



**Perspectivas de profesionales de la salud sobre el cáncer de mama en la población
transgénero en Bogotá, Colombia**

Marcia Tatiana Corredor Acosta

María Camila Beltrán Romero

Dirigido por: Claudia Margarita Cortes García

Título por el que opta: Magister en salud pública

**Universidad del Rosario
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Maestría en Salud Pública
Bogotá D.C, Colombia**

2025

Perspectivas de profesionales de la salud sobre el cáncer de mama en la población transgénero en Bogotá, Colombia

Resumen

Objetivo:

Explorar las perspectivas de profesionales de salud sobre la atención del cáncer de mama en la población transgénero en Bogotá, Colombia, identificando conocimientos, barreras y necesidades de mejora en la práctica clínica.

Metodología:

Estudio cualitativo descriptivo con enfoque fenomenológico basado en entrevistas semiestructuradas realizadas a nueve profesionales de salud (médicos especialistas, residentes y enfermeras) vinculados a la ruta oncológica en Bogotá. Se empleó análisis temático para identificar patrones emergentes en los discursos.

Resultados:

Se identificaron tres ejes temáticos principales: (1) un vacío experiencial crítico donde ningún participante había atendido casos de cáncer de mama en pacientes transgénero, pese a que algunos tenían experiencia general con esta población; (2) barreras estructurales y sistémicas que incluyen limitaciones tecnológicas de los sistemas de información, falta de capacitación específica y presencia de prejuicios; y (3) necesidades imperativas de acción centradas en formación profesional, adaptación de protocolos y mejora de políticas institucionales.

Conclusiones:

Existe una brecha significativa entre la realidad epidemiológica del cáncer de mama en población transgénero y la preparación del sistema de salud colombiano para abordarla. Se requieren intervenciones urgentes en formación profesional, adaptación tecnológica y desarrollo de protocolos específicos para garantizar una atención oncológica equitativa e inclusiva.

Palabras clave:

Cáncer de mama, población transgénero, personal de salud, barreras de acceso a los servicios de salud, Colombia

Introducción

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial, afectando a mujeres y hombres, incluidas las personas transgénero [1,2]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que es el cáncer más común, con aproximadamente 2,2 millones de casos anuales en 2020 [1]. Aunque la primera descripción de cáncer de mama en una persona transgénero data de 1968 en una persona en transición de hombre a mujer [3], su presentación puede variar significativamente en comparación con pacientes cisgénero. Sin embargo, este tema ha ganado interés, evidenciado por numerosos reportes de caso y estudios de cohorte recientes. El riesgo de cáncer de mama en la población transgénero es complejo y varía según el tratamiento y la anatomía de cada individuo. Mientras que algunos estudios, como el de Gooren et al., han sugerido que el riesgo en hombres transgénero podría equipararse al de los hombres cisgénero, la situación en mujeres transgénero es diferente. La literatura indica que, en ellas, la terapia hormonal incrementa el riesgo por encima del de la población masculina cisgénero, resultando en una incidencia que, aunque baja, es clínicamente significativa. [4]. Más tarde, estudios de cohorte amplios, realizados entre 2019 y 2020, han reportado incidencias de cáncer de mama en mujeres transgénero en el rango de 4–20 por 100 000 pacientes-año [5,6].

Contexto epidemiológico del cáncer de mama en Colombia

En Colombia, el cáncer de mama representa un problema de salud pública crucial, con una relevancia epidemiológica destacada en la región [7]. Al trasladar este análisis al contexto colombiano, se evidencia una importante brecha de información. A pesar de que la Cuenta de Alto Costo (CAC), en su reporte sobre la situación del cáncer de mama para el periodo 2022-2023, informó de 9.716 casos nuevos en el país, los datos públicos actuales no se desagregan por identidad de género. Esta falta de especificidad en los registros nacionales impide cuantificar la incidencia y prevalencia del cáncer de mama en la población transgénero colombiana. La ausencia de estos datos representa un desafío para el diseño de políticas públicas de salud inclusivas y para la creación de guías de tamizaje y detección temprana adaptadas a las necesidades particulares de este grupo poblacional en Colombia. Estas cifras son particularmente preocupantes, ya que este tipo de cáncer presenta la mayor tasa de incidencia y mortalidad entre todas las neoplasias que afectan a la población colombiana [7].

La complejidad de este problema se magnifica al considerar a la población transgénero. Los sistemas de registro epidemiológico tradicionales a menudo no distinguen adecuadamente entre personas cisgénero y transgénero, resultando en un subregistro que obstaculiza la comprensión del impacto real del cáncer de mama en este grupo [9]. Este déficit de información es un reflejo de las barreras estructurales que las personas transgénero enfrentan para acceder a servicios de salud adaptados a sus necesidades, incluyendo la prevención, detección temprana y tratamiento oncológico [10,11]. Las personas transgénero, en función de sus procesos de transición y tratamientos hormonales, pueden presentar

factores de riesgo específicos para el desarrollo de cáncer de mama, distintos a los de las personas cisgénero [4,12]. Estos factores únicos exigen un abordaje especializado que, según la evidencia disponible, no siempre está garantizado en el sistema de salud colombiano [9,13].

Barreras de acceso a servicios de salud para la población transgénero

Las personas transgénero en Colombia enfrentan múltiples obstáculos para acceder a servicios de salud adecuados, situación que se exagera en la atención especializada en oncología mamaria [10,14]. La Secretaría de Salud de Bogotá ha caracterizado estas barreras, destacando las de tipo cultural, como la transfobia, manifestada en el entorno familiar, social y, crucialmente, dentro de los propios servicios de salud [15]. Estas actitudes corresponden a lo descrito en revisiones sobre estigma y discriminación en salud para población transgénero a nivel global [11,16].

En cuanto a la afiliación al sistema de salud, datos comparativos de la Política Pública LGBTI de Bogotá revelan una disparidad: mientras el promedio de afiliación para la población LGBTI es del 78,7%, las mujeres transgénero muestran un porcentaje notablemente menor (68,4%), atribuible principalmente a la falta de ingresos y empleo formal [15]. Esta precariedad en la seguridad social es un impedimento primario para acceder a servicios de detección temprana y tratamiento del cáncer de mama [10,14].

Adicionalmente, las cifras de violaciones de derechos humanos contra personas transgénero en Colombia son alarmantes. En 2017 se documentaron múltiples violaciones, muchas dirigidas a mujeres transgénero, incluidas relacionadas con el acceso a servicios de salud [15,17]. Estas vulneraciones impactan negativamente la detección y tratamiento oportuno del cáncer de mama en esta población [17]. Otro aspecto relevante es la persistente patologización de las identidades transgénero en el ámbito sanitario. A pesar de avances internacionales en la despatologización, en Colombia aún se exige evaluación psiquiátrica para acceder a tratamiento hormonal y/o quirúrgico [18], barrera adicional para la atención integral en salud, incluyendo servicios de prevención y tratamiento oncológico [18,19].

Modelos de atención y experiencias documentadas

Frente a las barreras identificadas, diversas instituciones en Colombia han impulsado iniciativas para mejorar la atención en salud de la población transgénero. Un ejemplo notable es el proyecto “TRANSformando Sociedad” de Profamilia, financiado por la Embajada de Holanda, que busca establecer un modelo de atención humanizado e integral para la población transgénero colombiana, con énfasis en salud sexual y reproductiva [20]. Esta iniciativa responde a la necesidad de facilitar el acceso al sistema de salud, eliminando barreras y promoviendo el respeto a sus derechos fundamentales [20].

La Secretaría de Salud de Bogotá ha desarrollado una ruta de atención integral para personas transgénero, pionera a nivel distrital y nacional. Este documento provee orientaciones para

que las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) establezcan, en el marco de los acuerdos de voluntades, las acciones a contratar a su red de prestadores, así como los mecanismos de monitoreo y evaluación de los resultados en salud [15,21]. El documento contempla la caracterización de las condiciones y situaciones de salud de las personas transgénero por momento vital, así como orientaciones en valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud [15,21].

En cuanto a las experiencias específicas en atención oncológica para población transgenero, la literatura internacional destaca iniciativas como la del Hospital Carlos G. Durand en Argentina, donde se han creado secciones especializadas para aumentar la accesibilidad de esta población, aunque enfocadas principalmente en otros tipos de cáncer (p. ej., cérvico-uterino) [22] o como the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) creada en 1979 por el Dr. Harry Benjamin con el objetivo de estudiar y brindar tratamiento de patologías en pacientes transgenero [48]. Estos antecedentes son relevantes para imaginar adaptaciones en servicios oncológicos de mama.

Desafíos en el tamizaje y diagnóstico del cáncer en población transgénero

Los estudios sobre tamizaje de cáncer en población transgénero revelan desafíos que demandan adaptaciones en protocolos convencionales. Por ejemplo, un estudio retrospectivo (2012–2017) con pacientes transgénero masculinos mostró tasas de citologías insatisfactorias hasta 10 veces mayores que en mujeres cisgénero, sugiriendo la necesidad de ajustar métodos de tamizaje (p. ej., HPV autotoma) [23]. Estos hallazgos podrían extrapolarse al contexto del tamizaje de cáncer de mama, considerando particularidades anatómicas y psicológicas de la población transgénero [24]. Aunque la literatura actual no aborda específicamente percepciones del personal de salud sobre tamizaje de cáncer de mama en población transgénero en Colombia, los desafíos identificados en otros tipos de cáncer subrayan la necesidad de formación especializada para profesionales de la salud en este ámbito [24,25].

Percepciones sobre la atención en salud para población transgénero

Si bien no se han identificado estudios específicos sobre percepciones de profesionales en atención oncológica de mama para población transgénero en Colombia, existen investigaciones que abordan la atención sanitaria general para este grupo. Un estudio exploratorio encontró que, si bien las personas transgénero perciben cierta aceptación general, señalan inconvenientes como explicaciones invasivas sobre identidad de género, desinformación acerca de efectos secundarios de tratamientos hormonales, demoras, y falta de formación del personal sanitario en transexualidad [26]. Esta carencia de formación especializada dentro de los programas educativos de nuestro país contrasta con el panorama mundial donde se pueden enumerar una gran cantidad de iniciativas como Transcare, Global Education Institute, Center of Expertise on Gender Dysphoria u ofertas académicas como las

ofrecidas por instituciones como Wake Forest University (*Advanced Training in Gender and Sexual Minority Health Care Certificate*), Rutgers School of Public Health (*LGBTQ Health Certificate*), Columbia School of Nursing (*Certificate of Professional Achievement in Transgender Non-Binary Health Care*), entre otras, este vacío podría impactar la calidad de atención oncológica para población transgénero, incluyendo diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama [26,27].

Estrategias de acompañamiento y navegación de pacientes

Un enfoque prometedor para mejorar la atención oncológica, adaptable a la población transgénero, es la navegación de pacientes.¹ Este modelo de prestación de cuidados basado en evidencia ha demostrado apoyar el acceso de pacientes con escasos recursos a atención oportuna y de calidad a lo largo de todo el proceso oncológico [28]. Incluye elementos de educación, abogacía, psico-orientación y autogestión, beneficiosos para pacientes transgénero con cáncer de mama, dadas las barreras adicionales en el sistema de salud [28,29]. La evidencia sugiere que la navegación y el coaching en salud mejoran calidad de vida y disminuyen síntomas de ansiedad y depresión [29]. En el contexto colombiano, la guía distrital para atención integral en salud para población transgénero y no binaria reconoce el cáncer de mama como patología relevante, aunque señala la falta de datos específicos sobre su caracterización o distribución y acceso a atención [15,21]. Esta deficiencia es un problema de salud pública que obstaculiza una atención integral e incluyente [15].

Las personas transgénero enfrentan barreras significativas en el acceso a atención médica, incluyendo insuficiente capacitación de profesionales, discriminación y estigmatización [11,26]. Estos factores afectan la percepción y el manejo del cáncer de mama en esta comunidad. Por tanto, es crucial investigar las representaciones de profesionales sobre esta enfermedad en personas transgénero, para identificar sesgos y áreas de mejora en capacitación y políticas de salud inclusivas [27]. La investigación existente sobre cáncer de mama en población transgénero desde la perspectiva de profesionales de salud es limitada [27], centrada en generalidades de salud transgénero sin profundizar en percepciones clínicas específicas de cáncer de mama [27].

¹ El modelo de Navegación de Pacientes (*Patient Navigation*) fue desarrollado originalmente por el Dr. Harold P. Freeman en la década de 1990 con el objetivo de eliminar las barreras a la atención oncológica y reducir las disparidades en los resultados del cáncer en poblaciones vulnerables. Un "navegador" es una persona capacitada (que puede ser un profesional de enfermería, un trabajador social o un miembro de la comunidad) que guía a los pacientes a través del complejo sistema de salud. Su función principal es identificar y resolver activamente las barreras individuales y sistémicas que impiden el acceso a una atención oportuna y de calidad, las cuales pueden ser financieras, logísticas, comunicacionales y administrativas [15]

Este proyecto se centra en deconstruir las perspectivas y constructos clínicos que los profesionales de la salud en Colombia utilizan al enfrentarse al diagnóstico y manejo del cáncer de mama en la población transgénero. Partiendo de la premisa de que el profesional es un agente clave que puede actuar como barrera o facilitador, la investigación busca establecer el nexo entre sus percepciones (conocimientos, sesgos y supuestos) y las consecuencias directas en la atención: desde la comunicación en la consulta hasta las decisiones terapéuticas y la adherencia al tratamiento del paciente.

Referentes teóricos

El cáncer de mama es una patología compleja cuya comprensión y abordaje en poblaciones diversas, como la transgénero, requiere un marco teórico robusto que integre conocimientos biomédicos con perspectivas sociopsicológicas y de derechos humanos [31]. Este apartado desarrollará los pilares conceptuales que sustentan el estudio, incluyendo el marco teórico general del cáncer de mama, las barreras de acceso a la salud para personas transgénero, las percepciones de los profesionales de la salud, los modelos de atención inclusivos y las estrategias de acompañamiento al paciente.

Marco teórico del cáncer de mama y la población transgénero

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea caracterizada por el crecimiento descontrolado de células mamarias, con etiología multifactorial que incluye factores genéticos, hormonales, reproductivos y ambientales [32]. La incidencia y prevalencia varían significativamente entre poblaciones y, tradicionalmente, la investigación se ha centrado en mujeres cisgénero [33]. Sin embargo, la comprensión de esta patología debe expandirse para incluir a hombres cisgénero y, de manera crucial, a las personas transgénero, quienes tienen perfiles de riesgo y necesidades de atención particulares [34].

En personas transgénero, la exposición a Terapia Hormonal de Afirmación de Género (THAG) modifica la arquitectura mamaria y los perfiles hormonales, lo que puede influir en el riesgo de cáncer de mama [4,12]. Por ejemplo, las mujeres transgénero (asignados hombres al nacer, que transicionan a mujer, pero conservan su órgano reproductor) que reciben estrógenos y antiandrógenos desarrollan tejido mamario susceptible al cáncer, aunque el riesgo absoluto se considera bajo en comparación con mujeres cisgénero, la evidencia es creciente [4,5,35]. Por otro lado, los hombres transgénero (asignadas mujeres al nacer, que transicionan a hombre, pero conservan su órgano reproductor) que reciben testosterona pueden mantener tejido mamario residual, incluso después de mastectomías parciales o totales, y por tanto siguen teniendo un riesgo de cáncer de mama, aunque reducido [36,37]. El manejo de este riesgo exige comprensión de las modificaciones anatómicas y fisiológicas inducidas por la THAG, así como la identificación de factores de riesgo adicionales, como historial familiar y mutaciones genéticas (p. ej., BRCA) [38].

Barreras de acceso a servicios de salud para personas transgénero

Las personas transgénero enfrentan múltiples barreras sistémicas y estructurales en el acceso a atención en salud, agravadas en el contexto de enfermedades crónicas como el cáncer [11,14]. Estas barreras incluyen:

- **Culturales y de estigma:** transfobia y discriminación en entornos de salud, comentarios despectivos, uso incorrecto de pronombres, invalidación de identidad, actitudes patologizantes por parte de personal sanitario [11,16,26]. Esto genera desconfianza y retraso en la búsqueda de atención, incluidos tamizaje y diagnóstico temprano de cáncer [11].
- **Económicas y administrativas:** baja afiliación a sistemas de seguridad social por precariedad laboral en población transgénero [15]; procesos administrativos complejos no adaptados a la realidad transgénero (cambio de nombre o sexo en documentos) dificultan obtención de citas y continuidad de tratamiento [14,15].
- **Conocimiento y capacitación:** falta de formación específica sobre necesidades médicas de población transgénero, THAG, particularidades anatómicas, cómo realizar tamizajes y tratamientos adecuados [26,27,39]. Esto se traduce en atención inadecuada, diagnósticos erróneos o tardíos y omisión de consideraciones importantes en manejo de cáncer de mama [27].
- **Legales y normativas:** patologización persistente de identidades transgénero en marcos legales y protocolos (evaluaciones psiquiátricas para THAG o cirugías) perpetúa discriminación y dificulta acceso a atención integral [18,19].
- **Geográficas e infraestructura:** centralización de servicios especializados en grandes ciudades limita acceso a quienes residen en zonas rurales; infraestructura física de centros de salud no inclusiva (baños no binarios, salas de espera segregadas) contribuye a incomodidad [40,41].

Modelos de atención inclusivos y estrategias de acompañamiento

Para superar barreras y mejorar atención, se han propuesto modelos de atención inclusivos y estrategias de acompañamiento [20,21,28]. Estos modelos se fundamentan en atención centrada en la persona, respeto a diversidad de género y enfoque de derechos humanos [20,21,28].

- **Modelos de atención integral y humanizada:** iniciativas como “TRANSformando Sociedad” buscan rutas que aborden necesidades biomédicas y psicosociales, promoviendo respeto y autonomía [20]. La guía distrital de Bogotá establece orientaciones para EAPB y redes de prestadores, abarcando caracterización de condiciones, valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud [15,21].

- **Navegación de pacientes oncológicos:** modelo basado en evidencia para apoyar acceso de pacientes con recursos limitados a atención oportuna y de calidad durante proceso oncológico [28]. Incluye educación, abogacía, psico-orientación y autogestión, relevantes para población transgénero con cáncer de mama [28,29].
- **Formación y sensibilización del personal de salud:** programas de capacitación integral en salud transgénero, incluyendo conocimiento de THAG, particularidades médicas, uso de lenguaje inclusivo y deconstrucción de prejuicios [26,27,39]. Objetivo: dotar habilidades clínicas y comunicacionales para atención competente y respetuosa.

Profesionales de la salud y su rol en la atención de cáncer de mama en personas transgénero

El rol de profesionales en atención de cáncer de mama en población transgénero es multifacético: desde atención primaria hasta especialidad oncológica, su conocimiento, actitudes y habilidades determinan calidad y equidad de atención [27,31]. La ruta oncológica mamaria involucra ginecología, mastología, radiología, oncología y enfermería, cada una con rol específico en tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento [32,33].

La falta de guías clínicas claras para manejo de cáncer de mama en personas transgénero y la limitada experiencia clínica generan incertidumbre y variabilidad en la práctica [27]. Es esencial que los profesionales:

- Realicen evaluación individualizada de riesgo, considerando historial de THAG, cirugías de afirmación de género y factores genéticos [4,12,38].
- Adapten técnicas de imagen (mamografía, ecografía, resonancia magnética) a anatomía presente del paciente, modificada por hormonas o cirugías (p. ej., maniobra de Eklund en mamografías con implantes) [36,42].
- Consideren interacciones entre THAG y tratamientos oncológicos, especialmente en terapias hormonales para cáncer de mama [12,38].
- Ofrezcan apoyo psicosocial que contemple estrés de minoría e identidades estigmatizadas [29,43].
- Actúen como defensores del paciente, facilitando navegación en sistema de salud no inclusivo [28,29].

Este estudio busca deconstruir las perspectivas de los profesionales de la salud que actúan como agentes clave en la ruta oncológica. Para ello, se exploran tres dimensiones interconectadas. Primero, los **conocimientos**, entendidos como el corpus de saberes biomédicos, clínicos y psicosociales que los profesionales poseen —o de los que carecen— sobre las particularidades de la THAG, las modificaciones anatómicas y las necesidades de la población trans. Segundo, las **barreras**, definidas como los obstáculos estructurales, culturales, burocráticos y educativos que impiden un acceso efectivo a la atención, incluyendo desde la transfobia en los servicios de salud hasta las rigideces de los sistemas de información. Finalmente, se identifican las **necesidades**, concebidas como las acciones imperativas que los

propios profesionales reconocen como indispensables para cerrar estas brechas, tales como la formación especializada, la adaptación de protocolos y la investigación local.

Es importante señalar que, a lo largo de este estudio, se utilizará el término 'transgénero' como un término inclusivo. Este concepto abarca a todas aquellas personas cuya identidad de género difiere del sexo que se les asignó al nacer. Por lo tanto, incluye explícitamente a las personas que se identifican como transexuales, independientemente de si han iniciado, están en proceso o desean realizar una transición médica. En consecuencia, los hallazgos y recomendaciones de esta investigación son aplicables a todo este espectro, entendiendo la transexualidad como una de las múltiples experiencias dentro de la identidad transgénero.

Metodología

2.1. Diseño del estudio Se realizó un estudio cualitativo descriptivo con un enfoque fenomenológico. Este diseño fue seleccionado por su idoneidad para explorar en profundidad los significados, experiencias y perspectivas que los profesionales de la salud atribuyen a su práctica clínica en relación con el cáncer de mama en la población transgénero, un área emergente y poco investigada en el contexto colombiano.

2.2. Participantes y muestreo La selección de participantes se realizó mediante un muestreo intencional por conveniencia, buscando la máxima variabilidad de perfiles dentro de la ruta oncológica mamaria. Se incluyeron nueve profesionales de una institución privada de cuarto nivel en Bogotá que atiende pacientes de diversos regímenes de aseguramiento. La muestra estuvo conformada por siete médicos (dos residentes de ginecología, un residente de mastología, un fellow de mastología, un mastólogo senior, una radióloga especialista en imagen mamaria y un médico general) y dos enfermeras especializadas en oncología. La experiencia profesional de los participantes osciló entre 8 meses y más de 15 años.

2.3. Recolección y análisis de datos Se realizaron entrevistas semiestructuradas entre enero y marzo de 2025, utilizando una guía diseñada para explorar la formación, conocimientos, percepción de barreras y necesidades de mejora en la atención a pacientes transgénero. Las entrevistas, con una duración promedio de 45 minutos, fueron grabadas en audio previo consentimiento informado y transcritas textualmente de manera literal para garantizar la fidelidad de los datos.

El análisis de datos siguió las fases del análisis temático propuestas por Braun y Clarke. Se utilizó el software ATLAS.ti para la organización, codificación y sistematización de la información. Se alcanzó la saturación teórica de los datos al observar que, a partir de la séptima entrevista, no emergían nuevos códigos o temas significativos, y las entrevistas posteriores sirvieron para confirmar y consolidar las categorías de análisis ya establecidas.

Para asegurar el rigor metodológico, se empleó la triangulación de analistas, donde las transcripciones fueron codificadas de forma independiente por las dos investigadoras

principales y los temas emergentes fueron discutidos y consensuados para minimizar sesgos. Asimismo, la triangulación de fuentes de datos se logró al incluir participantes de distintas disciplinas (medicina, enfermería) y niveles de experiencia, lo que permitió contrastar y enriquecer las perspectivas sobre el fenómeno estudiado.

2.4. Consideraciones éticas El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad del Rosario. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes, garantizando la confidencialidad mediante el uso de seudónimos y la voluntariedad de su participación.

Resultados

El análisis de entrevistas reveló tres ejes temáticos principales: (1) estado actual del conocimiento y experiencia clínica, (2) barreras estructurales y sistémicas identificadas, y (3) necesidades de acción imperativas para mejorar la atención.

3.1. Conocimiento y experiencia clínica: un panorama de brechas y suposiciones

Este eje profundiza en dinámicas de conocimiento y experiencia de profesionales en relación con población transgénero en contexto oncológico de mama. Se subrayan brechas significativas y dependencia de suposiciones ante ausencia de experiencia directa.

3.1.1. Perfil de participantes y dinámicas generacionales en el abordaje de la población transgénero

La composición de entrevistados reveló diferencias en receptividad según experiencia profesional y generación. Profesionales más jóvenes (6 de los participantes todos con <10 años experiencia) mostraron apertura e interés genuino, con conciencia de limitaciones y necesidad de aprender para brindar atención de calidad. Una residente de ginecología comentó:

“Reconozco que tengo muchas limitaciones en este tema, pero me parece súper importante aprenderlo porque sabemos que esta población existe y necesita atención de calidad” (Residente de Ginecología).

En contraste, profesional con >15 años (mastólogo) exhibió resistencia pasiva y abandono de entrevista, posiblemente reflejo de “resistencia institucional” o paradigmas biomédicos tradicionales que deslegitiman áreas emergentes [46]. Esta polarización generacional sugiere que intervenciones educativas deben adaptarse a distintos perfiles, resaltando relevancia clínica y ética.

3.1.2. Experiencia directa con pacientes transgénero y el conocimiento del cáncer de mama

Enfermería: ambas enfermeras reportaron experiencia significativa con pacientes transgénero en atención primaria y programas de promoción y prevención (PyP), desarrollando familiaridad y sensibilidad [26]. Ejemplo: atención integral preguntando identidad preferida aún con documentos sin cambio de nombre, práctica clave de validación de identidad [26].

Medicina: 4/7 médicos habían tenido contacto previo con pacientes transgénero en contextos generales, no oncológicos; exposiciones esporádicas reforzando falta de familiaridad con cáncer de mama en población trans [27].

3.1.3. El vacío experiencial y sus consecuencias: violencia epistemológica y asimilación biomédica

Un hallazgo central del estudio es la identificación de un "**vacío experiencial crítico**": ninguno de los nueve profesionales entrevistados había diagnosticado, tratado o seguido a un paciente transgénero con cáncer de mama. Este vacío no solo refleja una posible baja incidencia o un subregistro, sino que opera como un síntoma de **violencia epistemológica**. Dicha violencia se manifiesta en cómo el sistema de salud, a través de sus barreras estructurales y la falta de formación, invalida sistemáticamente las realidades de salud de la población trans, volviéndolas "desconocidas" o "impensables" para el clínico. La experiencia del paciente trans con cáncer no llega a convertirse en conocimiento médico práctico, perpetuando un ciclo de invisibilidad [30].

Esta ausencia de experiencia directa obliga a los profesionales a operar desde la hipótesis y la suposición. Como lo expresó un médico especialista: *"En teoría, uno asume que lo manejaría de manera similar a una paciente cisgénero, pero la verdad es que nunca he enfrentado un caso. Es un terreno completamente desconocido en la práctica diaria"*.

Esta dependencia de la suposición revela una estrategia de afrontamiento que hemos denominado "**asimilación biomédica**": la tendencia a simplificar las complejidades únicas que presenta esta población aplicando de forma acrítica los protocolos médicos establecidos para pacientes cisgénero. Esta aproximación simplista ignora las particularidades que pueden surgir del contexto psicosocial del paciente, los efectos específicos de la Terapia Hormonal de Afirmación de Género (THAG) y sus posibles interacciones con los tratamientos oncológicos [9,10].

Al reducir la identidad de género a una variable biológica secundaria que no requiere consideraciones especiales, la asimilación biomédica actúa como una barrera que desatiende las necesidades emocionales y de identidad de los pacientes, impidiendo una atención verdaderamente integral y humanizada [4,12].

- **Tratamientos hormonales:** incertidumbre sobre impacto de duración y tipo de hormonoterapia en riesgo y tratamiento [4,12,38]; la literatura menciona posible

mayor visibilidad de lesiones en imágenes, similar a terapia de reemplazo hormonal en mujeres cis [47]. Aspectos administrativos: rechazos de exámenes por incongruencia de sexo en sistemas de salud [15].

- **Intervenciones quirúrgicas:** mamoplastias de aumento en mujeres transgénero y mastectomías en hombres transgénero requieren adaptaciones en diagnóstico por imagen (maniobra de Eklund, evaluación de tejido residual) [36,42]. Esta técnica consiste en desplazar el implante hacia la pared torácica, traccionando el tejido mamario hacia adelante. Esto permite comprimir y visualizar mejor el tejido glandular en la mamografía, lo que es crucial para detectar posibles anomalías que de otra forma quedarían ocultas por el implante.

En síntesis, abordaje teórico combina asimilación pragmática con incipiente conciencia de factores biológicos, pero carece de perspectiva integral que incluya psicosocial y sistémico.

3.2. Barreras estructurales y sistémicas

Profesionales identificaron barreras en múltiples niveles:

3.2.1. El factor humano: violencia simbólica del desconocimiento

Carencia de preparación y sensibilización en personal de salud, manifestada en malgenerización (uso incorrecto de pronombres, documentos incongruentes), trato irrespetuoso y curiosidad invasiva [11,14,26]. Esto genera desconfianza, miedo y evitación de servicios, retrasando tamizaje y tratamiento [11,26]. Ejemplos de malgenerización sistémica: sistemas basados en documento legal mostrando género contrario al sentido del paciente [15].

3.2.2. Restricciones del sistema de salud: barreras tecnológicas y burocráticas

El laberinto administrativo: se identificó la burocracia como una barrera central. Los sistemas de información rígidos, que no permiten registrar la identidad de género de forma independiente al sexo asignado al nacer, provocan rechazos automáticos de autorizaciones para procedimientos clave. Una mujer transgénero registrada legalmente con sexo masculino no puede obtener fácilmente una autorización para una mamografía, obligando al personal a realizar "malabares administrativos" que desgastan y disuaden tanto al paciente como al profesional. Estos protocolos, diseñados bajo un estricto modelo binario, no solo fallan en reconocer la diversidad, sino que activamente obstruyen la ruta de atención oncológica [15,36].

3.2.3. Limitaciones en formación profesional: ausencia de capacitación específica

La mayoría (7 de los participantes) reconoce carencias en formación para atender población transgénero, especialmente aspectos clínicos específicos de cáncer de mama [26,27,39]. Solo

enfermeras con experiencia en salud pública o PyP han recibido cierta capacitación. Médicos reportan formación insuficiente en universidades y seminarios, recurriendo a suposiciones y protocolos generales [26].

3.3. Necesidades de acción identificadas

Profesionales proponen necesidades agrupadas en: formación profesional, adaptación tecnológica y protocolaria, e investigación local.

3.3.1. Formación profesional integral

Urgencia de capacitación con competencias clínicas concretas y habilidades comunicacionales: casos clínicos reales, protocolos adaptados, consideraciones farmacológicas de THAG y tratamientos oncológicos, comunicación inclusiva [26,27,39]. Campañas de acercamiento para generar confianza en consultorios libres de discriminación [26].

3.3.2. Adaptación tecnológica y protocolaria

Actualizar sistemas de información para registrar identidad de género separada de sexo asignado al nacer, facilitando autorizaciones de exámenes y evitando malgenerización [15]. Protocolos de autorización flexibles para tamizaje y diagnóstico de cáncer de mama en transgénero (mamografía, ecografía) [15]. Rutas específicas de atención oncológica que consideren hormonoterapia, cirugías de afirmación y necesidades psicosociales [36].

3.3.3. Investigación y evidencia local

Escasez de datos nacionales sobre cáncer de mama en población transgénero colombiana obstaculiza desarrollo de políticas y protocolos basados en realidad epidemiológica local [30]. Investigación necesaria para: caracterizar epidemiología (incidencia, prevalencia, factores de riesgo), evaluar eficacia de tratamientos adaptados, diseñar estrategias de tamizaje y prevención culturalmente competentes [30].

Discusión y conclusiones

La investigación cualitativa exploró perspectivas de profesionales de salud en Bogotá sobre atención de cáncer de mama en población transgenero. Hallazgos revelan paradojas y desafíos sistémicos que subrayan transformación urgente en práctica y políticas de salud.

4.1. Interpretación de hallazgos principales

Existe reconocimiento teórico de necesidad de atender población transgénero, pero práctica oncológica carece de experiencia. Hallazgo de “vacío experiencial crítico” (ningún profesional ha atendido casos de cáncer de mama en paciente transgénero) sugiere “invisibilidad

epidemiológica” y barreras que impiden captación de casos [9,30]. Esta interpretación se refuerza con evidencia internacional de incidencias variables en población transgénero sometida a hormonoterapia [4,5,35].

Barreras identificadas (violencia simbólica, restricciones tecnológicas, falta de formación) configuran un ambiente hostil que disuade acceso y adherencia [11,15,26]. Diferencia generacional en receptividad (más jóvenes abiertos, experimentados con resistencias) sugiere necesidad de formaciones diferenciadas [46]. Tendencia a “asimilación biomédica” subestima complejidad de manejo oncológico en transgénero, minimizando efectos de hormonoterapia, cirugías y dimensiones psicosociales [4,12,36,43].

4.2. Comparación con literatura internacional

Contraste con países como Países Bajos, EE. UU. y Canadá, donde existen protocolos específicos y experiencia clínica en manejo de cáncer de mama en población transgénero [4,28,36]. Literatura internacional enfatiza individualización de recomendaciones basadas en anatomía presente, uso de hormonas y factores de riesgo específicos [36,47]. Profesionales en estudio reconocen relevancia de hormonoterapia y cirugías, pero con incertidumbre sobre su impacto en riesgo y guías de manejo, evidenciando brecha de conocimiento traducible en práctica [4,12].

La literatura internacional subraya de manera consistente cómo la discriminación y las barreras sistémicas en la salud transgénero conducen a retrasos en el diagnóstico y peores desenlaces clínicos [11,16,29]. Estos hallazgos son consistentes con el contexto colombiano, donde se ha documentado que los pacientes evitan interactuar con el sistema de salud por temor a la discriminación o debido a engorrosos trámites burocráticos [15,26].

No obstante, un análisis integral revela que estas barreras sistémicas no son unidireccionales. Los propios profesionales de la salud también las experimentan desde su rol: se enfrentan a un sistema que no les provee formación especializada, carecen de guías clínicas claras para la población trans y deben operar con herramientas, como los sistemas de información, que son inflexibles y no reconocen la diversidad de género. Esta falta de soporte institucional no solo genera incertidumbre clínica, sino que también limita su capacidad para ofrecer una atención segura y de calidad.

Por lo tanto, la consonancia entre la evidencia internacional y la realidad colombiana no solo confirma las dificultades del paciente, sino que también expone una falla estructural que afecta a ambos actores de la atención sanitaria. El abordaje de estas barreras es urgente, no solo para proteger al paciente, sino también para empoderar y capacitar al profesional.

4.3. Implicaciones para la práctica clínica

Hallazgos sugieren varias implicaciones críticas para práctica oncológica en Colombia:

4.3.1. Necesidad de protocolos específicos

La “asimilación biomédica” subestima complejidad oncológica en población transgénero. Literatura internacional documenta consideraciones que deben incorporarse a protocolos colombianos:

- Evaluación individualizada de riesgo basada en exposición hormonal y anatomía presente (tiempo/tipo de THAG en mujeres transgénero; tejido mamario residual en hombres transgénero) [4,36,38,47].
- Adaptación de técnicas de imagen según modificaciones corporales: maniobra de Eklund en mamografías con implantes; evaluación de tejido residual en post-mastectomía [36,42].
- Consideraciones en terapia hormonal oncológica e interacciones con THAG, para optimizar tratamiento sin comprometer identidad de género [12,38].
- Apoyo psicosocial específico que contemple estrés de minoría e interseccionalidad [29,43].

La implementación de protocolos adaptados es imperativa para atención efectiva y respetuosa.

4.3.2. Formación profesional transformadora

Diferencia generacional en receptividad sugiere formaciones diferenciadas: programas con módulos técnicos específicos para cada especialidad (oncología, radiología, cirugía, ginecología, enfermería), incluyendo THAG, adaptaciones de imagen y manejo psicosocial [26,27,39]. Metodologías que enfrenten resistencias basadas en paradigmas tradicionales mediante evidencia científica convincente, mostrando atención inclusiva como calidad asistencial y equidad [46]. Inclusión de casos clínicos reales y simulaciones para compensar falta de experiencia. Evaluación de competencias comunicacionales y de aplicación de protocolos adaptados [26]. Formación debe fomentar cultura de respeto y empatía, vital para confianza de población transgénero en sistema de salud.

4.4. Limitaciones del estudio

Limitación geográfica: circunscrito a Bogotá, puede no reflejar otras regiones con diferente desarrollo en salud LGBTI y dinámicas culturales [30]. Ausencia de perspectiva de pacientes: estudio centrado en profesionales, sin voces de personas transgénero con cáncer de mama; futura investigación debe incorporar perspectiva de pacientes [25,30]. Tamaño muestral (n=9) adecuado para profundidad cualitativa pero limita generalización; representativo de este grupo de entrevistados [44]. Sesgo de selección: participantes podrían tener mayor sensibilidad hacia diversidad, sobrerrepresentando perspectivas progresistas; el retiro de mastólogo indica posibles resistencias no captadas [46]. Estas limitaciones sugieren necesidad de investigaciones complementarias (cuantitativas, encuestas a gran escala, estudios con participación de pacientes) para comprensión exhaustiva.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones principales

- Brecha crítica entre realidad epidemiológica internacional de cáncer de mama en población transgénero y preparación del sistema de salud colombiano. “Vacío experiencial crítico” indica invisibilidad epidemiológica más que ausencia de la patología [9,30].
- Barreras estructurales y sistémicas (violencia simbólica, rigideces tecnológicas y burocráticas, falta de formación) obstaculizan atención oncológica, más relevantes que consideraciones clínicas específicas.
- Diferencia generacional sugiere cambio paradigmático en formación: profesionales jóvenes abiertos, mayores con resistencias.
- “Asimilación biomédica” simplifica manejo teórico de cáncer de mama en transgénero y subestima complejidades de THAG, cirugías y dimensiones psicosociales. Se requiere evolución hacia enfoques integrales y personalizados.

5.2. Recomendaciones para la política pública

Para abordar deficiencias y mejorar atención de cáncer de mama en población transgénero en Colombia, se proponen recomendaciones estructuradas a corto y mediano plazo:

5.2.1. Inmediatas (0-6 meses)

- Capacitación prioritaria y obligatoria del personal de salud en competencias básicas para atención de población transgénero: terminología adecuada, comunicación inclusiva, desmitificación y sensibilización [26,39].
- Auditoría de sistemas de información para identificar y resolver barreras tecnológicas: permitir registro de identidad de género separado de sexo asignado, asegurar autorizaciones de exámenes sin sesgos de género [15].
- Desarrollo y socialización de protocolos de autorización flexibles para tamizaje y diagnóstico de cáncer de mama en población transgénero, estableciendo mecanismos administrativos claros para justificación y aprobación de estudios (mamografías, ecografías) [15].

5.2.2. Corto plazo (6-18 meses)

- Las políticas deben enfocarse en modificar las normativas que regulan el reporte a la Cuenta de Alto Costo (CAC) para exigir el desglose de datos por identidad de género, una acción fundamental para visibilizar la realidad epidemiológica.
- Diseño e implementación de rutas específicas de atención oncológica para población transgénero: guías clínicas y protocolos incorporando particularidades de THAG,

cirugías de afirmación y necesidades psicosociales en diagnóstico, tratamiento y seguimiento [36,38].

- Formación de equipos multidisciplinarios especializados en salud transgénero dentro de servicios oncológicos: mastología, radiología, oncología, enfermería, psicología, trabajo social, etc., con competencias en salud transgénero [28,29].
- Desarrollo de materiales educativos y campañas de sensibilización dirigidas a profesionales de salud y a la comunidad transgénero sobre importancia de detección temprana y rutas de atención disponibles [26].

5.2.3. Mediano plazo (18-36 meses)

- Investigación epidemiológica local: estudios cuantitativos multicéntricos para caracterizar incidencia, prevalencia y factores de riesgo de cáncer de mama en población transgénero en Colombia [30].
- Validación de protocolos adaptados: estudios de cohorte y seguimientos de casos de cáncer de mama en población transgénero en contexto colombiano, evaluando eficacia de guías de tamizaje y tratamientos adaptados.
- Incorporación de perspectiva de pacientes transgénero en diseño y evaluación de servicios oncológicos: estudio cualitativo con personas transgénero para identificar necesidades y percepciones de calidad de atención [25].
- Integración de módulos de salud transgénero en currículos de formación universitaria en medicina, enfermería y especialidades relacionadas con oncología [26,39].

Referencias

1. Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates (adjunto al anterior para especificidad). *Int J Cancer*. 2021; 149(4):778–789. Disponible en: DOI: 10.3322/caac.21660
3. Martinez D, Simon L, Martínez R, Estellés N, Suelves C, Queralt R, et al. Cáncer de mama en pacientes transgénero. Revisión de la literatura. *Journal of Senology and Breast Disease*. 2019. Disponible en: DOI: 10.1016/j.senol.2019.11.002
4. Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008; 93(1):19–25. Disponible en: DOI: 10.1210/jc.2007-1809
5. de Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, van Engelen K, Adank MA, Dreijerink KMA, Barbé E, Klaver M, Schreiner T, T'Sjoen G, den Heijer M. Breast cancer risk in transgender

- people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ*. 2019; 365,652. Disponible en: doi: 10.1136/bmj.l1652
6. Nota NM, Wiepjes CM, de Blok CJM, Gooren LJG, Kreukels BPC, den Heijer M. Occurrence of Breast Cancer and Endocrine Treatment in Transgender Individuals: A Nationwide Study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020; [acceso 3 abr 2025] 105(4).
 7. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2023 [Internet]. Bogotá: Cuenta de Alto Costo; 2024. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia-2023/>
 8. IARC. GLOBOCAN 2020: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2020; Breast cancer in Colombia: ~15 509 casos nuevos. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
 9. White Hughto JM, Reisner SL. A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgend Health*. 2016; 1(1):21–31. Disponible en: DOI: 10.1089/trgh.2015.0008
 10. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, Holland CE, Max R, Baral SD. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016; 388(10042):412–436. Disponible en: doi: 10.1016/S0140-6736
 11. White Hughto JM, Reisner SL. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and outcomes. *Soc Sci Med*. 2016; 147:222–231. Disponible en: Doi: [10.1016/j.socscimed.2015.11.010](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010)
 12. Brown GR, Jones KT. Incidence of Breast Cancer in Transgender Women: A Cohort Study and Review of the Literature. *Andrology*. 2019; 7(3):390–395. DOI: 10.1007/s10549-014-3213-2
 13. Safer JD, Tangpricha V. Care of Transgender Persons. *N Engl J Med*. 2019; 381(25):2451–2460. Disponible en: DOI: 10.1056/NEJMcp1903650
 14. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: care experiences of transgender people. *Soc Sci Med*. 2013; 84:22–29. Disponible en: DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.02.019
 15. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Ruta de atención integral para personas trans en Bogotá. Bogotá; 2021. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/At_integr/AT_INT_CHARACTERIZACION
 16. Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. National Transgender Discrimination Survey Report on Health and Health Care. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2010. Disponible en: https://cancer-network.org/wp-content/uploads/2017/02/National_Transgender_Discrimination_Survey_Report_on_health_and_health_care
 17. Organización de las Naciones Unidas. Informe sobre derechos humanos de personas LGBTI en Colombia; casos de violaciones documentadas 2017. Disponible en:

//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2021/03/Mas-que-cifras

18. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de las enfermedades mentales y la despatologización de las identidades trans. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
19. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-nonconforming People. Version 7. 2012. Disponible en: <https://wpath.org/>
20. Profamilia. Proyecto TRANSformando Sociedad: modelo de atención integral para población trans en Colombia. Informe técnico; 2022. Disponible en: <https://profamilia.org.co/transformando-sociedad/>
21. Secretaría de Salud de Bogotá. Guía para EAPB: atención integral a población trans. 2021. Disponible https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/At_integr/LINEAMIENTO_ATENCION
22. Hoyos P, Duarte C, Valderrama L. Experiencias de atención oncológica en población trans en América Latina: informe de caso y recomendaciones. Salud Pública. 2022;21(2):123–130. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.4>
23. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Potter J. Healthcare avoidance among transgender individuals: associations with perceived discrimination from patients and providers. J Prim Care Community Health. 2020;11:215013272091816. Disponible en: Doi: [10.1016/j.ssmph.2020.100608](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608)
24. Reisner SL, Radix A, Deutsch MB. Integrated and Gender-Affirming Transgender Clinical Care and Research. J Acquir Immune Defic Syndr. 2016;72 Suppl 3:235–242. Disponible en: DOI: [10.1097/QAI.0000000000001088](https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001088)
25. Sanchez NF, Sanchez JP, Danoff A. Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. Am J Public Health. 2009 Apr;99(4):713-9. Disponible en: Doi: [10.2105/AJPH.2007.132035](https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.132035). Epub 2009 Jan 15. PMID: 19150911; PMCID: PMC2661470.
26. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. Soc Sci Med. 2015 Dec;147:222-31. doi: [10.1016/j.socscimed.2015.11.010](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010). Epub 2015 Nov 11. PMID: 26599625; PMCID: PMC4689648
27. Burns ZT, Bitterman DS, Liu KX, Terezakis SA, Neira PM, Haas-Kogan DA. Towards a standard of care in oncology for transgender patients. Lancet Oncol. 2019 Mar; 20(3): 331-333. Disponible en: doi: [10.1016/S1470-2045\(18\)30942-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30942-2). PMID: 30842045.
28. Freeman HP. Patient navigation: a community-based strategy to reduce cancer disparities. J Urban Health. 2006;83(2):139–141. Disponible en: Doi: [10.1007/s11524-006-9030-0](https://doi.org/10.1007/s11524-006-9030-0)
29. Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E, Mandelblatt J, Mierzwa S, Patient Navigation Research Program Research Group. Patient navigation:

- state of the art or is it science? *Cancer*. 2008;113(8):1999–2010. Disponible en: DOI: 10.1002/cncr.23815
30. Universidad del Rosario. Línea de investigación: salud trans y cáncer en Colombia; propuesta de investigación 2025. Bogotá: Universidad del Rosario; 2025. Documento no publicado.
 31. World Health Organization. WHO Guide to Cancer Early Diagnosis. WHO; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/guide-to-cancer-early-diagnosis>
 32. Harbeck N, Penault-Llorca F, Cortes J, Gnant M, Houssami N, Poortmans P, Ruddy K, Tsang J, Cardoso F. Breast cancer. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):66. Disponible en: DOI: 10.1038/s41572-019-0111-2
 33. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT, Zackrisson S, Senkus E. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2019;30(8):1194–1220. Disponible en: DOI: 10.1093/annonc/mdz173
 34. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, King A, Stamford E, Overstreet NM, Oswald LB, Butler SK, Betancourt JL. Cancer and LGBTQ populations: unique perspectives from risk to survivorship. *Future Oncol*. 2015;11(12):1563–1578. Disponible en: DOI: 10.3322/caac.21288
 35. Nota NM, Wiepjes CM, de Blok CJM, Gooren LJG, Kreukels BPC, den Heijer M. Occurrence of Breast Cancer and Endocrine Treatment in Transgender Individuals: A Nationwide Study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(4). Disponible en: DOI: 10.1136/bmj.l1652
 36. Sameti, Mohammad. 1998. "Detection of Soft Tissue Abnormalities in Mammographic Images for Early Diagnosis of Breast Cancer." Retrospective Theses and Dissertations, 1919-2007. T, University of British Columbia. Disponible en: doi:<http://dx.doi.org/10.14288/1.0065347>.
 37. Andrikopoulou A, Hogan JW, Hayden AJ. Breast Cancer in Transgender Patients: A Review. *Curr Oncol Rep*. 2021;23(11):128. Disponible en: Doi: [10.3390/cancers13174287](https://doi.org/10.3390/cancers13174287)
 38. Łukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer- Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. *Cancers (Basel)*. 2021 Aug 25;13(17):4287. doi: 10.3390/cancers13174287. PMID: 34503097; PMCID: PMC8428369. Disponible en: doi: [10.3390/cancers13174287](https://doi.org/10.3390/cancers13174287)
 39. Safer JD, Tangpricha V. Care of Transgender Persons. *N Engl J Med*. 2019;381(25):2451–2460. Disponible en: DOI: 10.1056/NEJMcp1903650
 40. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: experiences of transgender individuals in medical encounters. *Soc Sci Med*. 2013; 84:22–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>
 41. Bauer GR, Scheim AI, Deutsch MB, Massarella C, Hammond R. Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario,

- Canada. Soc Work Health Care. 2014;53(7):634–654. Disponible en: DOI: 10.1016/j.annemergmed.2013.09.027
42. Stowell JT, Grimstad FW, Kirkpatrick DL, Brown ER, Santucci RA, Crane C, Patel AK, Phillips J, Ferreira MA, Ferreira FR, Ban AH, Baroni RH, Wu CC, Swan KA, Scott SA, Andresen KJ. Imaging Findings in Transgender Patients after Gender-affirming Surgery. Radiographics; 39(5):1368-1392. Disponible en: doi: 10.1148/rg.2019190010. PMID: 31498743.
43. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. J Health Soc Behav. 1995;36(1):38–56. Aplicable a estrés de minoría en salud trans. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7738327/>
44. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
45. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qual Res Sport Exerc Health. 2019;11(4):589–597. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
46. Greenhalgh T, Papoutsis C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. BMC Med. 2018;16(1):95. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
47. Cummings M, Lane C. Hormone therapy and breast cancer risk: review of evidence in cisgender and transgender populations. Endocr Rev. 2020;41(4). Disponible en: Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l1652>
48. World Professional Association for Transgender Health. (2025). World Professional Association for Transgender Health. Recuperado el 27 de julio de 2025, de <https://wpath.org/>