Perfiles clínico-relacionales y cambio temprano en psicoterapia con adolescentes transgénero

Clinical-Relational Profiles and Patterns of Early Change in Transgender Adolescents in Psychotherapy

Perfis clínico-relacionais e mudança precoce na psicoterapia com adolescentes transgêneros

Jesús Vidal-Rojas[1]

Colectivo de Estudios en Psicoterapia y Análisis Social, Santiago, Chile

María José Lobos[2]

Pedro Fuentes[3]

Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Doi: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.16410

Resumen

Objetivo: identificar perfiles clínicos y contextuales entre adolescentes trans al inicio del acompañamiento psicológico y examinar cambios tempranos en el malestar psicológico durante las primeras cinco sesiones. Método: estudio observacional retrospectivo con 88 adolescentes trans (10-17 años) atendidos en dos hospitales públicos chilenos. Se realizó un Análisis de Clases Latentes (LCA, por sus siglas en inglés) con seis indicadores: momento del proceso identitario, afirmatividad familiar, *bullying* transfóbico, rango etario, intentos suicidas previos y diagnóstico clínico. El malestar psicológico se evaluó mediante el YP-CORE en las sesiones 1, 3 y 5. El comportamiento suicida se midió mediante la Escala de Okasha (EOS). Resultados: emergió una solución de tres clases con alta entropía (H = 0.961): (1) develación identitaria y alta protección relacional (12.5%, $n = 11$); (2) identidades afirmadas en contexto de ambivalencia familiar (55.7%, $n = 49$); y (3) vulnerabilidad clínico-relacional acumulativa (31.9%, $n = 28$). Los perfiles difirieron significativamente en malestar psicológico basal (H = 9.04, $p = 0.011$). Los perfiles extremos presentaron reducciones significativas entre las sesiones 1 y 3 ($d = -0.66$ a -1.01), mientras que el perfil con ambivalencia familiar mostró una mejoría más gradual hacia la sesión 5 ($d = -0.50$). Conclusión: los resultados evidencian heterogeneidad clínica entre juventudes trans y refuerzan la necesidad de intervenciones diferenciadas.

Palabras Clave: salud del adolescente; salud mental; malestar psicológico; diversidad de género

[1] Autor de correspondencia. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-3169-6725. Correo electrónico: jesus.vidal@mail.udp.cl.

[2] ORCID: https://orcid.org/0009-0000-5847-7950

[3] ORCID: https://orcid.org/0009-0004-0137-5952

Para citar este artículo: Vidal-Rojas, J., Lobos, M. J., & Fuentes, P. (2026). Perfiles clínico-relacionales y cambio temprano en psicoterapia con adolescentes transgénero. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *44*(1), 1-19. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.16410

Abstract

Aim: To identify clinical and contextual profiles among transgender adolescents at the beginning of psychological care and to examine early changes in psychological distress during the first five therapy sessions. Method: A retrospective observational study was conducted with 88 transgender adolescents (10–17 years) receiving care in two Chilean public hospitals. Latent Class Analysis (LCA) was performed using six indicators: stage of gender identity development, family affirmation, transphobic bullying, age group, previous suicide attempts, and clinical diagnosis. Psychological distress was assessed with the YP-CORE at sessions 1, 3, and 5. Suicidal behavior was measured with the Okasha Suicidality Scale. Results: A three-class solution with high entropy emerged (H = 0.961): (1) Identity Disclosure and High Relational Protection (12.5%, $n = 11$), (2) Affirmed Identities in a Context of Family Ambivalence (55.7%, $n = 49$), and (3) Cumulative Clinical–Relational Vulnerability (31.9%, $n = 28$). Profiles differed significantly in baseline distress (H = 9.04, $p = 0.011$). The two extreme profiles showed significant reductions in distress between sessions 1 and 3 ($d = -0.66$ to -1.01), whereas the family ambivalence profile exhibited a more gradual improvement by session 5 ($d = -0.50$). Conclusions: Findings reveal marked clinical heterogeneity among transgender youth and support the need for differentiated intervention strategies.

Keywords: adolescent health; mental health; psychological distress; gender diversity

Resumo

Objetivo: identificar perfis clínicos e contextuais entre adolescentes trans no início do acompanhamento psicológico e examinar mudanças precoces no sofrimento psicológico durante as cinco primeiras sessões. Método: estudo observacional retrospectivo com 88 adolescentes trans (10-17 anos) atendidos em dois hospitais públicos chilenos. Foi realizada uma análise de classes latentes com seis indicadores: momento do processo identitário, afirmatividade familiar, *bullying* transfóbico, faixa etária, tentativas prévias de suicídio e diagnóstico clínico. O sofrimento psicológico foi avaliado pelo YP-CORE nas sessões 1, 3 e 5. O comportamento suicida foi mensurado pela Escala de Okasha. Resultados: emergiu-se uma solução de três classes com alta entropia (H = 0.961): (1) Revelação Identitária e Alta Proteção Relacional (12.5 %, $n = 11$); (2) Identidades Afirmadas em Contexto de Ambivalência Familiar (55.7 %, $n = 49$); e (3) Vulnerabilidade Clínico-Relacional Acumulativa (31.9 %, $n = 28$). Os perfis diferiram significativamente quanto ao sofrimento psicológico basal (H = 9.04, $p = 0.011$). Os perfis extremos apresentaram reduções significativas entre as sessões 1 e 3 ($d = -0.66$ a -1.01), enquanto o perfil com ambivalência familiar mostrou melhora mais gradual até a sessão 5 ($d = -0.50$). Conclusão: os resultados evidenciam heterogeneidade clínica entre jovens trans e reforçam a necessidade de intervenções diferenciadas.

Palavras-chave: saúde do adolescente; saúde mental; sofrimento psicológico; diversidade de gênero

La adolescencia constituye un periodo de especial vulnerabilidad para la aparición de malestar psicológico y otros indicadores de riesgo en salud mental como el comportamiento suicida, configurando una prioridad de salud pública tanto a nivel global como regional, en un contexto marcado por limitaciones en la detección temprana, discontinuidad de cuidados y desigualdades en el acceso a servicios de salud mental (Prades-Caballero et al., 2025; Li et al., 2022; Dávila & Luna, 2019).

Sin embargo, gran parte de la evidencia disponible se basa en enfoques que tienden a homogenizar a la población adolescente, limitando la comprensión de cómo estos factores operan de manera diferenciada en subgrupos expuestos a condiciones específicas de vulnerabilidad. Esta limitación adquiere especial relevancia dado que la adolescencia constituye un período heterogéneo del desarrollo, que comprende etapas con características evolutivas diferenciadas, como la adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia media (15-17 años). Estas diferencias pueden influir en la manera en que las/os/es adolescentes experimentan, interpretan y responden a diversos factores de riesgo y protección asociados a la salud mental, configurando trayectorias de ajuste y vulnerabilidad potencialmente distintas entre grupos etarios (Li et al., 2022).

Este problema adquiere especial relevancia en el caso de las juventudes trans, quienes enfrentan procesos de estigmatización y exclusión estructural, que incrementan su exposición a violencia interpersonal, victimización escolar y malestar psicológico. Estudios poblacionales en Estados Unidos han documentado tasas significativamente más elevadas de sufrimiento emocional, victimización e ideación suicida en adolescentes trans en comparación con sus pares cisgénero (Johns et al., 2019; Thoma et al., 2019). De acuerdo con el Modelo de Estrés de Minorías, estas disparidades no derivan exclusivamente de características individuales, sino de la exposición acumulativa a estresores distales —como discriminación, violencia y rechazo social— y estresores proximales —como expectativa de rechazo, ocultamiento de la identidad o estigma internalizado—, que afectan en mayor medida a los grupos históricamente marginados (Meyer, 2003; Moorhead et al., 2024).

Si bien estos hallazgos son robustos en contextos anglosajones, en Latinoamérica esta problemática alcanza una magnitud particularmente preocupante y ha tenido escasa investigación desde un enfoque clínico (Zúñiga-Salazar et al., 2021). En Chile, investigaciones clínicas y comunitarias reportan prevalencias de ideación suicida cercanas al 70% y tasas de intento suicida superiores al 30% en población trans (Guzmán-González et al., 2020), y datos recientes sugieren que más de la mitad de las personas trans chilenas ha experimentado al menos un intento suicida a lo largo de la vida, con frecuencia durante la adolescencia (Martínez et al., 2026). Estas cifras no pueden explicarse únicamente mediante modelos psicopatológicos centrados en el individuo; requieren marcos analíticos que integren procesos de estigmatización, exclusión social y exposición diferencial a violencia, los cuales configuran entornos de riesgo acumulativo (Standley & Foster-Fishman, 2021). Desde esta perspectiva, las condiciones estructurales de exclusión operan a través de contextos familiares, escolares y comunitarios, generando experiencias concretas de victimización, rechazo o apoyo que inciden directamente sobre la salud mental de adolescentes trans (Moorhead et al., 2024).

Comprender esta variabilidad desde la psicología clínica y la investigación en salud mental implica superar aproximaciones basadas exclusivamente en diagnósticos aislados o promedios de riesgo poblacional. Los enfoques centrados en variables permiten identificar asociaciones promedio entre

factores de riesgo y resultados clínicos, pero pueden ocultar configuraciones diferenciadas de experiencias y necesidades al interior de una misma población clínica (Handley et al., 2024; Hicks et al., 2017). En contraste, los enfoques analíticos centrados en la persona (*person-centered approaches*) permiten identificar subgrupos con patrones distintos de riesgo y protección dentro de una población aparentemente homogénea (Handley et al., 2024). Ello resulta especialmente pertinente en juventudes trans, en las que factores familiares, identitarios y contextuales pueden combinarse de múltiples formas, dando origen a trayectorias psicológicas heterogéneas que no son adecuadamente capturadas mediante análisis basados en relaciones lineales entre variables (Wei & Liu, 2024).

Entre los factores relacionales más relevantes en esta población se encuentra la validación familiar, por estar asociada, consistentemente, con menores niveles de ideación e intento suicida, mientras que contextos de ambivalencia o rechazo pueden intensificar el malestar emocional (Campbell et al., 2024; Green et al., 2020). Investigaciones recientes muestran, además, que las experiencias familiares no se distribuyen dicotómicamente entre apoyo y rechazo, sino que incluyen formas intermedias de apoyo condicional o ambivalente —caracterizadas por contradicciones entre los discursos y la conducta de las/os cuidadores— que pueden generar trayectorias diferenciadas de bienestar psicológico (Belmont et al., 2024).

De forma paralela, la exposición a violencia transfóbica en espacios escolares constituye uno de los estresores sociales más relevantes para el bienestar psicológico de esta población. Más que eventos aislados, estas experiencias pueden formar parte de patrones sostenidos de vigilancia, expectativa de rechazo y estrés interpersonal que mantienen sus efectos incluso cuando la violencia directa no está presente de manera inmediata (Moorhead et al., 2024; Sares-Jäske et al., 2023).

Desde una perspectiva del desarrollo, la construcción identitaria de las juventudes trans se articula a través de distintos hitos (cuestionamiento, exploración, develación, afirmación y orgullo), los cuales influyen en la configuración de procesos subjetivos y relacionales (Devor, 2004). Estos hitos no representan etapas lineales ni universales, sino procesos dinámicos mediante los cuales las/os/es adolescentes trans elaboran, expresan y negocian su identidad de género en distintos contextos sociales (Wilkinson et al., 2018; Katz-Wise et al., 2017).

Mientras las etapas de cuestionamiento y exploración suelen caracterizarse por procesos de búsqueda e incertidumbre identitaria, la develación (que implica compartir la identidad con personas significativas) aumenta potencialmente la exposición tanto a experiencias de validación como de rechazo (Devor, 2004; Mousavi et al., 2025). La afirmación y el orgullo identitario, por su parte, suelen asociarse a mayor consolidación subjetiva y sentido de autenticidad (Devor, 2004; Conceição et al., 2024), aunque sus efectos sobre el bienestar dependen en gran medida de las respuestas familiares, escolares y comunitarias que acompañan estos procesos.

En este sentido, los hitos identitarios pueden intensificar el estrés interpersonal cuando ocurren en contextos no afirmativos, mientras que en entornos de apoyo su impacto negativo tiende a atenuarse (Austin et al., 2022; Campbell et al., 2024). La evidencia sugiere que el efecto de estos hitos sobre la salud mental depende, en buena medida, de los recursos relacionales disponibles, particularmente el apoyo familiar y comunitario, lo que contribuye a explicar la considerable heterogeneidad observada

en las trayectorias de ajuste psicológico entre adolescentes trans (Campbell et al., 2024; McGregor et al., 2024). En este marco, distinguir entre malestar psicológico general e ideación suicida resulta relevante, ya que ambas dimensiones pueden responder de manera diferente a los contextos relacionales y a los procesos iniciales de acompañamiento clínico (Garthe et al., 2022; Grossman et al., 2016).

La noción de perfil clínico de riesgo integra precisamente estas dimensiones, sintomáticas, relacionales, de exposición a violencia y de proceso identitario, para describir configuraciones que modifican la probabilidad de malestar psicológico en un momento determinado del proceso terapéutico. Estos perfiles deben entenderse como configuraciones probabilísticas, no como categorías clínicas rígidas (Wei & Liu, 2024).

En respuesta a estas necesidades, el sistema público chileno implementó el Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (PAIG), orientado a brindar apoyo psicosocial y atención clínica a niños, niñas y adolescentes trans, con énfasis en el bienestar integral y la prevención de riesgos en salud mental (Subsecretaría de Salud Pública, 2021).

Este programa se inserta en una tendencia internacional de desarrollo de servicios especializados para juventudes trans (presente en países como Inglaterra, Australia, Países Bajos, Suecia y Estados Unidos), los cuales combinan atención psicológica, trabajo con familias, coordinación escolar y vinculación comunitaria como estrategias para reducir el impacto del estrés de minorías sobre la salud mental (Martínez et al., 2026). Sin embargo, pese a su relevancia, existe escasa evidencia empírica que permita comprender cómo se configuran los niveles de gravedad clínica al inicio del acompañamiento psicológico dentro del PAIG, ni cómo evolucionan los indicadores de malestar psicológico durante las primeras etapas del proceso terapéutico. La evidencia internacional disponible se ha centrado principalmente en describir resultados clínicos generales, con escasos estudios orientados a identificar perfiles clínico-relacionales de ingreso y sus trayectorias tempranas de cambio dentro de programas especializados (Martínez et al., 2026).

Avanzar hacia una comprensión empírica de esta heterogeneidad clínica constituye tanto un aporte científico como una necesidad sanitaria, ya que permitiría orientar decisiones clínicas más ajustadas y diferenciar necesidades de intervención dentro del sistema público, particularmente en América Latina, donde la evidencia sobre trayectorias tempranas de cambio en adolescentes trans atendidos en servicios públicos continúa siendo limitada. En este contexto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué perfiles clínicos y contextuales pueden identificarse al inicio del acompañamiento psicológico en adolescentes trans atendidas/os/es en el PAIG, y cómo difieren estos perfiles, en los niveles iniciales y en el cambio clínico temprano de malestar psicológico, durante las primeras cinco sesiones de intervención?

Objetivo general

Identificar perfiles clínicos y contextuales en adolescentes trans atendidos en el PAIG al inicio del proceso de atención psicológica, mediante análisis de clases latentes, y examinar el cambio clínico temprano en malestar psicológico durante las primeras cinco sesiones de intervención.

Hipótesis

H1: Los indicadores clínicos y contextuales evaluados al inicio del acompañamiento (afirmatividad familiar, *bullying* transfóbico, momento del proceso identitario, rango etario, intento suicida previo y diagnóstico clínico) se organizarán en una estructura de tres perfiles latentes, que ofrecerá mejor ajuste estadístico e interpretabilidad clínica, que soluciones menores o mayores.

H2: Los perfiles latentes diferirán significativamente en los niveles basales de malestar psicológico, presentando puntuaciones iniciales más elevadas del perfil caracterizado por mayor acumulación de vulnerabilidades clínico-relacionales, en comparación con los perfiles de menor acumulación.

H3. Los perfiles latentes presentarán diferencias significativas en los niveles de malestar psicológico durante las primeras cinco sesiones de acompañamiento. Se espera que los perfiles caracterizados por una mayor vulnerabilidad clínico-relacional tendrán niveles de malestar psicológico más elevados que aquellos con mayores recursos de protección familiar y social.

H4. Los niveles de malestar psicológico disminuirán significativamente entre el inicio del acompañamiento y las sesiones posteriores (la tercera y la quinta) dentro de cada perfil latente, siendo significativamente grande el cambio en perfiles con mayor vulnerabilidad clínico-relacional.

Método

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo observacional retrospectivo con un enfoque analítico centrado en la persona (*person-centered*). El objetivo metodológico principal fue identificar configuraciones latentes de gravedad clínica al inicio del acompañamiento psicológico mediante Análisis de Clases Latentes (*Latent Class Analysis*, LCA). Complementariamente, se incorporó un componente longitudinal de corto plazo, orientado a examinar el cambio clínico temprano en malestar psicológico durante las primeras sesiones del proceso terapéutico.

Este enfoque permite modelar la heterogeneidad clínica intramuestral mediante procedimientos probabilísticos, evitando asumir homogeneidad dentro de la población atendida y permitiendo identificar subgrupos con configuraciones diferenciales de riesgo y protección.

La presente investigación se enmarca en un estudio mayor, por lo que, en consecuencia, los datos utilizados corresponden a una fuente secundaria. El estudio fue evaluado y aprobado por los comités de ética de los establecimientos hospitalarios participantes, así como por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Todos los procedimientos se llevaron a cabo en conformidad con los principios éticos para la investigación con seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 88 adolescentes entre 10 y 17 años, quienes se autoidentificaban como transgénero o presentaban expresiones de género no conformes. Todas/os/es eran usuarias/os/

es del Hospital Dr. Exequiel González Cortés o del Hospital El Pino, ambos pertenecientes a la red pública de salud chilena, y se encontraban en etapa de ingreso o continuidad en el PAIG al momento de la evaluación inicial.

Los datos analizados corresponden a registros clínicos obtenidos en el contexto habitual de atención psicológica. La base fue utilizada en el marco de un estudio retrospectivo sin acceso a información identificatoria. El uso de los registros se realizó conforme a los protocolos institucionales de resguardo y confidencialidad de la información clínica y contó con la aprobación del comité de ética institucional correspondiente.

Instrumentos

Se recolectaron variables sociodemográficas y clínicas a partir de los registros institucionales con el fin de caracterizar configuraciones diferenciales de vulnerabilidad clínica, incluyendo:

a. Afirmatividad familiar: se refiere al conjunto de actitudes, creencias y conductas, mediante las cuales madres, padres y otras figuras significativas reconocen, validan y apoyan activamente la identidad de género de sus hijas/os/es, o bien manifiestan respuestas inconsistentes, ambivalentes o de rechazo hacia ella. Estas conductas pueden expresarse a través del uso del nombre y los pronombres elegidos, el apoyo a la expresión de género, el acompañamiento en los procesos de transición y la defensa frente a experiencias de discriminación y estigmatización (Andrzejewski et al., 2021; McGregor et al., 2024).
b. *Bullying* transfóbico: se refiere a experiencias de acoso, hostigamiento, exclusión social, agresiones verbales o físicas y otras formas de victimización motivadas por la identidad o expresión de género de una persona trans o de género diverso. Para este estudio, se consideró la presencia o ausencia de experiencias de *bullying* transfóbico reportadas por las/os/es participantes (Moorhead et al., 2024; Sares-Jäske et al., 2023).
c. Momento del proceso identitario: se refiere a los hitos de construcción y consolidación de la identidad de género en la que se encuentra la/el/le adolescente. Esta trayectoria puede incluir experiencias de cuestionamiento, exploración, develación, afirmación y orgullo, las cuales representan distintos niveles de reconocimiento, integración y expresión de la identidad de género en contextos personales y sociales. Estas experiencias no son lineales (Devor, 2004; Conceição et al., 2024).
d. Rango etario: la adolescencia temprana (10-14 años) se caracteriza por los cambios asociados al inicio de la pubertad y por importantes transformaciones físicas, cognitivas y socioemocionales, mientras que la adolescencia media (15-17 años) se asocia a una mayor búsqueda de autonomía, consolidación identitaria e influencia de los pares (Li et al., 2022).
e. Diagnóstico clínico: determinado de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 11.ª revisión (CIE-11), estándar internacional para la clasificación de enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

El malestar psicológico se evaluó durante la última semana mediante el *Young Person's Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (YP-CORE), un instrumento breve de autoinforme diseñado para evaluar el distrés psicológico global en adolescentes, incluyendo síntomas emocionales, dificultades

interpersonales, capacidad de afrontamiento, bienestar subjetivo y riesgo de autolesión. La versión en español latinoamericano ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en población adolescente, incluyendo una buena consistencia interna ($\alpha = 0.85$; $\omega = 0.86$) y evidencia de validez convergente (Valdiviezo-Oña et al., 2024).

El número de intentos suicidas previos se evaluó mediante la Escala de Suicidio de Okasha (EOS), instrumento de tamizaje breve de cuatro preguntas diseñado para evaluar comportamiento suicida. La validación chilena evidenció adecuadas propiedades psicométricas, incluyendo una estructura factorial unidimensional, buena consistencia interna ($\alpha = 0.86$) y alta precisión para discriminar entre adolescentes con y sin antecedentes de intento suicida (AUC = 0.90) (Zulic et al., 2019). Para este estudio solo se utilizó la cuarta pregunta para la construcción de los perfiles y se reportó la ideación suicida de la población.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra, reportando frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias con desviaciones estándar para las variables continuas. Se estimó la consistencia interna de ambos instrumentos mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

El modelo de clases latentes se estimó utilizando seis indicadores categóricos evaluados al inicio del acompañamiento psicológico: momento del proceso identitario, afirmatividad familiar, *bullying* transfóbico, rango etario, antecedente de intento suicida y diagnóstico clínico. Los análisis se realizaron en R (versión 4.2.1) mediante el paquete *poLCA* (R Core Team, 2025; Linzer & Lewis, 2011*)*. Se estimaron modelos con distinto número de clases, y la selección del modelo óptimo se basó en una estrategia integrada que consideró criterios de ajuste estadístico (AIC, BIC y log-verosimilitud), parsimonia, estabilidad de la solución e interpretabilidad teórica. En línea con recomendaciones metodológicas, se combinaron indicadores estadísticos con consideraciones sustantivas del fenómeno estudiado (Sorgente et al., 2025), así como la interpretabilidad conceptual, el tamaño de las clases y su utilidad clínica en contextos aplicados (Lezhnina & Kismihók, 2022).

En el presente estudio, las consideraciones sustantivas incluyeron la coherencia teórica de cada solución con el Modelo de Estrés de Minorías (Meyer, 2003; Moorhead et al., 2024), que distingue configuraciones diferenciadas según nivel de protección relacional, exposición a violencia contextual y acumulación de vulnerabilidades clínicas. Adicionalmente, se consideró que ninguna clase tuviera un tamaño inferior al 10% de la muestra —criterio relevante para garantizar estabilidad y utilidad clínica en contextos aplicados— y que los perfiles resultantes permitieran derivar implicancias diferenciadas para la intervención dentro del PAIG.

Para evaluar la estabilidad del modelo, se utilizaron múltiples inicios aleatorios ($n = 50$), reduciendo el riesgo de soluciones locales. Adicionalmente, se implementó un procedimiento de remuestreo *bootstrap* con 150 iteraciones para examinar la consistencia de las proporciones de clase. La precisión de la clasificación se evaluó mediante el índice de entropía.

Posteriormente, cada participante fue asignada/o/e a la clase con mayor probabilidad de pertenencia para realizar los análisis comparativos. El cambio clínico temprano se examinó calculando promedios de malestar psicológico (YP-CORE) durante las primeras cinco sesiones del proceso terapéutico. Además, se compararon las puntuaciones entre la sesión 1 con la sesión 3 y con la sesión 5 mediante pruebas t para muestras relacionadas dentro de cada perfil clínico. Se estimaron intervalos de confianza al 95% y tamaños del efecto (Cohen's *d*). Es importante señalar que las variables de resultado (malestar psicológico) no fueron incluidas como indicadores en la estimación del modelo de clases latentes, sino que se emplearon exclusivamente como variables externas en los análisis comparativos posteriores, por lo que no constituyen un artefacto del modelo, sino evidencia de validez externa de las configuraciones identificadas.

La sesión 3 se utilizó como punto de comparación debido a la menor pérdida de datos en esa medición. De los 88 participantes iniciales, 45 contaban con evaluación disponible en dicha sesión (retención = 51.1%), realizándose los análisis longitudinales únicamente con casos que tuvieran datos en ambas mediciones. No obstante, también se realizaron comparaciones con la sesión 5.

Los casos con datos faltantes en los indicadores del LCA fueron excluidos mediante eliminación por lista completa. Para explorar el mecanismo de datos faltantes en los análisis longitudinales, se compararon las/os/es participantes —con y sin datos disponibles en sesión 3— en todas las variables basales, mediante pruebas *t* de Student para variables continuas (completadores). Los resultados no indicaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables examinadas —incluyendo malestar psicológico basal ($t(43) = 1.66$, $p = 0.104$, $d = 0.56$, diagnóstico ($t(74.3) = -0.96$, $p = 0.341$), afirmatividad familiar ($t(86) = -0.26$, $p = 0.797$), rango etario ($t(70.3) = 1.30$, $p = 0.199$), momento del proceso identitario ($t(86) = 0.56$, $p = 0.577$) y *bullying* transfóbico ($t(86) = 0.67$, $p = 0.507$)—, lo que sugiere que la pérdida de datos no estuvo sistemáticamente asociada a las características basales de los participantes. No obstante, el tamaño reducido del grupo sin datos en las medidas de resultado ($n = 12$) limita el poder de estas comparaciones, por lo que no puede descartarse completamente un mecanismo *Missing Not At Random* (MNAR) asociado al proceso clínico, dado que una parte de los participantes sin medición individual en sesión 3 había sido derivada a modalidades grupales o de asesoramiento familiar, conducto regular propios del funcionamiento del PAIG.

Resultados

Las/os/es participantes fueron 88 jóvenes en atención en el PAIG (tabla 1). Por su parte, la edad promedio de las/os/es participantes fue de 14.61 años (*DE* = 1.68; rango = 11-17). En las mediciones basales, el malestar psicológico evaluado mediante el YP-CORE presentó una media de 21.23 (*DE* = 7.74; rango = 7-34) y el EOS para ideación suicida presentó una media de 5.34 (*DE* = 3.08; rango = 0-9). En la presente muestra, los instrumentos utilizados evidenciaron adecuados niveles de consistencia interna, teniendo el YP-CORE un coeficiente alfa de Cronbach de 0.839 y el EOS 0.873.

Tabla 1.
Descripción sociodemográfica de participantes del estudio

Variable	Categoría	*n*	%
Hospital de atención	HEGC	65	73.9
	HEP	23	26.1
Zona de residencia	Urbana	74	84.1
	Rural	14	15.9
Identidad de género	Transmasculina	79	89.8
	No binaria	5	5.7
	Transfemenina	4	4.5
Momento del proceso identitario	Cuestionamiento	4	4.5
	Exploración	13	14.8
	Develación	20	22.7
	Afirmación	45	51.1
	Orgullo	6	6.8
Afirmatividad familiar	Afirmativa	47	53.4
	Ambivalente	34	38.6
	No afirmativa	7	8.0
Diagnóstico clínico	Trastornos afectivos	26	29.5
	Trastornos neuróticos/estrés	16	18.2
	Multidiagnóstico	11	12.5
	Trastornos del desarrollo	10	11.4
	Sin diagnóstico	15	17.0
Intento suicida previo	Sí	46	52.3
	No	42	47.7

Fuente: elaboración propia.

Para examinar la heterogeneidad clínica al inicio del acompañamiento psicológico, se estimaron modelos de dos, tres y cuatro clases latentes, utilizando seis indicadores categóricos: momento del proceso identitario, afirmatividad familiar, *bullying* transfóbico, rango etario, antecedente de intento suicida y diagnóstico clínico. Todos los modelos convergieron adecuadamente y presentaron soluciones estables.

La comparación de los índices de ajuste (tabla 2) indicó que la solución de tres clases representó el mejor equilibrio entre ajuste estadístico, parsimonia e interpretabilidad clínica. Aunque el modelo de dos clases presentó el AIC más bajo (965.09), esta solución colapsaba subgrupos clínicamente distinguibles, reduciendo sustantivamente la diferenciación entre perfiles. El modelo de cuatro clases

mostró una mejora marginal en log-verosimilitud, pero incrementó la complejidad paramétrica y generó una clase de tamaño reducido, lo que sugiere posible sobreajuste y limita su utilidad clínica aplicada. El modelo de dos clases fue descartado porque colapsaba subgrupos clínicamente distinguibles, y el de cuatro clases generó una clase de tamaño reducido con escasa interpretabilidad adicional.

Tabla 2.
Índices de ajuste para los modelos de 2, 3 y 4 clases latentes

Modelo	LogLik	AIC	BIC	Parámetros
2 clases	−451.54	965.09	1041.89	31
3 clases	−436.68	967.36	1083.79	47
4 clases	−426.74	979.49	1135.56	63

Fuente: elaboración propia.

Con el fin de evaluar la estabilidad de la solución y la precisión de la clasificación, los modelos fueron estimados utilizando múltiples inicios aleatorios (n = 50), observándose una replicación consistente del máximo de log-verosimilitud (LogLik = −436.68) en el modelo de tres clases. La entropía fue elevada (H = 0.961), lo que indica una adecuada precisión en la asignación de los casos. Adicionalmente, se realizó un procedimiento de remuestreo *bootstrap* con 150 iteraciones, el cual mostró proporciones de clase consistentes a través de las repeticiones (Perfil 1: M = 0.324, DE = 0.118; Perfil 2: M = 0.348, DE = 0.127; Perfil 3: M = 0.328, DE = 0.115), respaldando la robustez de la solución.

Las proporciones estimadas de pertenencia fueron 12.5% (n = 11), 55.7% (n = 49) y 31.9% (n = 28), sin clases inferiores al 10% de la muestra, lo que respalda su estabilidad relativa. Las probabilidades promedio posteriores de pertenencia fueron altas en las tres clases (todas > 0.85), indicando una adecuada precisión en la clasificación de los casos. La inspección de las probabilidades condicionales permitió identificar tres configuraciones diferenciadas de riesgo clínico-relacional, cuyos perfiles se describen en detalle en la tabla 3.

Tabla 3.
Probabilidades condicionales de respuesta por perfil latente

Variable	Categoría	Perfil 1: develación identitaria y alta protección relacional (12.5%, n = 11)	Perfil 2: identidades afirmadas en contexto de ambivalencia familiar (55.7%, n = 49)	Perfil 3: vulnerabilidad clínico-relacional acumulativa (31.9%, n = 28)
Momento identitario	Cuestionamiento	0.000	0.059	0.058
	Exploración	0.121	0.180	0.180
	Develación	0.378	0.410	0.352
	Afirmación	0.317	0.352	0.736
	Orgullo	0.134	0.000	0.058

Variable	Categoría	Perfil 1: develación identitaria y alta protección relacional (12.5 %, *n* = 11)	Perfil 2: identidades afirmadas en contexto de ambivalencia familiar (55.7 %, *n* = 49)	Perfil 3: vulnerabilidad clínico-relacional acumulativa (31.9 %, *n* = 28)
Afirmatividad familiar	Con apoyo	1.000	0.205	0.820
	Ambivalente	0.000	0.795	0.000
	Sin apoyo	0.000	0.000	0.180
Bullying transfóbico	Ausente	0.273	0.754	1.000
	Presente	0.727	0.246	0.000
Rango etario	11-14 años	0.791	0.505	0.209
	15-17 años	0.210	0.495	0.791
Intentos suicidas	Ninguno	0.553	0.368	0.532
	Uno	0.305	0.000	0.279
	Dos	0.000	0.146	0.189
	Tres o más	0.142	0.486	0.000
Diagnóstico	Trastorno afectivo	0.316	0.229	0.390
	Trastornos neuróticos/ estrés	0.101	0.297	0.126
	Trastorno del desarrollo	0.078	0.078	0.275
	Trastorno conducta alimentaria	0.053	0.059	0.000
	Trastornos del comportamiento	0.000	0.000	0.126
	Trastorno de personalidad	0.054	0.058	0.000
	Multidiagnóstico	0.072	0.203	0.083
	Sin diagnóstico	0.326	0.076	0.000

Fuente: elaboración propia.

El análisis de los niveles iniciales de malestar psicológico (YP-CORE) mostró diferencias significativas entre los perfiles latentes (figura 1). El contraste de Kruskal–Wallis indicó un efecto global significativo, $H(2) = 09.04$, $p = 0.011$, con un tamaño de efecto pequeño-moderado ($\varepsilon^2 = 0.083$). Las comparaciones *post hoc* mediante pruebas de Wilcoxon con corrección de Bonferroni indicaron que el Perfil de Vulnerabilidad Clínico-Relacional Acumulativa presentó niveles iniciales de malestar significativamente más elevados que el Perfil de Identidades Afirmadas en Contexto de Ambivalencia Familiar ($p = 0.006$), mientras que no se observaron diferencias significativas entre el Perfil de Vulnerabilidad y el Perfil de Develación Identitaria y Alta Protección Relacional ($p = 0.432$), ni entre los dos últimos perfiles entre sí ($p = 1.000$).

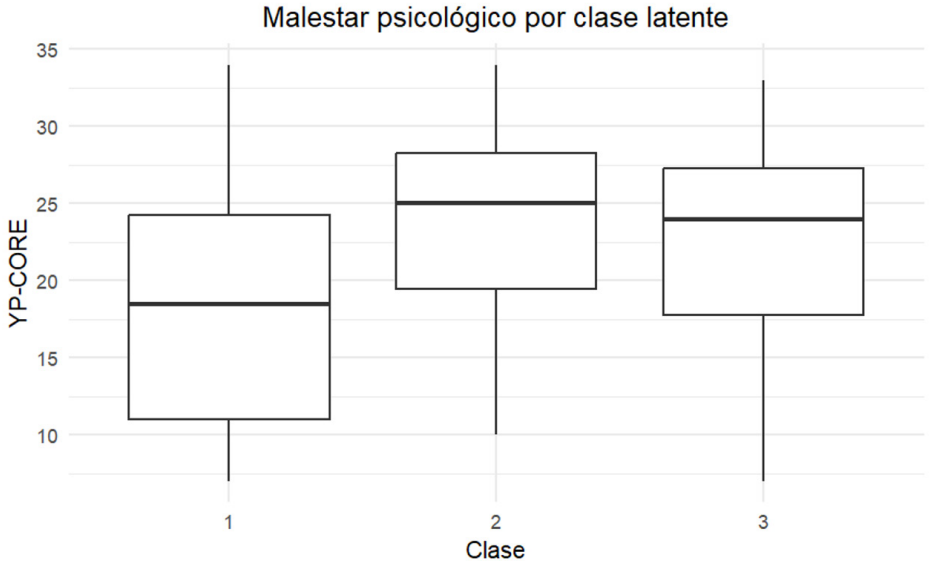


Figura 1. Distribución del malestar psicológico según clase latente

Fuente: elaboración propia.

El análisis intrasujeto evidenció patrones diferenciales de cambio clínico temprano según perfil latente. La figura 2 presenta las trayectorias de malestar psicológico promedio por sesión para cada perfil, ilustrando visualmente las diferencias en evolución clínica durante las primeras cinco sesiones del acompañamiento.

En la comparación entre sesión 1 y sesión 3, el perfil de Develación Identitaria y Alta Protección Relacional mostró una reducción significativa en malestar psicológico, $t(7) = -2.74$, $p = 0.029$, IC 95% [−15.13, −1.12], con un tamaño del efecto grande ($d = -1.01$). El perfil de Vulnerabilidad Clínico-Relacional Acumulativa registró igualmente una reducción significativa, $t(19) = -2.35$, $p = 0.030$, IC 95% [−8.41, −0.49], con un tamaño del efecto medio ($d = -0.66$). Por su parte, el perfil de Identidades Afirmadas en Contexto de Ambivalencia Familiar no presentó variación significativa entre ambas sesiones, $t(16) = 0.16$, $p = 0.876$, con un efecto despreciable ($d = 0.03$).

Con el fin de explorar la evolución clínica más allá de la sesión 3, se realizó un análisis complementario comparando sesión 1 y sesión 5. El perfil de Identidades Afirmadas en Contexto de Ambivalencia Familiar mostró una reducción significativa entre ambos puntos, $t(9) = -4.18$, $p = 0.002$, IC 95% [−8.02, −2.38], con un tamaño del efecto pequeño-moderado ($d = -0.50$), sugiriendo que la mejoría en este perfil se produce de manera más gradual que en los otros dos. El perfil de Vulnerabilidad Clínico-Relacional Acumulativa no alcanzó significación estadística en esta comparación, $t(7) = -1.67$, $p = 0.139$, $d = -0.68$, aunque el tamaño del efecto medio indica una tendencia clínicamente relevante limitada por el tamaño muestral reducido. El perfil de Develación Identitaria y Alta Protección Relacional tampoco mostró diferencias significativas entre sesión 1 y sesión 5, $t(4) = -0.69$, $p = 0.527$, $d = -0.39$, lo que es coherente con el patrón en U observable en la figura: una reducción inicial seguida de una recuperación parcial del malestar en sesiones posteriores, cuya interpretación clínica requiere seguimientos más extensos.

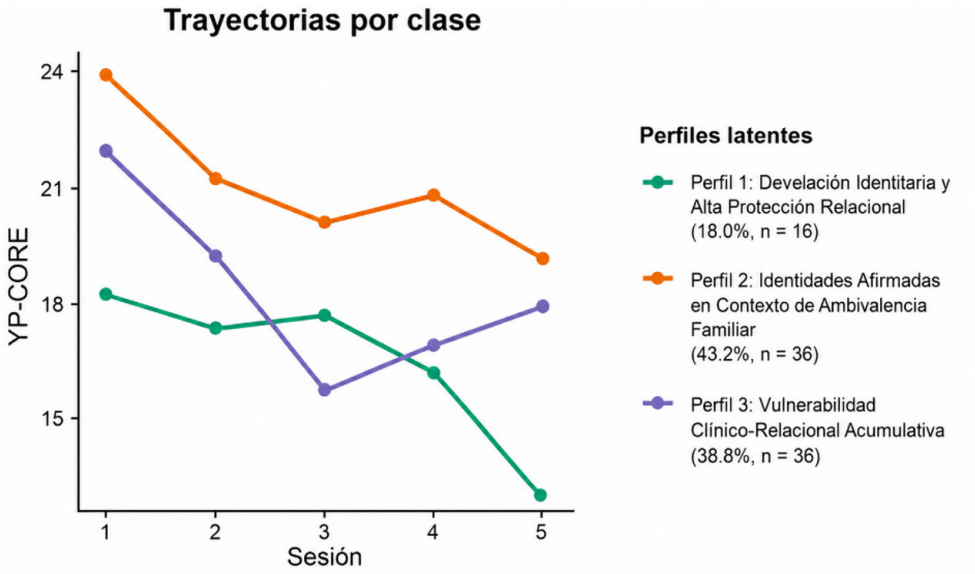


Figura 2. Trayectoria del malestar psicológico a lo largo de las sesiones según clase latente

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Los perfiles identificados muestran configuraciones clínicas e identitarias diferenciadas que emergen de la interacción entre recursos relacionales y condiciones sociales. El primer perfil, caracterizado por exploración-afirmación identitaria con alta protección relacional familiar pero alta exposición a *bullying* transfóbico, presentó niveles relativamente bajos de malestar psicológico, en coherencia con evidencia que destaca el rol de la afirmatividad familiar en la reducción del riesgo psicológico y suicida en juventudes trans (Campbell et al., 2024; Green et al., 2020; Johns et al., 2019; Thoma et al., 2019). En coherencia con el Modelo de Estrés de Minorías (Meyer, 2003), el apoyo y la validación familiar operan como amortiguadores frente a estresores estructurales, favoreciendo mayor estabilidad psicológica incluso en presencia de violencia escolar (Campbell et al., 2024; Green et al., 2020).

El segundo perfil refleja una paradoja clínica: predominio de identidades afirmadas en un contexto de afirmatividad familiar ambivalente. El desarrollo identitario no constituye en sí mismo un factor de riesgo; el deterioro se vincula más bien con las condiciones relacionales en las que este proceso ocurre. La literatura indica que la ambivalencia familiar —caracterizada por contradicciones entre los discursos y la conducta de las/os cuidadores— puede generar trayectorias diferenciadas de malestar psicológico incluso cuando la identidad está consolidada (Belmont et al., 2024). La estabilidad sintomática observada en este perfil durante las primeras sesiones puede interpretarse a la luz de esta evidencia: la intervención temprana puede verse limitada cuando los estresores relacionales familiares permanecen activos y exceden el alcance de la psicoterapia individual (Hatchel et al., 2019). Sin embargo, el análisis complementario entre sesión 1 y sesión 5 mostró una reducción significativa

del malestar en este grupo, $t(9) = -4.18$, $p = 0.002$, $d = -0.50$, lo que sugiere que la mejoría ocurre de manera más gradual y requiere un mayor número de sesiones para manifestarse, posiblemente porque los estresores contextuales activos ralentizan —pero no impiden— el beneficio terapéutico.

El tercer perfil concentró los indicadores más elevados de vulnerabilidad clínico-relacional. La afirmación identitaria en un contexto con predominio de apoyo familiar, pero presencia de no-afirmatividad, junto con la comorbilidad diagnóstica, configuró la mayor carga de malestar psicológico. Este patrón converge con estudios que identifican la presencia de apoyo parcial o no-afirmatividad familiar como un periodo crítico de riesgo, asociado a mayor estrés minoritario e inestabilidad emocional (Austin et al., 2022; Green et al., 2020). Asimismo, se alinea con modelos que conceptualizan el deterioro psicológico como resultado de la acumulación de cargas relacionales y estructurales (Standley & Foster-Fishman, 2021; Prades-Caballero et al., 2025).

Respecto al cambio clínico temprano, los resultados mostraron un patrón diferencial entre perfiles. El perfil de Develación Identitaria y Alta Protección Relacional presentó la mayor reducción entre sesión 1 y sesión 3, con un efecto grande ($d = -1.01$), mientras que el perfil de Vulnerabilidad Clínico-Relacional Acumulativa registró una reducción significativa con efecto medio ($d = -0.66$). Estos hallazgos sugieren que los casos con mayor severidad basal pueden experimentar mejoras tempranas, asociadas a procesos de estabilización inicial o a un mayor margen potencial de cambio, aunque estas interpretaciones deben considerarse exploratorias dado el diseño observacional del estudio (Delgadillo et al., 2014). El diseño observacional y la ausencia de un grupo comparativo impiden atribuir causalidad a la intervención, y las mejoras observadas podrían relacionarse igualmente con factores como la alianza terapéutica o la regresión a la media.

La trayectoria del perfil de Alta Protección Relacional merece una lectura particular. El gráfico de trayectorias muestra un patrón no lineal con una reducción inicial seguida de una recuperación parcial del malestar en sesiones posteriores, configurando una curva en forma de U. El análisis complementario entre sesión 1 y sesión 5 no alcanzó significación estadística en este perfil, $t(4) = -0.69$, $p = 0.527$, $d = -0.39$, lo que es coherente con dicho patrón visual. Una interpretación posible es que la develación identitaria —predominante en este perfil— implica una exposición progresiva a respuestas del entorno que inicialmente generan alivio, pero que, con el avance del proceso, pueden activar nuevas fuentes de estrés relacional (Austin et al., 2022; Mousavi et al., 2025). No obstante, dado el tamaño muestral reducido de este perfil en el análisis longitudinal, este patrón debe interpretarse con cautela y requiere verificación en estudios con seguimientos más extensos.

Los hallazgos también permiten una lectura no lineal del desarrollo identitario. Los perfiles identificados no representan mayor o menor avance en el proceso identitario, sino configuraciones relacionales distintas, coherentes con el carácter no secuencial de estos hitos (Austin et al., 2022; Campbell et al., 2024). El perfil de alta protección relacional familiar no implica necesariamente mayor progreso identitario, sino un entorno familiar que facilita su expresión y sostenimiento pese a la presencia de violencia escolar, en línea con evidencia sobre la influencia decisiva de la afirmatividad familiar en el bienestar psicológico (McGregor et al., 2024; Andrzejewski et al., 2021). En el perfil con afirmatividad familiar ambivalente, la afirmación identitaria ocurre en un entorno relacional inestable que puede neutralizar parte de sus efectos protectores, al menos en el corto plazo (Belmont et al., 2024;

Campbell et al., 2024). El perfil de vulnerabilidad acumulativa, por su parte, integra no-afirmatividad familiar parcial y psicopatología sin exposición a *bullying* escolar, configurando una vulnerabilidad de origen predominantemente relacional-clínico, consistente con modelos de acumulación de riesgo (Standley & Foster-Fishman, 2021; Prades-Caballero et al., 2025; Meyer, 2003).

Desde una perspectiva clínica y de salud pública, los resultados sugieren la posible utilidad de estrategias de intervención diferenciadas según perfil, aunque estas implicancias deben considerarse preliminares. Entre las principales limitaciones se encuentran el tamaño muestral moderado, una retención cercana al 50% hasta la sesión 3, con pérdida progresiva adicional en sesiones posteriores, y la asignación a clases mediante máxima probabilidad sin control formal del error de clasificación. Asimismo, el análisis longitudinal se basó en comparaciones simples intrasujeto y no en modelamiento dinámico avanzado. La ausencia de un análisis formal del mecanismo de datos faltantes y el tamaño reducido del grupo sin seguimiento (n = 12 en medidas de resultado) limitan la certeza sobre la naturaleza de la pérdida; en particular, la derivación a modalidades grupales o de asesoramiento en la sesión 3 constituye una fuente de ausencia estructuralmente vinculada al proceso clínico, lo que introduce un posible sesgo de selección que no puede descartarse completamente. Finalmente, no se evaluó la invariancia de los perfiles entre los dos hospitales participantes, lo que limita la generalización de los resultados a otros establecimientos de la red pública y constituye una línea prioritaria para investigaciones futuras.

En conjunto, los hallazgos aportan evidencia sobre la heterogeneidad clínica de juventudes trans en contextos públicos latinoamericanos y subrayan la relevancia de enfoques ecológicos que integren identidad, entorno relacional y determinantes estructurales. Futuros estudios deberían incorporar diseños longitudinales más extensos, variables estructurales adicionales, evaluación de la invariancia entre centros y modelos predictivos que permitan vincular perfiles latentes con resultados terapéuticos a más largo plazo.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Jess González y Helena Figueroa por su contribución a la recopilación y organización inicial de los datos clínicos, así como a Leslie Escobar y Clara Paz por su orientación metodológica durante el desarrollo del estudio. Asimismo, agradecen al Consorcio Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia (CLIP) por proporcionar los protocolos y materiales de evaluación utilizados en esta investigación. También agradecen a los equipos de salud de los hospitales participantes (HEGC y HEP) por su colaboración, así como a las respectivas administraciones hospitalarias. Finalmente, los autores expresan su gratitud a las familias y a las/os/es adolescentes trans atendidos por el Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género, cuya participación hizo posible la realización de esta investigación.

Declaraciones

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias del sector público, comercial o sin fines de lucro. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2021). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior, 48*(1), 74-81. https://doi.org/10.1177/1090198120965504

Austin, A., Craig, S. L., D'Souza, S., & McInroy, L. B. (2022). Suicidality among transgender youth: Elucidating the role of interpersonal risk factors. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(5-6). https://doi.org/10.1177/0886260520915554

Belmont, N., Cronin, T. J., & Pepping, C. A. (2024). Affirmation-support, parental conflict, and mental health outcomes of transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health, 25*(1), 50-62. https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2252418

Campbell, T., Mann, S., van der Meulen Rodgers, Y., & Tran, N. M. (2024). Mental health of transgender youth following gender identity milestones by level of family support. *JAMA Pediatrics, 178*(9), 870-878. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.2035

Conceição, M., Moura, J., & Costa, P. A. (2024). "I feel like I'm living the authenticity of my being": Gender identity developmental trajectories of trans youth in Portugal. *International Journal of Transgender Health, 25*(3), 549-572. https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2299022

Dávila-Cervantes, C. A., & Luna-Contreras, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. *Andes Pediátrica/Revista Chilena de Pediatría, 90*(6), 606-616, Artículo e1012. https://doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012

Delgadillo, J., McMillan, D., Lucock, M., Leach, C., Ali, S., & Gilbody, S. (2014). Early changes, attrition, and dose-response in low intensity psychological interventions. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 114-130. https://doi.org/10.1111/bjc.12031

Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 8*(1-2), 41-67. https://doi.org/10.1300/J236v08n01_05

Garthe, R. C., Blackburn, A. M., Kaur, A., Sarol, J. N., Jr., Goffnett, J., Rieger, A., Reinhart, C., & Smith, D. C. (2022). Suicidal ideation among transgender and gender expansive youth: Mechanisms of risk. *Transgender Health, 7*(5), 416-422. https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0055

Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health, 110*(8), 1221-1227. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305701

Grossman, A. H., Park, J. Y., & Russell, S. T. (2016). Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 20*(4), 329-349. https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1207581

Guzmán-González, M., Barrientos, J., Saiz, J. L., Gómez, F., Cárdenas, M., Espinoza-Tapia, R., Bahamondes, J., Lovera, L., & Giami, A. (2020). Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile. *Revista Médica de Chile, 148*(8), 1113-1120. https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000801113

Handley, E. D., Duprey, E. B., Russotti, J., Levin, R. Y., & Warmingham, J. M. (2024). Person-centered methods to advance developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 36*(5), 2285-2293. https://doi.org/10.1017/S0954579424000282

Hatchel, T., Merrin, G. J., & Espelage, D. L. (2019). Peer victimization and suicidality among LGBTQ youth: The roles of school belonging, self-compassion, and parental support. *Journal of LGBT Youth, 16*(2), 134-156. https://doi.org/10.1080/19361653.2018.1543036

Hicks, B. M., Clark, D. A., & Durbin, C. E. (2017). Person-centered approaches in the study of personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 8*(4), 288-297. https://doi.org/10.1037/per0000212

Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students — 19 States and Large Urban School Districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 68*(3), 67-71. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3

Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender nonconforming youth and caregivers from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism, 18*(3), 243-263. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312

Lezhnina, O., & Kismihók, G. (2022). Latent class cluster analysis: Selecting the number of clusters. *MethodsX, 9,* Artículo 101747. https://doi.org/10.1016/j.mex.2022.101747

Liu, S., Xu, B., Zhang, D., Tian, Y., & Wu, X. (2022). Core symptoms and symptom relationships of problematic internet use across early, middle, and late adolescence: A network analysis. *Computers in Human Behavior, 128*, Artículo 107090. https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107090

Linzer, D. A., & Lewis, J. B. (2011). poLCA: An R package for polytomous variable latent class analysis. *Journal of Statistical Software, 42*(10), 1-29. https://doi.org/10.18637/jss.v042.i10

Martínez, C., Paiva, I., & Salas, S. (2026). Chilean gender identity support program in children and adolescents: Review of a public health policy. *Frontiers in Public Health, 14*, 1832067. https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1832067

McGregor, K., Rana, V., McKenna, J. L., Williams, C. R., Vu, A., & Boskey, E. R. (2024). Understanding family support for transgender youth: Impact of support on psychosocial functioning. *Journal of Adolescent Health, 75*(2), 261-266. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.04.006

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674-697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Moorhead, B., Lewis, H. K., & Arnull, L. (2024). LGBT sexuality and gender minority experiences of minority stress: A comparison of models and theories. *Quality & Quantity, 58*(4), 3973-4001. https://doi.org/10.1007/s11135-023-01771-z

Mousavi, M., Chong, N., Earnshaw, V. A., & Layland, E. K. (2025). LGBTQ+ youth identity disclosure processes: A systematic review. *Adolescent Research Review, 10*(2), 255-284. https://doi.org/10.1007/s40894-024-00243-1

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (11.ª revisión). Organización Mundial de la Salud. https://icd.who.int/

Prades-Caballero, V., Navarro-Pérez, J. J., & Carbonell, Á. (2025). Factors associated with suicidal behavior in adolescents: An umbrella review using the socio-ecological model. *Community Mental Health Journal, 61*(4), 612-628. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01368-2

R Core Team. (2025). *R: A language and environment for statistical computing* (Version 4.2.1) [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing. https://www.R-project.org/

Sares-Jäske, L., Czimbalmos, M., Majlander, S., Siukola, R., Klemetti, R., Luopa, P., & Lehtonen, J. (2023). Gendered differences in experiences of bullying and mental health among transgender and cisgender youth. *Journal of Youth and Adolescence, 52*(8), 1531-1548. https://doi.org/10.1007/s10964-023-01786-7

Sorgente, A., Caliciuri, R., Robba, M., Lanz, M., & Zumbo, B. D. (2025). A systematic review of latent class analysis in psychology: Examining the gap between guidelines and research practice. *Behavior Research Methods, 57*(11), 301. https://doi.org/10.3758/s13428-025-02812-1

Standley, C. J., & Foster-Fishman, P. G. (2021). Intersectionality, social support, and youth suicidality: A socioecological approach to prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 51*(2), 203-211. https://doi.org/10.1111/sltb.12695

Subsecretaría de Salud Pública. (2021). *Recomendaciones para la implementación del Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género para NNA*. Ministerio de Salud de Chile.

Thoma, B. C., Salk, R. H., Choukas-Bradley, S., Goldstein, T. R., Levine, M. D., & Marshal, M. P. (2019). Suicidality disparities between transgender and cisgender adolescents. *Pediatrics, 144*(5), Artículo e20191183. https://doi.org/10.1542/peds.2019-1183

Valdiviezo-Oña, J., Ortiz-Mancheno, N., Valdivieso-Arias, G., Erazo-Pérez, D., Rodríguez-Lorenzana, A., Evans, C., & Paz, C. (2024). Assessing the suitability and psychometric properties of the Spanish version of the YP-CORE for adolescents in Latin America: A study in Ecuador. *BMC Psychology, 12*(1), 671. https://doi.org/10.1186/s40359-024-02169-8

Wei, M., & Liu, J. (2024). Middle school students' psychological health on suicide ideation: Based on latent profile analysis. *Frontiers in Public Health, 12,* Article 1390682. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1390682

Wilkinson, L., Pearson, J., & Liu, H. (2018). Educational attainment of transgender adults: Does the timing of transgender identity milestones matter? *Social Science Research, 74*, 146-160. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2018.04.006

Zulic Agramunt, C., Gutiérrez de la Fuente, P., Cerda Saavedra, B., Meza Solano, M., Sagredo Berríos, C., & Mora Navia, E. (2019). Validación de la Escala de Suicidalidad Okasha para adolescencia temprana en Chile. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, 30*(2), 18-26. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1398191

Zúñiga-Salazar, E., Valdiviezo-Oña, J., Ruiz-Cordoba, O., Baldus-Andrade, D., & Paz, C. (2021). Servicios psicológicos afirmativos para personas LGTBIQA+ en Ecuador: cambios en el malestar psicológico. *Terapia psicológica, 39*(3), 353-374. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000300353

Recibido: marzo 21, 2026
Aceptado: junio 5, de 2026