11 (64,7%)
	Estudio de casos múltiples ^{38,39,60,71,72,108}	6 (35,3%)

Notas. * De los 35 documentos de tipo reflexivo, cuatro (11,8%) están basados en las vivencias personales de sus autores/as como personas que han transicionado y destransicionado^{117,120,121,171}.

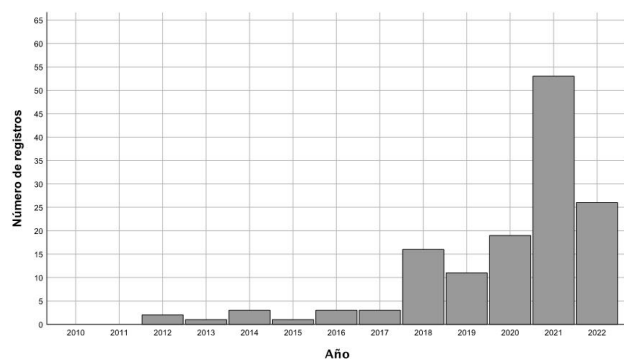
Gran parte de los registros analizados provinieron de Estados Unidos (34,8%), seguido de Reino Unido (21%) y España (11,6%) (Figura 2). El 88,4% fueron publicados en inglés, el 9,4% en español y el 2,2% en francés.

Como se muestra en la Figura 3, un 90,6% de los documentos fue publicado en los últimos cinco años (2018-2022), produciéndose un pico en 2021 (38,4%).



Notas. Estados Unidos ($n = 48$), Reino Unido ($n = 29$), España ($n = 16$), Canadá ($n = 15$), Australia ($n = 5$), Bélgica ($n = 3$), Francia ($n = 3$), Holanda ($n = 3$), Serbia ($n = 3$), Alemania ($n = 2$), Dinamarca ($n = 2$), Suecia ($n = 2$), Irlanda ($n = 1$), Israel ($n = 1$), Malasia ($n = 1$), Nueva Zelanda ($n = 1$), Portugal ($n = 1$), República Checa ($n = 1$). En un registro no fue posible determinar el lugar de procedencia¹¹⁷. Mapa elaborado en mapchart.net.

Figura 2 | Distribución por países de los registros



Notas. 2010 ($n = 0$), 2011 ($n = 0$), 2012 ($n = 2$), 2013 ($n = 1$), 2014 ($n = 3$), 2015 ($n = 1$), 2016 ($n = 3$), 2017 ($n = 3$), 2018 ($n = 16$), 2019 ($n = 11$), 2020 ($n = 19$), 2021 ($n = 53$), 2022 ($n = 26$).

* Únicamente se incluyen los registros hasta junio de 2022.

Figura 3 | Distribución por años de los registros

ANÁLISIS DE CONTENIDO

Conceptualización y terminología

Una de las mayores dificultades a la hora de abordar el estudio de la destransición de género se deriva de la falta de claridad conceptual y terminológica. En la revisión realizada se identificaron, al menos, ocho términos diferentes para hacer referencia a la destransición. En muchos casos, además, no se proporciona una definición operativa de los conceptos utilizados o se usan términos cualitativamente distintos de manera equivalente o intercambiable. En la Tabla 2 se

presenta una recopilación de los términos empleados en la literatura junto a su definición y las relaciones de significado existentes entre ellos.

A grandes rasgos, pueden identificarse tres problemas principales: (1) la equiparación de la destransición con el arrepentimiento³⁴⁻³⁷; (2) el uso de un mismo término para referirse a situaciones que difieren entre sí^{38,39}; y (3) el uso de conceptos diferentes de manera intercambiable³⁹⁻⁴⁸ o incongruente con la literatura científica^{24,49-52,79}.

El primer problema está presente en un porcentaje significativo de los artículos publicados y tiene su origen en la

literatura científica más antigua, en la que el término "arrepentimiento" (*regret*) se utilizaba para describir situaciones de destransición⁷, independientemente de los motivos subyacentes e incluso de que la persona expresara o no arrepentimiento sobre su proceso de transición⁵. Sin embargo, la experiencia emocional del arrepentimiento no es homogénea, sino que puede variar significativamente en función de diversos aspectos, como su duración, su intensidad o el tipo de situación que lo provoca: no es lo mismo una sensación de ambivalencia pasajera que un arrepentimiento permanente, ni es lo mismo arrepentirse tras un cambio identitario que por la aparición de complicaciones médicas³⁴. Más importante aún, el arrepentimiento no siempre conlleva ni está presen-

Tabla 2		Terminología relacionada con la destransición	
Término	Definición	Subtipos	
Destransición ^{2,3,32,34,37-39,41-47,49-53,55,56,58-61,64,66-77,79,82,84,85,91-93,100,105,109-111,116-121,125-127,130-136,138,141-143,145,147,148,150,155,157,160-163,167-171,173}	Proceso por el cual se detienen o revierten los cambios sociales, médicos y/o administrativos conseguidos durante la transición de género, ya sea de manera parcial o total, temporal o definitiva	Si implica un cese en la identidad transgénero, se puede denominar destransición "primaria" o "con desistencia identitaria". Si no implica un cese en la identidad transgénero, se puede denominar destransición "secundaria" o "sin desistencia identitaria"	
Términos relacionados	Definición	Relación con el término "destransición"	
Arrepentimiento ^{3,32,34-37,54,57,58,62,66,68,71,81,84,86-88,93,102-104,108,112,113,115,128,129,134,137,139,140,142-144,146-149,151-156,159,160,162,164,166,172,173}	Estado emocional negativo asociado a los cambios sociales, médicos y/o administrativos realizados durante un proceso de transición de género	Se utiliza como sinónimo de destransición, aunque no siempre coinciden (existen destransiciones sin arrepentimiento y arrepentimientos sin destransición)	
Desistencia ^{49-52,79,80,125,141,157,158}	Se utiliza actualmente para describir a quienes dejan de identificarse como transgénero antes de comenzar un proceso de transición de género a nivel médico. No implica necesariamente una remisión de la disforia de género	En la literatura científica, se utiliza para describir la remisión diagnóstica de la disforia de género de inicio infantil con la llegada de la pubertad, previamente a la realización de intervenciones sociales y médicas	
Descontinuación/Cese/Terminación ^{36,38,41,62,63,89,92,94-99}	Detención de los aspectos sociales y/o médicos implicados en el proceso de transición de género. Puede ir acompañado o no de un cese en la identidad transgénero	En algunos casos equivale a destransición. Se ha sugerido reservar el término únicamente para casos de destransición "secundaria" o "sin desistencia identitaria"	
Reversión ^{54,89,110,113-115}	Proceso por el cual una persona retorna a su identidad o presentación de género previa a la transición de género, ya sea por medios sociales, médicos y/o administrativos	Puede describir: (a) volver a vivir social/legalmente de acuerdo con el sexo de nacimiento; o (b) realizar tratamientos médicos congruentes con el sexo de nacimiento para revertir los cambios físicos experimentados durante la transición de género	
Desidentificación/Reidentificación ^{43,67}	Proceso por el cual una persona deja de identificarse como transgénero (desidentificación) o vuelve a identificarse con su sexo de nacimiento (reidentificación)	Equivalente a destransición "primaria" o "con desistencia identitaria"	
Retransición ^{39-48,65,81,146,156,159}	Proceso de reinicio o reanudación de una transición de género previamente detenida o revertida	En algunos contextos se utiliza como sinónimo de destransición	

te en una destransición, pues es posible encontrar casos de arrepentimiento sin destransición⁵³⁻⁵⁸ y de destransición sin arrepentimiento^{38,49,53,55,56,59-68}. Por ejemplo, algunas personas destrans han expresado que la transición era parte de su propio viaje o proceso de exploración y que no podían saber de antemano si se trataba de la decisión correcta^{38,43,56,67,69-71}. Otras consideran que su transición supone una experiencia valiosa y que no cambiarían nada si pudieran volver atrás⁷⁰. Por ello, con el fin de disociar ambos términos, podría resultar útil dejar de emplearlos de manera equivalente y, en su lugar, darle prioridad al término "destransición", indicando si ésta se acompaña o no de arrepentimiento.

El segundo problema está relacionado con la falta de consenso en torno al tipo de situaciones constitutivas de una destransición. En la literatura, el término se ha empleado indistintamente tanto para referirse a personas que destransicionan tras reidentificarse con su sexo de nacimiento^{39,72-74} (es decir, que dejan de identificarse como transgénero; destransiciones "primarias"⁷⁵ o "con desistencia identitaria"³⁹) como para describir a personas que detienen o revierten algunos aspectos de su transición pero que siguen manteniendo una identidad transgénero^{38,39,60,63,64} (destransiciones "secundarias"⁷⁵ o "sin desistencia identitaria"³⁹). También se ha sugerido desglosar la destransición en tres conceptos relacionados: la destransición como "acto", que estaría referida a la destransición secundaria; la destransición como "identidad", que implicaría un cambio en la comprensión subjetiva de uno mismo y se aproximaría conceptualmente a la destransición primaria; y la destransición como "experiencia negativa de transición" (*negative transition experience*), que estaría más cerca del concepto clásico de "arrepentimiento"⁷⁶. Otras propuestas plantean reservar el término "destransición" exclusivamente para las destransiciones primarias^{41,77} y utilizar otras expresiones, como "descontinuación (*discontinuation*) de la transición", para las destransiciones secundarias⁴¹.

El tercer y último problema tiene que ver con el uso de algunos términos de un modo incongruente con el habitual en la literatura científica. Tradicionalmente, el término "desistencia" (*desistance*) se ha utilizado para describir la remisión diagnóstica de la disforia de género (DG) de inicio infantil con la llegada de la pubertad, previamente a cualquier tipo de transición social y médica^{77,78}. No obstante, recientemente ha comenzado a emplearse para referirse específicamente a aquellas personas que dejan de identificarse como transgénero, en muchos casos tras haber realizado algún tipo de transición a nivel social (p. ej., cambiando el uso de nombre y pronombres), pero antes de iniciar tratamientos hormonales y/o quirúrgicos^{49-52,79}. Así, de acuerdo con esta nueva acepción, la desistencia se basa en un criterio identitario en lugar de uno diagnóstico, a menudo se produce tras haberse realizado una transición social y no tiene por qué ocurrir en

la pubertad. Esta confusión también ha sido señalada por Karrington⁸⁰ en una revisión sistemática de la literatura sobre desistencia. Otros profesionales incluso han utilizado el término "desistencia" para describir todo tipo de situaciones de destransición primaria en adolescentes/adultos, tanto previas como posteriores al inicio de tratamientos médicos²⁴.

Finalmente, algunos autores han comenzado a utilizar el término "retransición" como sinónimo de destransición^{39-48,65,81}, bajo la premisa de que una destransición constituye una transición de vuelta a la identidad de género original (u otra identidad de género distinta). Sin embargo, el término "retransición" suele emplearse mucho más habitualmente para indicar el reinicio o la reanudación de un proceso de transición previamente detenido o revertido^{34,56,69,75,82}. Otros términos utilizados para describir la destransición son "desidentificación" y "reidentificación"^{43,67}, si bien no se encuentran aún tan extendidos como los demás. También es posible encontrar expresiones alternativas, como "cambios en la solicitud de tratamientos médicos de género" (*shifts in gender-related medical requests*)⁸³ o "cambio en los objetivos de la transición" (*change in transition goals*)⁸⁴, que podrían incluir experiencias de destransición. Desde una perspectiva histórica, se ha sugerido denominar a la destransición "proceso de Tiresias" en honor a un adivino de la mitología griega, Tiresias, que fue transformado en mujer y, siete años después, volvió a convertirse y a vivir como hombre⁸⁵.

Prevalencia

Aunque resulta extremadamente difícil determinar con exactitud cuál es la prevalencia de personas que destransicionan, en conjunto, las estimaciones para destransiciones o arrepentimientos tras tratamientos hormonales y/o quirúrgicos (0-9,8%)^{24,34-37,48,49,53-55,57,58,66,82,86-95,98} son notablemente más reducidas que las referidas a detenciones, descontinuaciones o abandonos de la asistencia/tratamiento médico (1,9-29,8%)^{36,53,55,62,92,95-99}, si bien en la mayoría de estos casos no es posible determinar si existe un cambio identitario ni los motivos subyacentes. Asimismo, las cifras de destransición o arrepentimiento tras cirugía de afirmación de género (0-2,4%)^{24,34-37,49,53,55,57,66,86,88,90,93,100} son más reducidas que tras tratamiento hormonal (0-9,8%)^{24,48,49,53-55,66,87,89,92,94,95,98,100}. El estudio de Marinkovic y Newfield⁹¹, que reporta una cifra de destransición tras doble mastectomía del 7,1% (1/14), supone una excepción dado su bajo tamaño muestral. Finalmente, las estimaciones de prevalencia se sitúan entre el 0,5 y el 7,3%^{24,48,49,89} si nos centramos en el cambio, dudas o cese de la identidad transgénero previo o al comienzo del tratamiento hormonal (Tabla 3).

Un estudio americano basado en una encuesta de 2015¹⁰¹ con una muestra de conveniencia de personas transgénero encontró una tasa de destransición temporal o definitiva del

Tabla 3		Prevalencia de la destransición/arrepentimiento	
Estudio (año)	Criterio(s)	Prevalencia	
Boyd et al. ⁵³ (2022)	Descontinuación del tratamiento hormonal	8/41 (19,5%)	
	Cambio o cese de la identidad transgénero tras tratamiento hormonal	4/41 (9,8%)	
	Arrepentimiento tras cirugía	1/41 (2,4%)	
Bustos et al. ³⁷ (2021)*	Arrepentimiento tras cirugía	77/5672 (1,4%)	
	Reversión al género original tras cirugía	36/5672 (0,6%)	
Brik et al. ⁹⁸ (2020)	Descontinuación del tratamiento hormonal ^a	9/143 (6,3%)	
Butler et al. ⁸⁹ (2021)	Cese de la identidad transgénero previo al tratamiento hormonal	59/1151 (5,1%)	
	Cese de la identidad transgénero tras tratamiento hormonal	58/1151 (5%)	
Carmichael et al. ⁹⁹ (2021)	Descontinuación del tratamiento hormonal	1/44 (2,3%)	
Davies et al. ⁵⁸ (2019)	Reversión al género original o arrepentimiento ^{b,c}	16/3398 (0,5%)	
Day et al. ⁹⁰ (2021)	Arrepentimiento tras cirugía	2/84 (2,4%)	
De Castro et al. ²⁴ (2022)	Dudas identitarias/cese de la identidad transgénero previo al tratamiento hormonal	1/124 (0,8%)	
	Dudas identitarias/cese de la identidad transgénero tras tratamiento médico ^d	2/124 (1,6%)	
Deutsch ⁵⁴ (2012)	Arrepentimiento tras tratamiento hormonal	17/1944 (0,9%)	
	Reversión del proceso de transición de género tras tratamiento hormonal	3/1944 (0,2%)	
Dhejne et al. ³⁵ (2014)	Solicitud de reversión legal y médica tras cirugía	15/681 (2,2%)	
Fornander ⁹² (2022)	Cese de la identidad transgénero/reversión al género original tras tratamiento médico ^{c,e}	8/180 (4,4%)	
	Descontinuación de la asistencia previa al tratamiento médico	26/180 (14,4%)	
Gomes-Porras et al. ⁴⁹ (2020)	Interrupción del tratamiento y/o seguimiento psicológico previa a la transición médica por causas relacionadas con la identidad de género	4/796 (0,5%)	
	Detención y/o reversión de la identidad transgénero o de la transición de género por medios sociales, legales y/o médicos ^f	14/796 (1,8%)	
Gómez-Gil et al. ⁶⁶ (2022)	Cese de la identidad transgénero tras tratamiento médico ^g	5/235 (2,1%)	
Glintborg et al. ⁹⁷ (2022)**	Descontinuación del tratamiento hormonal durante 13 meses o más	108/1844 (5,9%)	
	Descontinuación del tratamiento hormonal durante 24 meses o más	72/1993 (3,6%)	
Hall et al. ⁵⁵ (2021)	Abandono del régimen de tratamiento	38/175 (21,7%)	
	Detención del proceso de transición de género	5/175 (2,8%)	
	Descontinuación del tratamiento hormonal	11/175 (6,3%)	
	Patrón de tratamiento sugestivo de destransición	6/175 (3,4%)	
	Reversión al género original tras tratamiento médico ^h	12/175 (6,9%)	

Tabla 3 Cont.		Prevalencia de la destransición/arrepentimiento	
Estudio (año)	Criterio(s)	Prevalencia	
Kamali et al. ⁹³ (2021)	Arrepentimiento tras cirugía	2/464 (0,4%)	
	Solicitud de reversión legal y quirúrgica tras cirugía	1/464 (0,2%)	
Karpel et al. ⁸⁶ (2012)	Arrepentimiento tras cirugía	2/207 (1%)	
	Solicitud de reversión médica tras cirugía	1/207 (0,5%)	
Khatchadourian et al. ⁹⁴ (2014)	Descontinuación del tratamiento hormonal y del deseo de proseguir con la transición de género	1/84 (1,2%)	
Marinkovic y Newfield ⁹¹ (2017)	Descontinuación del tratamiento hormonal y solicitud de reversión legal tras cirugía	1/14 (7,1%)	
McCallion et al. ⁹⁵ (2021)	Descontinuación del tratamiento hormonal ⁱ	7/79 (8,9%)	
Narayan et al. ³⁴ (2021)	Arrepentimiento tras cirugía o solicitud de reversión quirúrgica	62/18125-27325 (0,2-0,3%)	
	Cirugía de reversión	36/18125-27325 (0,1-0,2%)	
Nieder et al. ⁶² (2021)	Arrepentimiento tras tratamiento médico	0/75 (0%)	
	Descontinuación de la asistencia/tratamiento médico ^l	13/75 (17,3%)	
Olson et al. ⁴⁸ (2022)	Cambio o cese de la identidad transgénero en base a la modificación de los pronombres utilizados ^k	23/317 (7,3%)	
Richards y Doyle ⁸² (2019)	Reversión al género original ^c	1-3/303 (0,3-1%)	
Roberts et al. ⁹⁶ (2022)	Descontinuación del tratamiento hormonal	284/952 (29,8%)	
Segev-Becker et al. ⁸⁷ (2020)	Arrepentimiento y descontinuación del tratamiento hormonal	2/96 (2,1%)	
Tang et al. ⁵⁷ (2022)	Arrepentimiento tras cirugía	2/209 (1%)	
Turban et al. ¹⁰⁰ (2021)	Volver a vivir temporal o definitivamente de acuerdo con el sexo de nacimiento ^l	2242/17151 (13,1%)	
Wiepjes et al. ³⁶ (2018)	Descontinuación del tratamiento hormonal	6/333 (1,9%)	
	Arrepentimiento tras gonadectomía e inicio de tratamiento hormonal de reversión (congruente con el sexo de nacimiento)	14/2627 (0,5%)	
Worth ⁸⁸ (2018)	Arrepentimiento tras cirugía	28/1203 (2,3%)	

Notas. Por cuestiones prácticas, todas las cifras han sido redondeadas a la décima para su presentación. Dentro de "tratamiento hormonal" se ha incluido el tratamiento tanto con bloqueadores de la pubertad como con hormonas masculinizantes/feminizantes (testosterona, estrógenos). Las estimaciones de prevalencia presentadas en la tabla incluyen tanto menores como adultos.

* El número total de pacientes ha sido corregido de acuerdo con Expósito-Campos y D'Angelo¹⁰².

** La definición de descontinuación de los autores también incluye el cambio de hormonas masculinizantes a feminizantes o viceversa, lo cual podría incluir casos de tratamiento hormonal de reversión.

^a De los nueve pacientes, cuatro reiniciaron el tratamiento hormonal posteriormente (2,8%) y cinco expresaron no desear tratamiento médico (3,5%).

^b De los 16 pacientes, tres destransicionaron a largo plazo (0,1%) y 10 lo hicieron temporalmente (0,3%). Los tres pacientes restantes expresaron arrepentimiento (0,1%), pero sólo dos consideraron la opción de destransicionar.

^c No es posible determinar el tipo de tratamiento o transición realizada.

^d Uno tras tratamiento hormonal (0,8%) y uno tras tratamiento hormonal y cirugía (0,8%).

^e No se proporciona una definición o criterio explícito de destransición, por lo que éste se ha inferido a partir del contexto del documento.

^f Seis tras tratamiento hormonal (0,8%) y tres tras tratamiento hormonal y cirugía (0,4%).

^g Uno tras tratamiento hormonal (0,4%) y cuatro tras tratamiento hormonal y cirugía (1,7%). Uno de los pacientes retransicionó posteriormente (0,4%).

^h Siete tras tratamiento hormonal (4%) y cinco tras tratamiento hormonal y cirugía (2,9%). En dos casos se documentó arrepentimiento (1,1%).

ⁱ En cuatro casos por remisión de la disforia de género (5,1%) y en tres por incumplimiento del protocolo de tratamiento (3,8%).

^j Tres tras tratamiento hormonal (4%), uno tras tratamiento hormonal y cirugía (1,3%) y nueve previamente al inicio del tratamiento médico (12%).

^k Ocho se reidentificaron con su género original (2,5%), uno de ellos tras haber comenzado el tratamiento hormonal con bloqueadores de la pubertad (1,1%; 1/92).

^l De ellos, 1125 habían comenzado el tratamiento hormonal (6,6%) y 371 habían realizado alguna cirugía (2,2%).

13,1%¹⁰⁰. Es importante tener en cuenta, sin embargo, que todas las personas encuestadas seguían identificándose como transgénero y que no todas habían transicionado médicamente, con lo cual es probable que dichos resultados no sean representativos del total de personas que destransicionan. Por otro lado, un meta-análisis reciente ha sugerido una prevalencia global de arrepentimiento y destransición del 1%³⁷, si bien sólo se recogen casos posteriores a la realización de intervenciones quirúrgicas (quedando excluidas, por ejemplo, aquellas personas que destransicionan tras haber iniciado tratamiento hormonal únicamente). Asimismo, se han señalado errores metodológicos, conceptuales y de selección de los estudios contenidos en la revisión que ponen en cuestión la validez y generalizabilidad de sus resultados¹⁰²⁻¹⁰⁴.

En general, los estudios revisados presentan cuatro obstáculos principales que dificultan una estimación fiable de la prevalencia de la destransición. Algunas de estas dificultades no son exclusivas de dichos estudios, sino que afectan al ámbito de la medicina transgénero de manera generalizada.

En primer lugar, el criterio de destransición, en las pocas ocasiones en las que aparece explícitamente definido, difiere significativamente entre estudios. En algunos de ellos se basa en la manifestación explícita de arrepentimiento y la demanda de tratamientos de reversión^{34,36}, mientras que en otros se basa en la solicitud de reversión legal y médica^{35,86,93}, la reversión al género original^{55,58,82,86} o el cambio/cese de la identidad transgénero^{48,53,66,89,92} (ver Tabla 3). La falta de uniformidad entre los datos, así como la caracterización de la destransición tan específica o incluso restrictiva que se plantea en algunos artículos¹⁰⁵, es una fuente potencial de sesgo y distorsión de las estimaciones, además de impedir llevar a cabo comparaciones entre ellas.

Por otro lado, pese a la distinción que se ha trazado anteriormente entre destransición y arrepentimiento, la intrínca relación histórica existente entre ambos términos, así como la falta de claridad y la compleja variedad conceptual encontrada, hace que resulte extremadamente difícil separarlos a la hora de categorizar y agrupar las estimaciones de prevalencia. En este sentido, en tres de los estudios incluidos en el porcentaje de destransiciones (0-9,8%) se habla de arrepentimiento sin proporcionar una definición concreta^{57,88,90}, por lo que no es posible determinar si existe una modificación identitaria, si se produce una detención/reversión del proceso de transición de género o si se trata únicamente de un sentimiento negativo de insatisfacción asociado a la transición médica. Tan sólo en el estudio de Tang y colaboradores⁵⁷ se comenta el interés de una paciente por someterse a una cirugía de reversión, lo cual podría sugerir una posible destransición, si bien este procedimiento no termina llevándose a cabo. Su inclusión, por tanto, responde a una cues-

tion de interés práctico más que de coherencia conceptual, poniendo de relieve algunos de los problemas comentados en el apartado anterior. Esto contrasta con los estudios de Bustos *et al.*³⁷ y Narayan *et al.*³⁴, en los que sí se proporciona una categorización que permite discernir qué pacientes con arrepentimiento destransicionan. En definitiva, a pesar de la importancia de diferenciar entre arrepentimiento y destransición, el estado actual de la literatura dificulta enormemente esta tarea y obliga en cierto modo a seguir vinculando ambos conceptos, no sólo a la hora de reflexionar en torno al fenómeno sino también a la hora de analizar porcentajes.

En segundo lugar, los porcentajes de pérdida de pacientes en los seguimientos de los procesos de transición son muy elevados. En el estudio holandés³⁶ alcanza el 36%, mientras que en otros es incluso superior al 40%¹⁰². Es concebible pensar que aquellas personas que se sienten insatisfechas con sus procesos, que abandonan el régimen de tratamiento o que deciden destransicionan no respondan a los seguimientos realizados por las UIG, quedando así excluidas de las estimaciones publicadas en la literatura. De hecho, un 76% de los participantes en el estudio de Littman⁵⁶ reportaron no haber informado a los profesionales que los trataron originalmente acerca de su decisión de destransicionan, lo cual supone una importante limitación a la hora de manejar estimaciones de prevalencia procedentes de la literatura clínica.

En tercer lugar, los intervalos de seguimiento empleados en la mayoría de los estudios son muy limitados, generalmente de entre uno y dos años tras el inicio del tratamiento médico. Algunos profesionales han denominado a este período "luna de miel", una fase que podría no constituir una representación realista de las trayectorias de las personas que transicionan¹⁰⁶. El uso de intervalos de seguimiento limitados reduce drásticamente la posibilidad de inclusión de aquellas personas cuyos procesos de destransición comienzan varios años después de las primeras intervenciones médicas realizadas. De hecho, diversos estudios retrospectivos, entre los que destacan el sueco³⁵, los españoles^{49,66} y el holandés³⁶, han informado de casos de destransición transcurridos entre cuatro y 23 años desde el inicio del proceso de transición médica. Es necesario, por tanto, mantener la precaución a la hora de interpretar las cifras de destransición procedentes de estudios con intervalos de seguimiento reducidos.

Finalmente, el panorama de atención sanitaria a la diversidad de género, como se ha visto en la introducción, ha experimentado importantes transformaciones. Se ha producido un aumento significativo de la demanda y se han implementado nuevos modelos de atención asentados únicamente en el principio del consentimiento informado. Sin embargo, la mayor parte de los estudios que se han llevado a cabo hasta ahora, muchos de los cuales forman parte del meta-análisis sobre arrepen-

miento y/o de transición³⁷, se basan en modelos de tratamiento más conservadores con periodos de evaluación extensos, criterios de elegibilidad más estrictos y, en ocasiones, un "test de vida real" (periodo de tiempo en el que la persona debía vivir de acuerdo con su identidad de género a tiempo completo y en

todos los ámbitos de su vida antes de poder recibir tratamiento médico). Por ende, es muy probable que las cifras de de transición derivadas de estos estudios deban ser tomadas con cautela a la hora de entender y evaluar la situación actual¹⁰⁷.

Tabla 4	Factores implicados en la etiología de la de transición
Psicológicos	
<ul style="list-style-type: none"> - Dudas o fluctuaciones en la identidad de género^{24,34,38,42,43,49,58,65,94,98-100,109,119} - Identidad de género no binaria^{36,42,43,49,53,56,63,70,109,119,132} - Remisión del malestar asociado a la disforia de género^{56,67,95,109} - No cumplimiento de las expectativas asociadas a la transición de género^{37,39,43,46,72,79, 109,115,119,121,148,173} - No mejoría o empeoramiento de los problemas psicológicos previos^{46,47,64,70,72,73,79,100,116-118,148,173}, la salud mental^{56,67,72,73,79,98,100,109,117} o la disforia de género^{67,73,109,115-117,130} - Sentimiento de insatisfacción personal^{37,42,49, 56,109}, sentimientos de infelicidad, desconexión, inautenticidad e irrealidad como persona transgénero^{67,108,111,118,121,148,171}; o comodidad progresiva ante la idea de reidentificarse con el sexo de nacimiento^{53,56,70,79,118} - Cambios en el entorno (exposición a nuevos puntos de vista, nuevos contextos sociales)^{60,168} - Descubrir que el malestar atribuido a la disforia de género estaba causado por otros factores (duelo, trauma, abuso, etc.)^{36,43,47,56,67,109,121, 148,167}, resolver otros problemas de salud mental previos que contribuyeron a la disforia de género^{56,67} o encontrar formas alternativas de enfrentar el malestar asociado a la disforia de género^{56,67,79,109,168} - Sentir que de transicionar es lo adecuado en ese momento de la vida^{43,64} o que la transición no es el camino correcto^{43,46,49,69} - Experimentar un refuerzo identitario (mayor autoestima, aceptación personal y empoderamiento)⁶⁰ o sentir satisfacción con los cambios ya conseguidos^{39,43,56,62} - Psicopatología comórbida descompensada^{39,42,110,148} o errores en el diagnóstico^{34,36,37,43,69,148} - Confusión entre identidad y orientación sexual^{24,39,42} - Miedo a los tratamientos médicos¹⁰⁹ o preocupaciones relacionadas con la salud mental^{62,67,109} 	
Médicos	
<ul style="list-style-type: none"> - Preocupaciones o problemas relacionados con la salud física^{53,56,59,67,109,119,169}, complicaciones médicas o efectos secundarios no deseados/adversos^{34,42,44,49,53,56,58,98,108,172} - Preocupaciones relacionadas con la fertilidad/posibilidad de tener hijos en el futuro^{67,100,109,119,132} - Insatisfacción con los resultados médicos logrados^{37,42-44,49,56,59,67,88,90,109,148,172} o malos resultados quirúrgicos^{34,43,44,148} 	
Sociales	
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de apoyo familiar y/o social^{34,36,37,42-44,47,49,67,100,109,132}, discriminación/victimización/rechazo/estigma^{34,38,43,47,56, 61,64,67,100,109,132}, aislamiento social/dificultades interpersonales^{46,58} o presión familiar/social/laboral/profesional^{56,100} - Falta de apoyo, pérdida y/o dificultades para encontrar pareja^{34,49,82,100} - Falta de recursos económicos^{43,67,100,109} o discriminación/dificultad laboral^{37,56,69,100,167} - Motivos legales (custodia, servicios sociales)¹⁰⁰ o encarcelamiento^{43,63,170} - Falta de comprensión por parte del entorno³⁶ o miedo a no recibir cuidados al final de la vida^{43,169} - Tener dificultad para acceder a los tratamientos médicos^{98,100}, integrarse como persona del género sentido/expressado^{56,69,100,109} o sentir que la transición supone un gran sacrificio^{36,69,117,119} - Experimentar violencia y/o abuso sexual^{47,100} - Otros motivos (deporte de alta competición, mudarse a otro país)¹⁰⁰ 	
Culturales	
<ul style="list-style-type: none"> - Descubrir una relación entre la disforia de género y sentimientos de misoginia^{43,56,67,109,121} u homofobia^{36,56,109} interiorizadas - Cumplir con las ideas, tradiciones y costumbres de la cultura en la que se vive^{61,169} 	
Ideológicos	
<ul style="list-style-type: none"> - Experimentar un cambio en la forma de concebir qué significa ser hombre o mujer en la sociedad^{39,56,67,77,109}, rechazo ante la idea de perpetuar estereotipos de género^{43,118,171} o ante la dependencia de tratamientos médicos para influir en la percepción de los demás^{118,171} - Darse cuenta de la imposibilidad de cambiar el sexo de nacimiento^{79,108,109,117,148,171} - Experimentar un cambio en las creencias políticas/ideológicas^{67,69,109}, religiosas o espirituales^{34,43,61,109,148,169} - Experimentar presión ideológica por parte de otro colectivo⁵⁹ 	

Etiología

En la literatura revisada se describen más de 50 condicionantes que influyen en la decisión de destransicionar, agrupados en factores de carácter psicológico, médico, social, cultural e ideológico (Tabla 4). Si bien no se trata de un listado exhaustivo (es factible que ocurran destransiciones por otros motivos no recogidos en esta tabla), resulta útil para adquirir una idea general de los factores que podrían dar lugar a una destransición, poniendo además de relieve la enorme diversidad existente y la profunda complejidad que rodea al fenómeno. En conjunto, los motivos que conducen a una persona a destransicionar son múltiples, variados y complejos, por lo que resulta difícil establecer patrones claros que nos permitan comprender y delimitar el fenómeno.

Factores predictores/asociados

Quizá una de las grandes cuestiones está relacionada con la posibilidad de predecir (y, por tanto, de prevenir) la ocurrencia de las destransiciones. Teniendo en cuenta que la mayoría de los cambios físicos asociados a los tratamientos médicos son irreversibles, así como las experiencias emocionales negativas que podrían conllevar^{43,56,67,108,109}, resulta fundamental, tanto para las personas interesadas como para los profesionales, asegurarse de que las decisiones tomadas sean lo más beneficiosas posible a largo plazo. Como se muestra en la Tabla 5, en la literatura revisada se describen al menos 16 factores predictores/asociados de carácter psicológico, sexual, social y biológico que podrían incrementar el riesgo de destransición, si bien es importante recalcar que muchos de ellos no han sido contrastados empíricamente⁸⁸.

En un estudio retrospectivo de historias clínicas, Gomes-Porras y colaboradores⁴⁹ identificaron cuatro factores predictores de destransición: ser mujer transgénero, una DG de inicio rápido (*rapid onset gender dysphoria* o ROGD), el género no binario y la falta de apoyo familiar, mientras que la mayoría de edad legal resultó ser un factor protector de destransición. Asimismo, los autores informaron de que, en la mitad de los casos, las destransiciones habían ocurrido menos de seis meses después de iniciar el tratamiento, y en un 14,7% de los casos entre los seis y 12 meses después del inicio del tratamiento. Butler y su equipo⁸⁹ identificaron un mayor porcentaje de destransiciones en el grupo de menores de 16 años en comparación con el grupo de mayores de 16 años, mientras que Olson y colaboradores⁴⁸ hallaron que los menores que habían transicionado socialmente antes de los seis años tenían más probabilidades de destransicionar que quienes habían transicionado después de los seis años. Esto podría sugerir que las probabilidades de destransicionar son superiores a edades más tempranas y durante las etapas ini-

Tabla 5	Factores predictores/asociados a la destransición
	Psicológicos
	- Disforia de género de inicio rápido (<i>rapid onset gender dysphoria</i>) ⁴⁹
	- Disforia de género de inicio tardío o ausencia de disforia de género en la infancia ^{42,49,88,112}
	- Disforia de género de menor intensidad ⁴⁹
	- Menor edad al inicio del proceso de transición ^{49,89}
	- Ausencia de evaluación psicológica previa al inicio del tratamiento médico ^{88,108,113-115}
	- Insatisfacción con los resultados quirúrgicos logrados ^{88,172}
	- Género no binario ^{49,10}
	- Antecedentes de problemas salud mental o psicopatología descompensada ^{39,42,49,110,112}
	- Irregularidad o interrupción de los seguimientos ¹¹²
	- No haber recibido tratamiento médico ¹⁰⁰
	Sexuales
	- Confusión entre identidad y orientación sexual ^{24,39,42}
	- Bisexualidad ¹⁰⁰
	- Travestismo fetichista o "autoginefilia" ^{42,74,108}
	- Ausencia de vida sexual ¹¹²
	Sociales
	- Falta de apoyo social y familiar ^{49,100}
	Biológicos
	- Sexo de nacimiento masculino ^{49,100}

Notas. * Pese a que el sexo de nacimiento masculino ha sido identificado como un posible factor predictor/asociado a la destransición, es importante señalar que la mayoría de las personas que participaron en los estudios de Littman⁵⁶ y Vandenbusche¹⁰⁵ son de sexo de nacimiento femenino. Este hecho podría deberse a los recientes cambios demográficos observados en el perfil de la demanda de atención a la disforia de género. No obstante, la mayoría de los factores predictores/asociados a la destransición revisados en la literatura no han sido aún contrastados empíricamente.

ciales del proceso de transición, si bien otros estudios, como se ha comentado en el apartado de prevalencia, apuntan a que la decisión de destransicionar puede tardar muchos más años en materializarse^{35,36,56,64,66,67,109-111}. Turban y colaboradores¹⁰⁰ también identificaron el género no binario, la falta de apoyo social y el sexo de nacimiento masculino, además de la bisexualidad y el hecho de no haber recibido tratamiento médico, como factores asociados a la destransición en su estudio. De acuerdo con estos hallazgos, parece que los pacientes con una identidad de género no binaria presentan una mayor probabilidad de destransicionar o abandonar el tratamiento. En este sentido, el estudio de Cohen y colaboradores⁸³ ha puesto de manifiesto que los cambios en las solicitudes de tratamiento médico son mucho más frecuentes en dicho subgrupo de pacientes.

Una excepción a los resultados anteriores es el estudio de Roberts y colaboradores⁹⁶, quienes encontraron una mayor tasa de discontinuación del tratamiento hormonal (con seguimiento a cuatro años) en el sexo de nacimiento femenino y entre quienes lo habían iniciado siendo mayores de 18 años. El estudio de Glintborg *et al.*⁹⁷, por su parte, arroja resultados mixtos, mostrando una mayor tasa de discontinuación del tratamiento hormonal entre pacientes mayores de 25 años y de sexo de nacimiento masculino. También son mixtos los resultados de Dhejne *et al.*³⁵, quienes encontraron mayores tasas de destransición en pacientes de sexo de nacimiento femenino que habían recibido tratamiento siendo más jóvenes y en pacientes de sexo de nacimiento masculino que habían recibido tratamiento a mayor edad.

Por otro lado, la aparición tardía de la DG, una DG de menor intensidad y la existencia de antecedentes psicopatológicos graves podrían ser importantes factores de riesgo para la destransición^{39,42,49,88,110,112}. En el estudio de Gomes-Porras *et al.*⁴⁹, por ejemplo, 13 de las 14 personas que destransicionaron mostraron una DG de inicio tardío, siendo de intensidad leve en más de la mitad de los casos. Asimismo, seis de ellas presentaban antecedentes psiquiátricos, incluyendo depresión, autolesiones y trastornos de personalidad. En la misma línea, un porcentaje significativo de los participantes en el estudio de Littman⁵⁶ reportó problemas de salud mental previos al inicio de la DG y al proceso de transición. Otros estudios de caso^{39,110} han descrito destransiciones encuadradas o precedidas por el desarrollo de psicopatologías graves, como esquizofrenia o trastornos de tipo psicótico. La ausencia de evaluación psicológica previa al inicio del tratamiento médico^{88,108,113-115}, incluyendo un diagnóstico diferencial pobre o dudoso; la irregularidad o interrupción en los seguimientos¹¹², la ausencia de DG en la infancia¹¹², la insatisfacción con los resultados quirúrgicos obtenidos⁸⁸, el travestismo fetichista o "autoginefilia"^{42,74,108}, la ausencia de vida sexual¹¹² y la confusión entre identidad y orientación sexual^{24,39,42} también han sido asociados (de manera más o menos explícita) con un mayor riesgo de destransición.

Pese a todo, resulta muy complicado determinar qué factores podrían contribuir a incrementar las probabilidades de destransicionar. Las trayectorias evolutivas de cada persona son diversas y están influidas por múltiples circunstancias, muchas de ellas impredecibles e incontrolables.

Problemas, dificultades y necesidades asociadas

Los escasos datos disponibles en la actualidad sugieren una elevada presencia de dificultades psicológicas relacionadas con la experiencia de destransición. Éstas se centran en: (1) problemas psicológicos y emocionales^{43,56,67,70,74,77,79,108,109,116,117},

(2) falta de apoyo social y profesional^{46,109,117,118}; (3) una tendencia a no informar de la decisión de destransicionar o a no buscar ayuda profesional^{56,69,74,108,109}; y (4) dificultad para encontrar información y profesionales formados al respecto^{43,79,109,119}.

Los participantes del estudio de Vandebussche¹⁰⁹, por ejemplo, mostraron una alta prevalencia de comorbilidades, destacando especialmente la depresión (70%), la ansiedad (63%), el estrés postraumático (33%) y los trastornos del espectro autista (20%). En la investigación de Littman⁵⁶, un porcentaje significativo de los participantes reportó diversos problemas psicológicos previos al inicio de la DG y al proceso de transición, siendo el trauma (37%), la depresión (32%), la ansiedad (27%) y las autolesiones (24%) los más frecuentes. En el estudio canadiense⁷⁰, casi la mitad de los participantes expresaron que diversos problemas del pasado, incluyendo depresión, DG, dismorfia corporal o trastornos de la conducta alimentaria, habían reaparecido tras la destransición. Otros artículos y testimonios han puesto de relieve las enormes dificultades emocionales implicadas en la experiencia de destransición, incluyendo el arrepentimiento y otros sentimientos negativos hacia el proceso de transición realizado^{43,56,67,70,116,118}, la vergüenza^{43,74,108,117}, el rechazo y la pérdida de amistades^{69,79,109} y una importante falta de apoyo, tanto a nivel social como profesional^{46,109,117,118}. Muchas de estas personas, además, siguen experimentando DG o preocupación relacionada con su género después de destransicionar^{43,67,70,79,109,116,117}, y algunas pueden incluso desarrollar una nueva forma de malestar derivada del tratamiento médico recibido, a menudo denominada "disforia inversa"⁷⁰.

Por otra parte, en muchas ocasiones, las personas que destransicionan no informan de su decisión a los sanitarios implicados durante su proceso de transición o simplemente optan por no buscar ayuda^{56,69,74,108,109}, ya sea por el estigma que acarrea la destransición^{43,74,79,108,109,117}, la falta de información existente^{43,79,119}, la dificultad para encontrar profesionales comprensivos e informados sobre el tema^{43,79,109} o simplemente por desconfianza hacia la institución médica o psicológica^{43,46,109,120}. Esta situación adquiere aún más relevancia a la vista de las múltiples (y a menudo complejas) necesidades y demandas de las personas que destransicionan, tal y como se recoge en el estudio de Vandebussche¹⁰⁹ y en otros textos sobre el tema^{43,46,69,75,79} (Tabla 6). Todos estos datos ponen de manifiesto que el proceso de destransición, al igual que el de transición, puede implicar estresores específicos de gran impacto sobre el funcionamiento social y psicológico de estas personas, y que la actitud adoptada por los profesionales juega un papel fundamental.

Tabla 6	Necesidades y demandas de las personas que destransicionan
Médicas	
<ul style="list-style-type: none"> - Obtener información de los profesionales médicos sobre: complicaciones^{75,109} o efectos a largo plazo y riesgos asociados a los tratamientos recibidos^{45,109}, la posibilidad de interrumpir o modificar el tratamiento hormonal de forma segura^{43,69,75,79,109}, las posibilidades de acceder a tratamientos hormonales y/o quirúrgicos de reversión^{69,75,109}, y la posibilidad de reversión de los cambios físicos experimentados^{43,75,109} - Aumentar la frecuencia de los seguimientos médicos⁴⁶ 	
Psicológicas	
<ul style="list-style-type: none"> - Obtener ayuda psicológica para aprender a afrontar la disforia de género y otras dificultades psicológicas asociadas^{75,109}, como la homofobia/misoginia interiorizada¹⁰⁹, el arrepentimiento y otros sentimientos negativos^{75,109}; para entender los orígenes de la disforia de género o el impacto del proceso de destransición sobre la propia identidad^{75,79} - Encontrar vías alternativas a la medicalización para hacer frente a la disforia de género^{75,79,109} - Obtener ayuda psicológica para afrontar aspectos asociados al proceso de destransición, como los cambios sociales y físicos¹⁰⁹, la pérdida de amistades, el rechazo y la politización de las historias de destransición^{69,75,109} 	
Sociales	
<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar otras historias de personas que destransicionan¹⁰⁹ - Crear servicios de asesoramiento, grupos de iguales y redes sociales de apoyo¹⁰⁹ - Recibir apoyo para comunicar la decisión de destransicionar a la familia y los amigos⁷⁵ - Fomentar la representación de la expresión de género no normativa en la vida cotidiana^{79,109} - Encontrar una comunidad que proporcione comprensión, inclusión y apoyo^{46,109} - Favorecer la empatía, la comprensión y la formación en torno a la destransición por parte de los profesionales de la salud y la sociedad^{79,109} 	
Legales	
<ul style="list-style-type: none"> - Recibir asistencia legal para cambiar el nombre/sexo de nacimiento en el registro civil^{75,109} o en materia de empleo¹⁰⁹ - Recibir asesoramiento para emprender acciones legales por negligencia médica^{75,109} 	

No obstante, para algunas personas el proceso de transición y destransición podría suponer una experiencia de crecimiento y aprendizaje. En el estudio de Pullen Sansfaçon⁷⁰, diversos participantes compartieron reflexiones relacionadas con la autoaceptación, la liberación y el crecimiento personal tras la destransición, en particular aquellos con una actitud positiva hacia su proceso inicial de transición de género. Algunos de ellos

expresaron sentirse mejor a nivel psicológico y liberados de las expectativas de género, y mostraron una mayor comodidad con respecto a su sexo de nacimiento y su cuerpo. Varias participantes de la encuesta de Stella⁶⁷ también proporcionaron respuestas situadas en esta misma línea. En la investigación de Durwood et al.⁶⁵, los participantes describieron diferentes trayectorias de exploración identitaria y destransición a nivel social, recibiendo en general una respuesta de aceptación por parte de su entorno social y en ausencia de sentimientos de arrepentimiento o rechazo. En este sentido, las interpretaciones que hacen las personas de sus procesos de transición y destransición pueden ser diversas^{67,121}, por lo que es importante no adoptar un prisma de interpretación homogéneo.

Abordaje profesional

Como ya se ha mencionado, la destransición de género es aún una problemática poco conocida e investigada en el ámbito clínico. Esto ha dificultado en gran medida el reconocimiento de las personas destrans como colectivo con experiencias, necesidades y demandas únicas. En consecuencia, actualmente no existen pautas de actuación o guías clínicas que orienten a los profesionales de la salud frente a este tipo de casos^{3,34,39,42,43,49,50,111}, ni tampoco se han hecho consideraciones al respecto en el ámbito legislativo^{3,42,49}. Aunque en otros países algunos terapeutas independientes ya se están organizando para proporcionar atención y apoyo a las personas que destransicionan^{122,123}, la escasez de información y la falta de recursos siguen planteando importantes desafíos a estas iniciativas. Por ello, algunos profesionales han comenzado a expresar su preocupación por la falta de orientación ante la creciente visibilidad y presencia de este colectivo en nuestra sociedad^{3,50}. Otros profesionales han pedido a la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (*World Professional Association for Transgender Health*) que considere la posibilidad de dedicar un capítulo a la destransición en la octava y última edición de sus normas de atención para la salud de las personas transgénero^{34,42,43,111}, si bien dicha incorporación no se ha llevado finalmente a cabo¹²⁴. Esta omisión tiene importantes consecuencias, pues contribuye a invisibilizar el fenómeno, le resta legitimidad y perpetúa la inexistencia de recomendaciones clínicas frente a este tipo de situaciones.

No obstante, la iniciativa Post-Trans (una comunidad online creada por dos mujeres destrans europeas) ha publicado un cuadernillo que contiene testimonios individuales, consejos y recursos para personas que han destransicionado o que desean hacerlo y que está disponible en español⁷⁹. Si bien no se trata de una guía de actuación o de recomendaciones, podría resultar útil como material introductorio u orientativo para sensibilizar y concienciar a aquellos profesionales sanitarios que pudieran encontrarse con estos casos.

Implicaciones clínicas y bioéticas

La destransición de género constituye un fenómeno de creciente interés sanitario y social. Una parte importante de este interés tiene que ver con sus implicaciones a nivel clínico y bioético, las cuales han dado pie a importantes cuatro importantes debates: (1) los interrogantes que plantean las destransiciones en cuanto al conocimiento sobre la etiología de la DG^{51,52,72,73,125} y el carácter inestable de la identidad^{38,43,46,48,65,70,116,126-133}; (2) las implicaciones de las destransiciones frente a los nuevos modelos de tratamiento basados únicamente en el consentimiento informado^{2,3,32,39,42-44,52,60,69,75,107,116,126-128,134-136}; (3) las divergencias que existen entre los pacientes, que desean acceder a los tratamientos mediante autodeterminación para evitar la patologización; y los profesionales, quienes poseen la responsabilidad de evitar la yatrogenia por medicalizaciones indebidas o innecesarias^{53,81,84,113,128,129,134,137-139}; y (4) el impacto de las destransiciones sobre el acceso a los tratamientos médicos para quienes desean transicionar y, en consecuencia, la politización y censura en torno al fenómeno^{34,40,42,43,45,47,64,76,119,126,132,140-145}.

El primer debate tiene que ver con la naturaleza de la DG y el desarrollo de la identidad. En este sentido, algunos profesionales sostienen que el reconocimiento y estudio de las destransiciones debería integrarse dentro de las teorías evolutivas de la DG y conllevar cambios en la práctica clínica^{44,51,127}. En ciertos casos, preocupa que la DG y/o el cuestionamiento de la identidad pudieran estar funcionando como canalización de otros malestares psicológicos complejos, materializándose en el cuerpo como estrategia desadaptativa de control y afrontamiento emocional^{52,72-74,146}. Para otros profesionales, las destransiciones ponen de relieve que la identidad de género no es algo siempre estable, esencial, reconocible, rígido e inmutable^{38,65,116,126-129,131,132,145}, sino que en algunas personas puede estar sujeta a cambios y fluctuaciones a lo largo de la vida, y que la incertidumbre es un aspecto inherente al proceso de transición de género¹³². Frente a este hecho, sin embargo, existen dos posiciones enfrentadas: (a) quienes consideran que las destransiciones desafían el imaginario colectivo de la "transición lineal" y siempre gobernada por un único objetivo (la medicalización completa), entendiéndolas como parte del viaje o proceso de comprensión de uno mismo^{43,46,48,70,116,130}; y (b) quienes hacen énfasis en las implicaciones de esta "inestabilidad" para los modelos de intervención planteados^{127,133}. Un aspecto especialmente controvertido de este debate tiene que ver con el fenómeno de la disforia de género de inicio rápido o ROGD, pues se ha planteado y discutido la posibilidad de que la ROGD esté contribuyendo a incrementar el número de destransiciones^{52,125,146,147}.

El segundo debate hace referencia a la relación entre las destransiciones y los recientes cambios producidos con respecto al tratamiento de la DG. En este sentido, un sector de la comunidad clínica ha expresado preocupación e incertidumbre ante la posibilidad de que la implementación de modelos de tratamiento basados únicamente en el consentimiento informado pueda estar detrás del aumento en el número de destransiciones^{2,3,32,44,107,127,135,136}. Diversas personas destrans han expresado no haber recibido suficiente (o ninguna) evaluación y/o asesoramiento psicológico antes de transicionar, no haber sido correctamente informadas acerca de los tratamientos y de sus consecuencias o haber realizado procesos de transición médica precipitados^{46,47,56,67,70,109,116,148}. Por este motivo, algunos profesionales han insistido en la necesidad de desarrollar habilidades de manejo no medicalizado de la DG y de mejorar el proceso de consentimiento informado^{43,60}; por ejemplo, realizando fases de evaluación comprensivas^{3,39,42,52,75,116}, ampliando el abanico de opciones de tratamiento^{39,52,60,69,75,136} e integrando la discusión de la destransición como uno de los posibles resultados de la transición^{127,142}.

Otro sector de la comunidad clínica, sin embargo, considera que las destransiciones y los arrepentimientos son impredecibles^{43,126,128,134}, incluso aunque existan medidas orientadas a la prevención y minimización de riesgos^{88,134}, y que hacer énfasis en estos aspectos puede conducir a una patologización de las identidades transgénero¹⁴⁹. En definitiva, preocupa la influencia que el estudio de las destransiciones podría ejercer sobre las prácticas sanitarias enfocadas en el tratamiento de la DG¹³⁴. En esta línea, algunos autores han argumentado que el malestar asociado a la transición social y/o médica para aquellas personas que finalmente destransicionan no es significativamente comparable al malestar que genera demorar o desaconsejar la transición de género⁴⁰, y que las destransiciones no invalidan el consentimiento informado ni atentan contra los principios hipocráticos de la beneficencia y la no maleficencia^{126,150}, puesto que la recomendación inicial de transicionar buscaba maximizar el bienestar y minimizar los riesgos psicológicos asociados a la ausencia de tratamiento. Paralelamente, se han producido importantes discusiones sobre la posibilidad de dar un consentimiento verdaderamente informado, especialmente en el caso de menores, a la luz de la evidencia existente para el tratamiento médico de la DG y de su irreversibilidad, así como sobre otros aspectos éticos relacionados con la autonomía, la capacidad decisional y el equilibrio entre los riesgos asociados al tratamiento y los riesgos de no recibirlo^{103,104,127,141,142,151-165}.

El tercer debate gira en torno a las divergencias existentes entre los profesionales sanitarios y los pacientes que demandan tratamientos. Por un lado, los pacientes desean acceder a los tratamientos evitando el paternalismo y la pato-

logización por parte de los profesionales. Los profesionales, por su parte, poseen un fuerte sentido de responsabilidad hacia sus pacientes, por lo que desean evitar a toda costa cualquier potencial riesgo o daño yatrogénico para su salud, incluyendo destransiciones o arrepentimientos^{53,84,113,137,138,166}. La preocupación de los profesionales frente a este posible desenlace ha configurado el paradigma de atención sanitaria a la DG mediante una serie de mecanismos que buscan, precisamente, prevenir y minimizar riesgos^{81,88,128,129,134,138}, como las fases de evaluación psicológica, la demora del tratamiento o incluso la restricción del acceso al mismo^{134,139}. Algunas personas destrans, por ejemplo, han expresado que se habrían sentido patologizadas o que no habrían atendido a razones si alguien hubiera intervenido para ralentizar o demorar su proceso de transición, pero que, en retrospectiva, desearían que alguien lo hubiera hecho⁴³. Esto genera una paradoja difícil de resolver que pone de relieve los dilemas a los que se enfrentan tanto los profesionales como los pacientes a la hora de tomar decisiones, dado que muchos de ellos se producen durante una época de profundos cambios e inestabilidad como es la adolescencia.

El cuarto y último debate nace de la preocupación frente a la posibilidad de que las destransiciones se instrumentalicen y utilicen para desacreditar la legitimidad de las identidades transgénero y para dificultar o impedir el acceso a los tratamientos^{34,40,42,43,45,47,64,76,119,126,132,140-145}. En este sentido, algunas voces han insistido en que la investigación sobre las destransiciones debería estar centrada en proporcionar apoyo en lugar de prevenir su ocurrencia, pues ésta última implica juicios de valor negativos y puede transmitir la idea de que destransicionar no es una opción viable o de que "no hay vida" tras la destransición⁷⁶. Otras han reflexionado sobre las motivaciones de quienes intentan minimizar o invalidar las experiencias de destransición catalogándolas como "irrelevantes"⁴⁷, así como sobre la posibilidad de reconocerlas y darles sentido desde un prisma de inclusión, aceptación y tolerancia^{41,47}. La politización que existe en torno al fenómeno genera un ambiente de censura que afecta tanto a las personas que destransicionan como a las personas en procesos de transición de género y los profesionales implicados.

LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES

Como puntos fuertes del estudio, destaca en primer lugar la cuantía de fuentes consultadas y la minuciosidad de la revisión, que permite reflejar una visión completa del fenómeno de las destransiciones, incluyendo no sólo las de mayor impacto internacional, sino también las generadas en revistas nacionales de menor relevancia y las procedentes de la literatura gris, pero no por ello carentes de interés en el ámbito clínico. En segundo lugar, se ha limitado la búsqueda bibliográfica a los últimos 13 años, lo cual permite situar el estudio de las

destransiciones en el contexto actual, tomando en consideración los cambios producidos en el perfil de la demanda y en los modelos de tratamiento. Finalmente, se ha realizado un análisis crítico del contenido, lo cual ha permitido poner de relieve las confusiones, controversias y complejidades que rodean al fenómeno, especialmente con relación a la terminología y definiciones utilizadas, las estimaciones de prevalencia y las implicaciones clínicas y bioéticas.

En cuanto a las limitaciones, cabe señalar que no se han establecido criterios estrictos de inclusión y exclusión, por lo que se han revisado algunos documentos que podrían no estar sujetos a los estándares científicos habituales y contener información sesgada o parcial. Adicionalmente, no se ha realizado una jerarquización de la evidencia disponible ni se ha evaluado su calidad metodológica, por lo que toda la información incluida en los registros ha recibido la misma importancia y consideración a la hora de realizar el análisis de contenido.

CONCLUSIONES

La destransición de género es un fenómeno emergente sobre el que existen pocos datos en la actualidad. La terminología es diversa y se utiliza de manera confusa, evidenciando la ausencia de consenso en la comunidad científica. Las estimaciones disponibles sugieren una prevalencia relativamente baja, si bien superior a la que se suponía hasta ahora. Estas cifras, no obstante, se encuentran limitadas por la falta de uniformidad conceptual, la pérdida de pacientes durante los seguimientos y la tendencia de muchos de ellos a no informar de su destransición, lo cual indica una posible tendencia hacia la subestimación. Los factores y condicionantes que rodean al fenómeno son múltiples y diversos, por lo que resulta complicado establecer patrones definidos. En general, la destransición es una experiencia que implica importantes desafíos a nivel psicológico y una necesidad de apoyo social y profesional significativa. La ausencia de guías o pautas de actuación profesional supone un reto añadido frente a la creciente visibilidad de este colectivo. Por todos estos motivos, resulta imperativo abordar el estudio de este fenómeno desde un enfoque sistemático, riguroso y comprometido que permita avanzar en su comprensión y desarrollar herramientas terapéuticas orientadas a incrementar el bienestar y la integración de las personas que destransicionan.

PERSPECTIVAS FUTURAS

La destransición, pese a ser una realidad poco conocida e investigada, plantea cuestiones de calado sobre el desarrollo de la identidad, el origen de los malestares de género y la respuesta ofrecida desde las instituciones sanitarias en un momento social y cultural de continuos cambios y desafíos. Pese a que la provisión de atención externa a las unidades de

referencia ha contribuido a la pérdida progresiva de la causalidad³, resulta cada vez más necesario comenzar a recopilar información sobre la destransición de manera sistemática con un triple objetivo: (1) comprender cuál es el alcance de este fenómeno; (2) conocer las experiencias y motivos que subyacen a las destransiciones, así como sus características y particularidades; y (3) utilizar toda esta información para implementar servicios y protocolos específicos de atención sanitaria que garanticen la atención integral y el bienestar de las personas que destransicionan.

Adicionalmente, la recogida sistemática y estudio de las destransiciones podría proporcionar una visión más compleja, profunda y matizada acerca de las trayectorias evolutivas de la DG, el desarrollo de la identidad y el impacto de los tratamientos médicos, contribuyendo de este modo a mejorar la atención sanitaria a las personas que experimentan dicho malestar, ya sea mediante el refinamiento de las herramientas terapéuticas actuales o el desarrollo de nuevos abordajes. Asimismo, dada la controversia y la atmósfera de censura que rodea a este fenómeno, esta información permitiría a los profesionales desarrollar una visión clínica y científica de la destransición, lo cual podría contribuir a generar perspectivas más ajustadas a la realidad sanitaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

- Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Almaraz Almaraz MC, Asenjo Araque N, Fernández Rodríguez M, Hurtado Murillo F, et al. Atención sanitaria en España a personas transexuales y con variantes de género: Historia y evolución. *Psicosomática Psiquiatr*. 2019;11:63-75.
- Almaraz Almaraz M, Expósito-Campos P, Gómez-Gil E. Identidad sexual y disforia de género: Modelos explicativos y situaciones emergentes. En: Rodríguez Magda RM, coordinadora. *El sexo en disputa: De la necesaria recuperación jurídica de un concepto*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 2021. p. 103-128.
- Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Fernández Rodríguez M, Almaraz Almaraz MC, Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, et al. Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero: Demandas, controversias y reflexiones. *Rev Esp Salud Pública*. 2020;94:e1-e14.
- Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. Nueva York: Julian Press; 1966.
- Kuiper A, Cohen-Kettenis P. Gender role reversal among postoperative transsexuals. *Int J Transgend*. 1998;23(2).
- Landén M, Wålinder J, Hambert G, Lundström B. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97(4):284-289.
- Pfäfflin F. Regrets after sex reassignment surgery. *J Psychol Hum Sex*. 1993;5(4):69-85.
- Delahunt JW, Denison HJ, Sim DA, Bullock JJ, Krebs JD. Increasing rates of people identifying as transgender presenting to Endocrine Services in the Wellington region. *N Z Med J*. 2018;131(1468):33-42.
- Fielding J, Bass C. Individuals seeking gender reassignment: marked increase in demand for services. *BJPsych Bull*. 2018;42(5):206-210.
- Handler T, Hojilla JC, Varghese R, Wellenstein W, Satre DD, Zaritsky E. Trends in referrals to a pediatric transgender clinic. *Pediatrics*. 2019;144(5):e20191368.
- Indremo M, White R, Frisell T, Cnattingius S, Skalkidou A, Isaksson J, et al. Validity of the Gender Dysphoria diagnosis and incidence trends in Sweden: A nationwide register study. *Sci Rep*. 2021;11(1):16168.
- Thompson L, Sarovic D, Wilson P, Sämffjord A, Gillberg C. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) Epidemiology. *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(3):e0000245.
- Zhang Q, Rechler W, Bradlyn A, Flanders WD, Getahun D, Lash TL, et al. Changes in size and demographic composition of transgender and gender non-binary population receiving care at integrated health systems. *Endocr Pract*. 2021;27(5):390-395.
- Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan D, Wood H, Fuentes A, et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med*. 2015;12(3):756-763.
- de Graaf NM, Giovanardi G, Zitz C, Carmichael P. Sex ratio in children and adolescents referred to the gender identity development service in the UK (2009-2016). *Arch Sex Behav*. 2018;47(5):1301-1304.
- Kaltiala R, Bergman H, Carmichael P, de Graaf NM, Rischel KE, Frisén L, et al. Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nord J Psychiatry*. 2020;74(1):40-44.
- Zucker KJ, Aitken M. Sex ratio of transgender adolescents: A meta-analysis. En: *Encuentro de la Asociación Profesional Europea para la Salud Transgénero: 11-13 de abril de 2019, Roma, Italia*.
- Cheung AS, Leemaqz SY, Wong JWP, Chew D, Ooi O, Cundill P, et al. Non-binary and binary gender identity in Australian trans and gender diverse individuals. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2673-2681.
- Koehler A, Eyssel J, Nieder TO. Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. *J Sex Med*. 2018;15(1):102-113.
- Twist J, de Graaf NM. Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United

- Kingdom's National Gender Identity Development Service. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2019;24(2):277-290.
21. Esteva de Antonio I, Prior-Sánchez I, García-Bray B, Almaraz Almaraz MC, Yahyahoui R, Fernández-García Salazar R, et al. Gender Dysphoria in minors, a growing phenomenon in our society: Demographic and clinical characteristics of this population in Spain. En: Miller BL, editora. *Gender identity: Disorders, developmental perspectives and social implications*. Nueva York: Nova Science Publishers; 2014. p. 195-210.
 22. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Revuelta Fernández AI, Villaverde González A. Ratio sexo/género de los adolescentes con disforia de género de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género de Asturias. *Rev Int Andrología*. 2021;19(3):195-200.
 23. Fernández Rodríguez MF, Guerra Mora P, Martín Sánchez E. Características de los menores de edad con disforia de género que acuden a la unidad de tratamiento de identidad de género. *Rev Esp Salud Pública*. 2017;91:1-9.
 24. De Castro C, Solerdelcoll M, Plana MT, Halperin I, Mora M, Ribera L, et al. High persistence in Spanish transgender minors: 18 years of experience of the Gender Identity Unit of Catalonia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. doi:10.1016/j.rpsm.2022.02.001.
 25. Asenjo Araque N, García Gibert C, Rodríguez Molina JM, Becerra Fernández A, Lucio Pérez MJ, Grupo GID-SEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Rev Psicol Clín Niños Adolesc*. 2015;2(1):33-36.
 26. Expósito-Campos P, Gómez-Balaguer M, Hurtado-Murillo F, Morillas-Ariño C. Evolution and trends in referrals to a specialist gender unit in Spain over 10 years (2012-2021). *J Sex Med*. 2023;20(3):377-387.
 27. Hidalgo MA, Ehrensaft D, Tishelman AC, Clark L, Garofalo R, Rosenthal SM, et al. The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Hum Dev*. 2013;56(5):285-290.
 28. Schulz SL. The informed consent model of transgender care: An alternative to the diagnosis of gender dysphoria. *J Humanist Psychol*. 2018;58(1):72-92.
 29. Reisner SL, Bradford J, Hopwood R, Gonzalez A, Makadon H, Todisco D, et al. Comprehensive transgender healthcare: The gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. *J Urban Health*. 2015;92(3):584-592.
 30. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Fieldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend*. 2012;13(4):165-232.
 31. de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex*. 2012;59(3):301-320.
 32. Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Reflexiones sobre las posibles consecuencias médicas, sanitarias y científicas de la actual propuesta de ley trans. *Psicosomática Psiquiatr*. 2021;16:15-20.
 33. Yepes-Nuñez JJ, Urrutia G, Romero-García M, Alonso-Fernández S. Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(9):790-799.
 34. Narayan SK, Hontscharuk R, Danker S, Guerriero J, Carter A, Blasdel G, et al. Guiding the conversation—types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Ann Transl Med*. 2021;9(7):605.
 35. Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: Prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav*. 2014;43(8):1535-1545.
 36. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med*. 2018;15(4):582-590.
 37. Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, Del Corral G, Forte AJ, Ciudad P, et al. Regret after gender-affirmation surgery: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021;9(3):e3477.
 38. Turban JL, Keuroghlian AS. Dynamic gender presentations: Understanding transition and "de-transition" among transgender youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(7):451-453.
 39. Pazos Guerra M, Gómez Balaguer M, Gomes Porras M, Hurtado Murillo F, Solá Izquierdo ES, Morillas Ariño C. Transexualidad: Transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2020;67(9):562-567.
 40. Ashley F. The clinical irrelevance of "desistance" research for transgender and gender creative youth. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2021;9(4):387-397.
 41. Baril A. Detransition, re-transition, interrupted or discontinued Transition: All the same thing? A critical and philosophical reflection on the notion of detransition. En: 25 Congreso de la Asociación Mundial para la Salud Sexual: 12 de septiembre de 2021, online.
 42. Gomes Porras M, Gómez Balaguer M, Hurtado Murillo F. Transiciones y detransiciones. En: Gómez Balaguer M, Hurtado Murillo F, coordinadores. *Atención sanitaria a la transexualidad y diversidad identitaria*. Cádiz: Sotvento Editores; 2020. p. 215-233.
 43. Graham J. Detransition, retransition: What providers need to know. En: 3ª Conferencia Anual "Promoviendo la Excelencia en Salud Transgénero" de Fenway Health: 13-15 de octubre de 2017, Boston, Estados Unidos.

44. Pazos Guerra M, Gómez Balaguer M, Hurtado Murillo F, Gomes Porras M, Solá Izquierdo E, Morillas Ariño C. Respuesta a: «Destransición de género en España: Concepto y perspectivas». *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2022;69(1):79-80.
45. Slothouber V. (De)trans visibility: Moral panic in mainstream media reports on de/retransition. *Eur J Eng Stud.* 2020;24(1):89-99.
46. Slothouber V, Knabe S (dir.). *Narratives of de/retransition: Disrupting the boundaries of gender and time* [Tesis doctoral]. [Ontario]: Universidad de Ontario Occidental; 2021.
47. Yoo A. Transition regret and detransition. En: Stewart C, editor. *Lesbian, gay, bisexual, and transgender Americans at risk: Problems and solutions: Adults, generation X, and generation Y., vol. 2.* Santa Barbara: Praeger; 2018. p. 181-191.
48. Olson KR, Durwood L, Horton R, Gallagher NM, Devor A. Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics.* 2022;150(2): e2021056082.
49. Gomes-Porras M, Hurtado-Murillo F, Gómez-Balaguer M, Martín-González A, Broccoli A, Meneses González D, et al. Incongruencia de género: Destransiciones y arrepentimientos. *Rev Desexología.* 2020;9(1):7-23.
50. Butler C, Hutchinson A. Debate: The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Child Adolesc Ment Health.* 2020;25(1):45-47.
51. Entwistle K. Debate: Reality check—Detransitioners' testimonies require us to rethink gender dysphoria. *Child Adolesc Ment Health.* 2021;26(1):15-16.
52. Becerra Fernández A. Disforia de género/incongruencia de género: Transición y detransición, persistencia y desistencia. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2020;67(9):559-561.
53. Boyd I, Hackett T, Bewley S. Care of transgender patients: A general practice quality improvement approach. *Healthcare.* 2022;10(1):121.
54. Deutsch MB. Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *Int J Transgend.* 2012;13(3):140-146.
55. Hall R, Mitchell L, Sachdeva J. 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.* 2021;7(6):e184.
56. Littman L. Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Arch Sex Behav.* 2021;50(8):3353-3369.
57. Tang A, Hojilla JC, Jackson JE, Rothenberg KA, Golovsky RC, Stram DA, et al. Gender-affirming mastectomy trends and surgical outcomes in adolescents. *Ann Plast Surg.* 2022;88(4):S325.
58. Davies S, McIntyre S, Rypma C. Detransition rates in a national UK Gender Identity Clinic. En: *Encuentro de la Asociación Profesional Europea para la Salud Transgénero: 11 de abril de 2019, Roma, Italia.*
59. Cain LK, Velasco JC. Stranded at the intersection of gender, sexuality, and autism: Gray's story. *Disabil Soc.* 2021;36(3):358-375.
60. Expósito-Campos P, Gómez-Balaguer M, Hurtado-Murillo F, García-Moreno RM, Morillas-Ariño C. Medical detransition following transgender identity reaffirmation: Two case reports. *Sex Health.* 2021;18(6):498-501.
61. Mohideen FBS, Tohid H, Rashid MR, Najwa S, Mohamad S, Abdullah KHA, et al. Gender dysphoria and de-transition to the biological gender: A case report from a primary care perspective. *Front Med Case Rep* 2021; 2(3): 1-6.
62. Nieder TO, Mayer TK, Hinz S, Fahrenkrug S, Herrmann L, Becker-Hebly I. Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *J Sex Med.* 2021;18(3):632-645.
63. Turban JL, Carswell J, Keuroghlian AS. Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatr.* 2018;172(10):903-904.
64. Yarbrough E. Transitions and detransitions. En: Yarbrough E, editor. *Transgender mental health.* Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2018. p.129-142.
65. Durwood L, Kuvalanka KA, Kahn-Samuels S, Jordan AE, Rubin JD, Schnelzer P, et al. Retransitioning: The experiences of youth who socially transition genders more than once. *Int J Transgend Health.* 2022; 23(4):409-427.
66. Gómez-Gil E, Expósito Campos P, Collarini Jiménez R, Viadel Jiménez N, Fernández García N. Destransiciones de género con desistencia identitaria: A propósito de cinco casos. En: *Reunión Anual 20 Aniversario de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental: 16-18 de junio de 2022, La Alberca, Salamanca.*
67. Stella C. Female detransition and reidentification: Survey results and interpretation [Internet]. 2016 [citado 19 de junio de 2022]. Recuperado de: <https://guideon-ragingstars.tumblr.com/post/149877706175/female-detransition-and-reidentification-survey>.
68. Myint MT. Nonlinear gender trajectories and detransition without regret. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021;60(10):S4.
69. Kermodé J. The transition process. En: Kermodé J, editor. *Supporting transgender and non-binary people with disabilities or illnesses: A good practice guide for health and care provision.* Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2019. p. 53-73.

70. Pullen Sansfaçon A, Gelly M, Médico D, Baril A, Paradis A, Gravel R, et al. Talking with youth who discontinued their transition: Their feelings and perspectives about the journey of transition and detransition [Internet]. Canada Research Chair on Transgender Children and their Families; 2022 [citado 29 de mayo de 2022]. Recuperado de: <https://jeunestransyouth.ca/en/resultats/new-infographic-talking-with-youth-who-discontinued-their-transition-their-feelings-and-perspectives-about-the-journey-of-transition-and-detransition/>
71. Janssen A. Understanding gender "detransition" with and without regret. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60(10):S4.
72. Evans M, Evans S. Detransitioners. En: Evans M, Evans S, editores. *Gender dysphoria: A therapeutic model for working with children, adolescents and young adults*. Oxfordshire: Phoenix Publishing House; 2021. p. 39-58.
73. Marchiano L. Gender detransition: A case study. *J Anal Psychol*. 2021;66(4):813-832.
74. Withers R. Transgender medicalization and the attempt to evade psychological distress. *J Anal Psychol*. 2020;65(5):865-889.
75. Expósito-Campos P. A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *J Sex Marital Ther*. 2021;47(3):270-280.
76. Hildebrand-Chupp R. More than 'canaries in the gender coal mine': A transfeminist approach to research on detransition. *Sociol Rev*. 2020;68(4):800-816.
77. Expósito-Campos P. Destransición de género en España: Concepto y perspectivas. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2022;69(1):77-78.
78. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011;16(4):499-516.
79. Post-Trans. Destransición de género: Un camino hacia la autoaceptación [Internet]. 2021 [citado 29 de mayo de 2022]. Recuperado de: <https://post-trans.com/Detransition-Booklet>
80. Karrington B. Defining desistance: Exploring desistance in transgender and gender expansive youth through systematic literature review. *Transgend Health*. 2022;7(3):189-212.
81. MacKinnon KR, Grace D, Ng SL, Sicchia SR, Ross LE. "I don't think they thought I was ready": How pre-transition assessments create care inequities for trans people with complex mental health in Canada. *Int J Ment Health*. 2020;49(1):56-80.
82. Richards C, Doyle J. Detransition rates in a large national gender identity clinic in the UK. *Couns Psychol Rev*. 2019;34(1):60-66.
83. Cohen A, Gomez-Lobo V, Henise S, Willing L, Call D, D'Angelo L, et al. Shifts in gender-related medical re-quests by transgender and gender diverse adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022;35(2):233.
84. Hana T, Butler K, Young LT, Zamora G, Lam JSH. Transgender health in medical education. *Bull World Health Organ*. 2021;99(4):296-303.
85. Muñoz Romero F. Personajes mitológicos con vivencias transgénero y de detransición en la Metaformosis de Ovidio. *¿Proceso de detransición o proceso de Tiresias? Cir Plástica Ibero-Latinoam*. 2022;48(1):5-8.
86. Karpel L, Gardel B, Revol M, Brémont-Weil C, Ayoubi JM, Cordier B. Psychological and sexual well-being of 207 transsexuals after sex reassignment in France. *Ann Méd-Psychol*. 2012;173(6):511-519.
87. Segev-Becker A, Israeli G, Elkon-Tamir E, Perl L, Sekler O, Amir H, et al. Children and adolescents with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. *Endocr Pract*. 2020;26(4):423-428.
88. Worth MA. Gender affirmation surgery and post-operative regret: A systematic review of the literature between 2009 and 2017 [Tesis doctoral]. [Los Ángeles]: Universidad Internacional Alliant; 2018.
89. Butler G, Adu-Gyamfi K, Clarkson K, Kleczewski S, Roberts A, Ward S, et al. Destination outcome of 1151 gender variant young people presenting to paediatric endocrinology clinics in England and Wales since 2008. *Endocr Abstr*. 2021;78:OC4.8.
90. Day DL, Klit A, Lang CL, Mejdahl MK, Holmgaard R. High self-reported satisfaction after top surgery in gender-affirming surgery: A single-center study. *Transgend Health*. 2023;8(2):124-129.
91. Marinkovic M, Newfield RS. Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *Int J Transgend*. 2017;18(4):376-381.
92. Fornander M. A mixed-methods examination of transgender youth desistance [Internet]. GME Research Days. 2022 [citado 8 de junio de 2022]. Recuperado de: https://scholarlyexchange.childrensmemory.org/researchdays/GME_Research_Days_2022/ResearchDay1/14
93. Kamali A, Sigurjónsson H, Gran I, Farnebo F, Lundgren KC, Granath F, et al. Improved surgical outcome with double incision and free nipple graft in gender confirmation mastectomy. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021;9(7):e3628.
94. Khatchadourian K, Amed S, Metzger DL. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr*. 2014;164(4):906-911.
95. McCallion S, Smith S, Kyle H, Shaikh MG, Wilkinson G, Kyriakou A. An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *Eur J Pediatr*. 2021;180(9):2969-2976.
96. Roberts CM, Klein DA, Adirim TA, Schvey NA, Hisle-Gorman E. Continuation of gender-affirming hormones

- among transgender adolescents and adults. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022;107(9):e3937–e3943.
97. Glintborg D, Rubin KH, Kristensen SB, Lidgaard Ø, T'Sjoen G, Hilden M, et al. Gender affirming hormonal treatment in Danish transgender persons: A nationwide register-based study. *Andrology.* 2022;10(5):885–893.
 98. Brik T, Vrouenraets LJJ, de Vries MC, Hannema SE. Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2020;49(7):2611–2618.
 99. Carmichael P, Butler G, Masic U, Cole TJ, De Stavola BL, Davidson S, et al. 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.* 2021;16(2):e0243894.
 100. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health.* 2021;8(4):273–280.
 101. James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The report of the 2015 U.S. Transgender Survey [Internet]. 2016 [citado 3 de abril de 2022]. Recuperado de: <https://ncvc.dspacedirect.org/handle/20.500.11990/1299>
 102. Expósito-Campos P, D'Angelo R. Letter to the editor: Regret after gender-affirmation surgery: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2021;9:e3951.
 103. Armitage R. The communication of evidence to inform trans youth health care. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021;5(9):e32.
 104. O'Malley S, Garner M, Withers R, Caspian J, Jenkins P. The communication of evidence to inform trans youth health care. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021;5(9):e32–e33.
 105. Giedinghagen A. Quantitative perspectives on “detransition” and transition regret. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021;60(10):S4.
 106. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedeker D, Van de Peer F, Toye K, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med.* 2011;8(12):3379–3388.
 107. Irwig MS. Detransition among transgender and gender diverse people—an increasing and increasingly complex phenomenon. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022;107(10):e4261–e4262.
 108. Hakeem A. “I changed my sex, then changed my mind”. En: Hakeem A, editor. *Trans: Exploring gender identity and gender dysphoria.* Nottinghamshire: Trigger Press; 2018. p. 144–150.
 109. Vandebussche E. Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *J Homosex.* 2022;69(9):1602–1620.
 110. Korpaisarn S, Modzelewski K. Trans-transgender female: Gender identity reversal following irreversible gender affirming surgeries. *J Endocr Soc.* 2019;3(1):MON–195.
 111. Levine SB. Transitioning back to maleness. *Arch Sex Behav.* 2018;47(4):1295–1300.
 112. Karpel L, Cordier B. Postoperative regrets after sex reassignment surgery: A case report. *Sexol.* 2013;22(2):e55–e58.
 113. Bizic MR, Jevtovic M, Pusica S, Stojanovic B, Duisin D, Vujovic S, et al. Gender dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Res Int.* 2018;2018:9652305.
 114. Djordjevic ML, Bizic MR, Duisin D, Bouman MB, Bun-camper M. Reversal surgery in regretful male-to-female transsexuals after sex reassignment surgery. *J Sex Med.* 2016;13(6):1000–1007.
 115. Djordjevic ML. Regrets in transgender female: Reversal phalloplasty. En: Nikolavsky D, Blakely SA, editores. *Urological care for the transgender patient: A comprehensive guide.* Nueva York: Springer International Publishing; 2021. p. 229–236.
 116. Lev AI. Introduction. En: Lev AI, Gottlieb AR, editores. *Families in transition: Parenting gender diverse children, adolescents, and young adults.* Nueva York: Harrington Park Press; 2019. p. 11–36.
 117. ftmdetransed, radfemjourney. Our voices, our selves: Amplifying the voices of detransitioned women. En: Moore M, Brunskell-Evans H, editoras. *Inventing transgender children and young people.* Cambridge: Cambridge Scholars Publishing; 2019. p. 167–174.
 118. Expósito-Campos P, Espinosa Spínola M (dir.), Barát E (dir.). *Destransición de género: una historia de vida [Tesis de fin de máster].* [Granada]: Universidad de Granada; 2020.
 119. Boslaugh S. Transitioning. En: Boslaugh S, editora. *Transgender health issues.* Santa Barbara: ABC-CLIO; 2018. p. 35–44.
 120. Robinson M. *Detransition: Beyond before and after.* North Geelong: Spinifex Press; 2021.
 121. Callahan CMC. Unheard voices of detransitioners. En: Brunskell-Evans M, Moore M, editoras. *Transgender children and young people: Born in your own body.* Cambridge: Cambridge Scholars Publishing; 2018. p. 166–180.
 122. Detrans Foundation. Home [Internet]. Sin fecha [citado 26 de abril de 2022]. Recuperado de: <https://www.detransfoundation.com/>
 123. Life (de)transitions. About [Internet]. Sin fecha [citado 26 de abril de 2022]. Recuperado de: <https://lifedetransitions.com/about/>
 124. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health.* 2022;23(Suppl 1):S1–S259.

125. Hutchinson A, Midgen M, Spiliadis A. In support of research into rapid-onset gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2020;49(1):79–80.
126. Giordano S, Garland F, Holm S. Gender dysphoria in adolescents: Can adolescents or parents give valid consent to puberty blockers? *J Med Ethics.* 2021;47(3):324–328.
127. Levine SB, Abbruzzese E, Mason JM. Reconsidering informed consent for trans-identified children, adolescents, and young adults. *J Sex Marital Ther.* 2022;48(7):706–727.
128. McQueen P. Authenticity, intersubjectivity and the ethics of changing sex. *J Gend Stud.* 2016;25(5):557–570.
129. Velocci B. Standards of Care: Uncertainty and risk in Harry Benjamin's transsexual classifications. *Transgend Stud Quart.* 2021;8(4):462–480.
130. Shepherd A, Hanckel B. Ontologies of transition(s) in healthcare practice: Examining the lived experiences and representations of transgender adults transitioning in healthcare. *Health Sociol Rev.* 2021;30(1):41–57.
131. Pehl EP. (Trans)gender fluidity. *Body Stud J.* 2020;2(1):1–8.
132. Hope S. Is the right thing to transition? En: Hope S, editor. *Person-centred counselling for trans and gender diverse people: A practical guide.* Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2019. p. 63–86.
133. Marchiano L. Outbreak: On transgender teens and psychic epidemics. *Psychol Perspect.* 2017;60(3):345–366.
134. MacKinnon KR, Ashley F, Kia H, Lam J, Krakowsky Y, Ross LE. Preventing transition "regret": An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Soc Sci Med.* 2021;291:114477.
135. Clayton A. The gender affirmative treatment model for youth with gender dysphoria: A medical advance or dangerous medicine? *Arch Sex Behav.* 2022;51(2):691–698.
136. D'Angelo R, Syrulnik E, Ayad S, Marchiano L, Kenny DT, Clarke P. One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2021;50(1):7–16.
137. Lane R. "We are here to help": Who opens the gate for surgeries? *Transgend Stud Quart.* 2018;5(2):207–227.
138. Fraser G, Brady A, Wilson MS. "What if I'm not trans enough? What if I'm not man enough?": Transgender young adults' experiences of gender-affirming healthcare readiness assessments in Aotearoa New Zealand. *Int J Transgend Health.* 2021;22(4):454–467.
139. Milrod C. How young is too young: Ethical concerns in genital surgery of the transgender MTF adolescent. *J Sex Med.* 2014;11(2):338–346.
140. Meadow T. *The gender clinic.* En: Meadow T, editor. *Trans kids.* Oakland: University of California Press; 2018. p 54–93.
141. de Vries ALC, Richards C, Tishelman AC, Motmans J, Hannema SE, Green J, et al. 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. *Int J Transgend Health.* 2021;22(3):217–224.
142. Lemma A, Savulescu J. To be, or not to be? The role of the unconscious in transgender transitioning: Identity, autonomy, and well-being. *J Med Ethics.* 2023;49(1):65–72.
143. Tannehill B. *Everything you ever wanted to know about trans (but were afraid to ask).* Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2018.
144. Leibowitz S, Green J, Massey R, Boleware AM, Ehrensaft D, Francis W, et al. Statement in response to calls for banning evidence-based supportive health interventions for transgend and gender diverse youth. *Int J Transgend Health.* 2020;21(1):111–112.
145. Crowter J. 'To be that self which one truly is': Trans experiences and Rogers' theory of personality. *Pers-Centered Exp Psychother.* 2022;21(4):293–308.
146. Ashley F. Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *J LGBT Youth.* 2020;17(4):361–383.
147. Ashley F. A critical commentary on 'rapid-onset gender dysphoria'. *Sociol Rev.* 2020;68(4):779–799.
148. Heyer W. *Trans life survivors.* Chatham: Bowker Identifier Services; 2018.
149. Alessandrin A. The notion of regret in the clinical approach to gender reassignment. *L'Évolution Psychiatr.* 2019;84(2):277–284.
150. Giordano S. Importance of being persistent: Should transgender children be allowed to transition socially? *J Med Ethics.* 2019;45(10):654–661.
151. Pang KC, Giordano S, Sood N, Skinner SR. Regret, informed decision making, and respect for autonomy of trans young people. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021;5(9):e34–e35.
152. Hunter PK. Political issues surrounding gender-affirming care for transgender youth. *JAMA Pediatr.* 2022;176(3):322–323.
153. Park BC, Das RK, Drolet BC. Political issues surrounding gender-affirming care for transgender youth-Reply. *JAMA Pediatr.* 2022;176(3):323.
154. *The Lancet Child & Adolescent Health.* A flawed agenda for trans youth. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021;5(6):385.
155. Latham A. Puberty blockers for children: Can they consent? *New Bioeth.* 2022;28(3):268–291.
156. Ashley F. Adolescent medical transition is ethical: An analogy with reproductive health. *Kennedy Inst Ethics J.* 2022;32(2):127–171.
157. Baron T, Dierckxsens G. Two dilemmas for medical ethics in the treatment of gender dysphoria in youth. *J Med Ethics.* 2021; 48(9):603–607.

158. Ashley F. Flawed reasoning on two dilemmas: A commentary on Baron and Dierckxsens (2021). *J Med Ethics*. 2021;48(9):637-638.
159. Ashley F. Youth should decide: The principle of subsidiarity in paediatric transgender healthcare. *J Med Ethics*. 2022;49(2):110-114.
160. Griffin L, Clyde K, Byng R, Bewley S. Sex, gender and gender identity: A re-evaluation of the evidence. *BJPsych Bull*. 2021;45(5):291-299.
161. Pilgrim D, Entwistle K. GnRHa ('puberty blockers') and cross sex hormones for children and adolescents: Informed consent, personhood and freedom of expression. *New Bioeth*. 2020;26(3):224-237.
162. Evans M. Freedom to think: The need for thorough assessment and treatment of gender dysphoric children. *BJPsych Bull*. 2021;45(5):285-290.
163. Swann P, Swann T, Walsh RJ. Freedom to think should not mean freedom from evidence and experience. *BJPsych Bull*. 2021;45(5):313-314.
164. Drescher J. Informed consent or scare tactics? A response to Levine et al.'s "Reconsidering informed consent for trans-identified children, adolescents, and young adults." *J Sex Marital Ther*. 2023;49(1):99-107.
165. Herdrik K. An alternative perspective: Gender expression is a form of individuation and authentic self. *J Anal Psychol*. 2021;66(4):833-836.
166. Howe EG. Caring for transgender adolescents. *J Clin Ethics*. 2021;32(4):277-286.
167. Abreu RL, Gonzalez KA, Lindley L, Capielo Rosario C, Lockett GM, Teran M. "Why can't I have the office jobs?": Immigrant latinx transgender peoples' experiences with seeking employment. *J Career Dev*. 2023;50(1):20-36.
168. Gear F. A thematic analysis of detransitioners' experience and development [Trabajo de fin de grado]. [Ontario]: Universidad de Ontario Occidental; 2021.
169. Laxamana KC, Forth G (dir.). Trans-form-asians: The liminal and disrupted lives of singaporean and balinese transwomen sex workers [Tesis de fin de máster]. [Edmonton]: Universidad de Alberta; 2021.
170. Brömdal A, Halliwell S, Sanders T, Clark KA, Gildersleeve J, Mullens AB, et al. Navigating intimate trans citizenship while incarcerated in Australia and the United States. *Fem Psychol*. 2023;33(1):42-64.
171. Patrick. Detransition was a beautiful process. En: Moore M, Brunskell-Evans H, editoras. *Inventing transgender children and young people*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing; 2019. p. 175-179.
172. Heylens G, Elaut E, Verschelden G, Cuypere GD. Transgender persons applying for euthanasia in Belgium: A case report and implications for assessment and treatment. *J Psychiatry*. 2016;19(1):1-2.
173. D'Angelo R. Psychiatry's ethical involvement in gender-affirming care. *Australas Psychiatry*. 2018;26(5):460-463.