

DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS Y CONTROVERSIAS EN SU TRATAMIENTO: DOS CONCEPCIONES DISTINTAS SOBRE LA IDENTIDAD DE GÉNERO*

*GENDER DYSPHORIA IN CHILDREN AND CONTROVERSIES ABOUT ITS TREATMENT: TWO DIFFERENT CONCEPTIONS OF GENDER IDENTITY**

*DISFORIA DE GÊNERO EM CRIANÇAS E CONTROVÉRSIAS EM SEU TRATAMENTO: DUAS CONCEPÇÕES DIFERENTES SOBRE A IDENTIDADE DE GÊNERO**

Paula Cox¹

María Alejandra Carrasco²

RESUMEN

La disforia de género es una marcada incongruencia entre el sexo que se siente o expresa y el que se asigna al nacer, asociada a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, que puede darse en niños, adolescentes y adultos. En relación con los pacientes pediátricos, no existe actualmente consenso sobre su tratamiento, así como tampoco evidencia que apoye claramente un enfoque por sobre otro. En la literatura se describen principalmente tres tipos de abordaje en niños preadolescentes: modelo tera-

DOI: 10.5294/pebi.2020.24.1.5

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Cox P, Carrasco MA. Disforia de género en niños y controversias en su tratamiento: dos concepciones distintas sobre la identidad de género. *Pers bioet.* 2020;24(1):57-76. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.5>

- * Artículo derivado del trabajo final de grado: “Abordaje y tratamiento de la disforia de género en niños preadolescentes: visiones antropológicas y algunas consideraciones éticas”, Maestría en Bioética, Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile. / Article derived from the master’s thesis on bioethics titled “Abordaje y tratamiento de la disforia de género en niños preadolescentes: visiones antropológicas y algunas consideraciones éticas,” Center for Bioethics, Pontificia Universidad Católica de Chile. / Artigo derivado da dissertação “Abordagem e tratamento da disforia de gênero em crianças pré-adolescentes: visões antropológicas e algumas considerações éticas”, no âmbito do mestrado em Bioética, Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 1 <https://orcid.org/0000-0002-5440-7565>. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile. pdcoc@uc.cl
- 2 <https://orcid.org/0000-0001-9578-3500>. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile. mcarrasr@uc.cl

RECEPCIÓN: 30/10/2019

ENVÍO A PARES: 06/11/2019

APROBACIÓN POR PARES: 03/12/2019

ACEPTACIÓN: 03/01/2020

péutico, *watchful waiting* (espera atenta) y modelo afirmativo. En este trabajo se realiza una breve revisión de la literatura existente sobre la disforia de género, se describen los distintos abordajes en niños y se analizan las visiones antropológicas que los sustentan. Plantearemos que existen al menos dos modos de entender la identidad de género, lo que ha dado lugar, en gran medida, a las controversias en los tratamientos propuestos. Por ello, resulta de gran importancia comprender los supuestos antropológicos en que se fundamentan estos modelos, ya que a cada uno de ellos subyacen diferentes maneras de entender la relación sexo-género en la persona y, por tanto, el rol de la corporalidad y de la autoconsciencia en la identidad de género.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS): disforia de género; identidad de género; tratamientos en niños; modelo terapéutico; *watchful waiting*; modelo afirmativo; relación sexo-género; antropología.

ABSTRACT

Gender dysphoria is a marked mismatch between the sex felt or expressed by an individual and that assigned to them at birth. It is associated with clinically significant discomfort or social impairment and can occur in children, adolescents, and adults. The literature mainly describes three approaches for preadolescents: therapeutic model, watchful waiting, and gender affirmative model. However, there is currently no consensus on its treatment nor any evidence that favors one approach over another. This paper provides a brief review of the existing literature on gender dysphoria, explains various approaches for children, and discusses the anthropological views behind them. We argue that at least two ways of understanding gender identity have given rise to disagreements over the proposed treatments. It is quite important to comprehend the anthropological assumptions on which these models are based since they underlie different conceptions of the person's sex-gender relationship and, therefore, the role of corporality and self-awareness in gender identity.

KEY WORDS (SOURCE: DECS): Gender dysphoria; Gender Identity; child treatment; therapeutic model; watchful waiting; affirmative model; sex-gender relationship; anthropology.

RESUMO

A disforia de gênero é uma marcada incongruência entre o sexo que se sente ou expressa e o que é designado ao nascer, associada a um mal-estar clinicamente significativo ou a uma deterioração no âmbito social, que pode ocorrer em crianças, adolescentes e adultos. Quanto aos pacientes pediátricos, não existe atualmente consenso em seu tratamento nem evidência que apoie com clareza uma abordagem sobre outro. Na literatura, são descritos três tipos de abordagem em crianças pré-adolescentes: modelo terapêutico, *watchful waiting* (observação vigilante) e modelo afirmativo. Neste trabalho, é realizada uma breve revisão da literatura sobre a disforia de gênero, são descritas as diferentes abordagens em crianças e são analisadas as visões antropológicas que as justificam. É provável que haja, pelo menos, dois modos de entender a identidade gênero, o que abre espaço a controvérsias nos tratamentos propostos. Por isso, é de grande importância compreender os pressupostos antropológicos nos quais esses modelos estão fundamentados, já que a cada um deles subjazem diferentes maneiras de entender a relação sexo-gênero na pessoa e, portanto, o papel da corporeidade e da autoconsciência na identidade de gênero.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS): disforia de gênero; identidade de gênero; tratamentos em crianças; modelo terapêutico; *watchful waiting*; modelo afirmativo; relação sexo-gênero; antropologia.

INTRODUCCIÓN

La *identidad* y la *disforia de género* son nociones que han ganado creciente atención tanto en el área de la salud como en la esfera pública, y constituyen un tema de gran relevancia social por sus implicaciones en la legislación, la educación, la salud y la familia.

La American Psychological Association (APA), en la quinta edición de su *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-5), describe la disforia de género como una marcada incongruencia entre el sexo que la persona siente o expresa y el que se le asigna al nacer, asociada a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, que puede darse en niños, adolescentes y adultos (1) (recuadro 1).³ Se han publicado distintos reportes y guías clínicas con recomendaciones para el abordaje y tratamiento de estos pacientes, que incluyen diversos tipos de evaluación y terapias por un equipo de salud mental, tratamientos hormonales y cirugías de reasignación de sexo (3-7). Sin embargo, al ser todo esto relativamente reciente y, por lo mismo, sin mucha evidencia a largo plazo, no existe un consenso en todas las aristas del fenómeno: hay quienes apoyan ciertos tratamientos, quienes rechazan otros y diferentes límites de edades para cada uno (8, 9).

3 Agradecemos a un evaluador anónimo haber llamado nuestra atención sobre la polémica que suscita la conceptualización realizada por el DSM-5, en particular respecto de lo que se refiere a una posible “esencia patologizante” de la definición de disforia de género (2). En este artículo, sin embargo, no discutiremos la definición, sino que describiremos los tratamientos que se proponen, los que –argumentamos– revelan la visión antropológica de quienes los defienden. Pensamos que esa visión antropológica implica, en muchos casos, una postura sobre si la disforia de género es o no es una patología. Nuestro artículo, sin embargo, no se centrará en ese aspecto.

EL TÉRMINO IDENTIDAD DE GÉNERO FUE INTRODUCIDO AL LÉXICO PROFESIONAL POR HOOKER Y STOLLER EN LOS AÑOS SESENTA COMO UN CONCEPTO QUE DESCRIBÍA EL DESARROLLO EN EL NIÑO DE UN SENTIDO FUNDAMENTAL DE PERTENENCIA A UN SEXO DETERMINADO.

En este trabajo se realizará primero una breve revisión de la literatura sobre disforia de género en niños,⁴ luego una descripción de los distintos abordajes terapéuticos que se han propuesto para niños preadolescentes, y finalizaremos con una reflexión sobre la filosofía que les subyace. Postulamos que la decisión del equipo o profesional de la salud de adoptar un determinado enfoque está influenciada por el concepto de identidad de género que maneje y por la forma en que conciba la relación sexo-género en la persona humana, es decir, por la visión antropológica que posea. Las controversias en el tratamiento de estos niños pueden deberse a diferencias de opiniones y creencias a este nivel, sobre todo por la limitada evidencia disponible.

No se incluirá en el análisis la disforia de género en pacientes con trastornos del desarrollo sexual, dado que ellos tienen sus propias particularidades y recomendaciones. Tampoco se profundizará en el tratamiento de adolescentes y adultos.

4 Solo con el fin de facilitar la lectura, cuando en este artículo hablemos de “niños” nos estaremos refiriendo a todos los niños y las niñas y, en general, al grupo etario desde 0 a 12 años (o previo a la adolescencia).

Recuadro 1. Criterios diagnósticos DSM-5 para disforia de género en niños (APA, 2013)**DSM-5: DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS 302.6 (F64.2)**

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):

Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

1. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
2. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
3. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
4. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
5. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
6. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
7. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

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

Especificar si:

Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica).

Fuente: APA (1).

ASPECTOS MÉDICOS***Identidad de género y disforia de género***

El término identidad de género fue introducido al léxico profesional por Hooker y Stoller en los años sesenta como un concepto que describía el desarrollo

en el niño de un sentido fundamental de pertenencia a un sexo determinado (10). Luego se comenzó a utilizar de manera cada vez más frecuente el concepto disforia de género para referirse a los pacientes, particularmente adultos, que se sentían infelices con su cuerpo y buscaban ayuda por medio de tratamientos hormonales o quirúrgicos de reasignación de sexo (11).

A fines de los años setenta se ingresaron los diagnósticos relacionados con la problemática de género a las principales clasificaciones diagnósticas contemporáneas. En la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su novena versión (CIE-9, de 1978) (12), definen el trastorno de la identidad psicosexual. En el DSM se incorpora el trastorno de identidad de género (TIG, o en inglés GID, Gender Identity Disorder) en su tercera versión, de 1980 (13), que describía el TIG en niños y adolescentes y el transexualismo para adultos, con la característica esencial en ambos de “incongruencia entre sexo anatómico e identidad de género”.

La identidad de género no debería entenderse como una característica aislada ni puntual en la vida de una persona, sino más bien como un aspecto dentro de una perspectiva de desarrollo, integrada dentro del concepto más amplio de identidad personal. El desarrollo psicosexual puede comprenderse como un resultado de la interacción recíproca de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (14). Para la gran mayoría de las personas, la identidad de género se establece en la niñez, es consistente con su sexo biológico y permanece estable hasta la adultez (4). Sin embargo, cerca del 1% de los niños preadolescentes refiere sentir discordancia entre su sexo y su género, y presenta lo que se conoce actualmente como disforia de género (15, 16).

El curso clínico o la historia natural de la disforia de género es algo aún en investigación (17). Se han hecho estudios de seguimiento de niños y adolescentes hasta la edad adulta que tratan de evaluar cuántos de ellos persisten con la disforia (y se presentan como transgéneros en la adultez) y cuántos desisten de ella. Las tasas de persistencia son muy distintas si se comparan niños hasta la edad adulta frente a adolescentes hasta la edad

adulta. La persistencia de la disforia de género en niños en los distintos estudios de seguimiento fluctúa entre 2 a 39% (18). No se sabe con seguridad cuáles serían los indicadores que podrían predecir qué niños persistirán, sin embargo, se ha visto que los niños que muestran signos más extremos de disforia de género tienden a identificarse posteriormente como transgéneros (19). Se ha sugerido que un posible predictor clave de la persistencia es la distinción entre los niños que *creen* ser del otro sexo frente a los que *desean* ser del otro sexo, pero aún faltan estudios para confirmarlo (17, 20).⁵ La mayoría de los niños con disforia de género finalmente se definirán como cisgénero (concordancia entre su sexo y su género), pero se ha visto que la orientación homosexual o bisexual es mayor que en el resto de la población (19, 21). En estudios con adolescentes se observa que la mayoría de ellos persiste con la disforia

5 Es muy interesante esta distinción entre *creer* y *desear*. *Desear* ser del otro sexo implica que, en el fondo, la persona es consciente de que no pertenece al otro sexo, pero le gustaría serlo. *Creer* ser del otro sexo significa que la persona realmente se percibe como perteneciente al sexo opuesto. Sin embargo, aunque distintos, ambos se consideran como indicadores diagnósticos en el DSM-5 (recuadro 1). El estudio que llevó a plantear esta diferencia (19) como posible predictor clave de persistencia, se realizó en adolescentes a los cuales se les preguntaba retrospectivamente sobre su experiencia de desistir o persistir en la disforia de género. Todos los adolescentes referían haberse sentido identificados con el sexo opuesto en la niñez, pero los motivos de la identificación diferían en los grupos: los que desistieron referían solo haber deseado ser del sexo opuesto, los que persistieron con la disforia referían creer ser del otro sexo. Una limitante del estudio es que estos testimonios no se rescatan de entrevistas a niños preadolescentes, sino solo retrospectivamente (el paso del tiempo y la condición actual de persistir/desistir en la disforia puede influir en las respuestas). Sin embargo, es valorable el hallazgo de esta diferencia, y la manera como acojan una creencia o un deseo es importante hacia la actitud que adopten el clínico y la familia.

LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS CON DISFORIA DE GÉNERO FINALMENTE SE DEFINIRÁN COMO CISGÉNERO (CONCORDANCIA ENTRE SU SEXO Y SU GÉNERO), PERO SE HA VISTO QUE LA ORIENTACIÓN HOMOSEXUAL O BISEXUAL ES MAYOR QUE EN EL RESTO DE LA POBLACIÓN.

en la adultez, muchas veces solicitando tratamiento hormonal o quirúrgico de reasignación de sexo (4, 21).

Los niños y adolescentes con disforia de género presentan más psicopatologías que controles de su misma edad, tienen más trastornos del ánimo, de ansiedad y disruptivos (22, 23). También, las tasas de autoagresiones e intentos de suicidio son altas: 10% de intentos de suicidio con edad promedio de 13,5 años (24). Algunos investigadores han reportado mayor presencia de sintomatología de trastornos del espectro autista en pacientes con disforia de género (25). Es posible que el estrés de ser minoría y el *bullying* que muchos de estos niños y adolescentes sufren, tenga algo que ver en la génesis de las comorbilidades (8).

Tratamientos en niños preadolescentes

El abordaje y tratamiento de la disforia de género en los niños preadolescentes es objeto de controversia, sin llegar aún a consenso, a diferencia de lo que ocurre en adolescentes y adultos, donde hay mayor concordancia entre los especialistas (26). El objetivo general de todos los psicoterapeutas, independientemente del enfoque que utilicen, es optimizar el ajuste psicológico y el bienestar del niño. Sin embargo, lo que se entienda como *bienestar* puede diferir entre los profesionales, así como los objetivos de la terapia (una discordancia importante es si la prevención de la condición de transgénero en la adultez es un objetivo aceptable) (5).

La literatura describe principalmente tres enfoques terapéuticos en niños, que han sido discutidos en profundidad en diferentes reportes y guías clínicas (5, 6): el modelo terapéutico, el del *watchful waiting* y el afirmativo.⁶

Modelo terapéutico⁷

Un primer enfoque busca trabajar con los niños y sus familias intentando disminuir la disforia de género y la identificación y el comportamiento del sexo opuesto (27). Este tipo de abordaje se describe en la literatura desde la década de los sesenta, con variadas modalidades: terapia de comportamiento, psicodinámica, psicoanálisis, psicoeducación a padres, etc. La condición de transgénero se considera generalmente como un objetivo no deseable por distintas razones: estigma social, sometimiento a tratamientos hormonales o quirúrgicos de por vida con riesgos asociados, etc. (28, 29).

6 Siguiendo la misma línea de lo expuesto en la nota 4, en este trabajo se describirán algunos de los principales enfoques terapéuticos en disforia de género, sin desconocer que existen otras formas de abordar la inconformidad de género donde ella no es considerada una patología (y, por tanto, no se habla de terapias en estos casos). Creemos que es muy interesante esta problemática, sin embargo, su estudio no es objeto de este trabajo.

7 Llamado así por Alice Dreger en un artículo del Hastings Center en que comenta los distintos enfoques en niños con disforia de género y los posibles consejos que se le pueden dar a los padres (27).

Un ejemplo de este tipo de enfoque es la propuesta de un equipo canadiense que desde mediados de los años setenta atiende a niños y adolescentes con disforia de género. Algunos de sus más conocidos exponentes son Kenneth Zucker y Susan Bradley. Se trata, en la terminología de los mismos autores, de un modelo biopsicosocial del desarrollo en que se exploran los distintos factores asociados a la disforia de género para trabajar con ellos y disminuirla (29). En el abordaje descrito, se considera que el desarrollo de la identidad de género se puede entender mejor usando un modelo multifactorial que toma en cuenta factores biológicos, psicosociales, cognición social, psicopatología asociada y mecanismos psicodinámicos. Los factores biológicos (por ejemplo, factores genéticos, hormonas sexuales prenatales, temperamento) se conceptualizan como posibles factores predisponentes para la expresión de un fenotipo de identidad de género particular, pero no como factores fijos que conducen de manera invariable a una cierta identidad de género a lo largo del desarrollo. Los otros parámetros se pueden conceptualizar como factores predisponentes, precipitantes o perpetuadores.

El equipo de Zucker y Bradley advierte que es común que los niños pequeños no tengan una comprensión completa de la constancia de género y que confundan la identidad de género con expresiones superficiales del comportamiento, sobre todo antes del desarrollo del pensamiento operacional concreto (5-7 años). “Por lo tanto, no es particularmente inusual que una niña de 4 años exprese la creencia de que, si usa ropa de niños y participa en actividades de niños, entonces esto significa que ella es un niño” (29). Enfatizan que la comprensión limitada de los niños pequeños sobre el género requiere precaución por parte de padres y profesionales al asumir cuán fija es su identidad de género, y que con el

tiempo algunos niños desarrollarán una comprensión más flexible de que hay diferentes maneras en que uno puede ser niño o niña.

En el protocolo descrito por Zucker los objetivos de la terapia son formulados caso a caso. Se conversa con los padres sobre qué es lo que esperan ellos de la terapia, generalmente esta intenta hacer sentir más cómodo al niño “en su propia piel” (29), trabajar los sentimientos disfóricos y mejorar su adaptación psicosocial y calidad de vida. En algunos casos, el foco estará solo en la disforia del niño, en otros se pondrá atención a patología psiquiátrica concomitante del niño o de los padres, terapia de pareja, etc.

Watchful waiting (espera atenta⁸)

Con este abordaje terapéutico no se hace ningún esfuerzo directo por disminuir la identificación o los comportamientos del sexo opuesto, el objetivo es acompañar al niño y su familia y permitir el desarrollo de la identidad de género de manera natural, sin perseguir un objetivo específico. Se realizan intervenciones a los niños y sus padres, en ellas se aconseja mantener las distintas opciones de identidad de género abiertas, pero evitando dentro de lo posible una transición social temprana (cambio de nombre, vestuario, etc.). Este enfoque ha sido especialmente trabajado por un equipo holandés, algunas de sus principales investigadoras son Peggy Cohen-Kettenis y Annelou de Vries (30).

8 Este modelo es conocido por su nombre en inglés; aunque es difícil una traducción exacta del término, se podrían utilizar las expresiones espera atenta u observación del paciente, por cuanto se intenta no interferir mucho en el desarrollo del niño y esperar hasta los inicios de la adolescencia para realizar tratamientos médicos hormonales, transición social, etc.

En el llamado modelo holandés (*Dutch approach*), la disforia de género se considera como una condición multifactorial, donde los factores biológicos y psicosociales juegan un rol. En el diagnóstico y tratamiento se toma en cuenta una perspectiva del desarrollo la cual considera que el comportamiento atípico de género, e incluso el deseo de ser del otro sexo, puede ser una fase o una variante de desarrollo normal sin consecuencias adversas para el funcionamiento de un niño. El abordaje comienza con una evaluación exhaustiva de cualquier aspecto vulnerable del funcionamiento o las circunstancias del niño y, de ser necesario, una intervención adecuada. En los niños que solo presentan disforia de género, la recomendación general es esperar atentamente (*watchful waiting*) y observar cómo se desarrolla la disforia en las primeras etapas de la pubertad. Dado que la mayoría de los niños tiende a desistir de la disforia antes o justo después del inicio de la pubertad,⁹ y no se cuenta en la actualidad con algún parámetro decisivo que permita distinguir a los que persistirán, se prefiere esperar hasta la adolescencia para realizar la trayectoria de reasignación de sexo (transición social, tratamiento hormonal, etc.). Otra razón por la que no se recomienda realizar una transición social temprana es que a algunos niños que lo han hecho (incluso en edad preescolar) les resulta difícil después darse cuenta de que son del otro sexo natal: “Desarrollan un sentido de la realidad tan diferente de

9 Un estudio cualitativo en adolescentes mostró que el periodo comprendido entre los 10 y 13 años puede ser crucial para la remisión de la disforia de género. Tanto los adolescentes que persistieron con ella como quienes desistieron afirmaron que los primeros cambios en sus cuerpos (feminización o masculinización en los inicios de los caracteres sexuales secundarios) y las primeras experiencias de enamoramiento o atracción sexual contribuyeron a un aumento o disminución de la disforia (20).

su realidad física que la aceptación de los tratamientos múltiples y prolongados que más tarde necesitarán se hace innecesariamente difícil. Los padres a menudo no se dan cuenta de que contribuyen a la falta de conciencia de sus hijos sobre estas consecuencias” (30).

Los adolescentes que persisten con disforia de género pueden considerarse elegibles para la supresión de la pubertad (en Tanner 2-3)¹⁰ y posterior tratamiento hormonal cruzado cuando alcanzan la edad de 16 años. En el equipo holandés se considera que la suspensión de las intervenciones médicas a nivel físico en estos casos parece ser más dañina para el bienestar, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, en comparación con los casos en que se proporcionaron dichas intervenciones (30).

Modelo afirmativo

En este enfoque, todos los resultados de la identidad de género se suelen considerar como válidos y deseables (con una visión no binaria de género), por lo que se afirma la identidad de género sentida por el niño, aunque no coincida con su sexo de nacimiento. Se permite y ayuda a niños a realizar la transición social temprana (en vestuario, nombre, etc.) si lo desean, después de una consejería caso a caso. Y una vez llegada la adolescencia se ofrece a los jóvenes la suspensión de la pubertad y el tratamiento hormonal cruzado. Este enfoque plantea que, si los profesionales de la salud y los padres intentan que los niños no conformes con su género se identifiquen con su sexo asignado al nacimiento, podrían contribuir a aumentar el estigma y finalmente llevarlos a tener

10 Tanner: clasificación de estadios puberales utilizada en endocrinología.

alguna psicopatología (31). El modelo afirmativo ha ganado cada vez más adeptos en el último tiempo, es el recomendado por la APA y, recientemente, también por la American Academy of Pediatrics (AAP) (3, 32).

Un ejemplo de este modelo es la True gender self child therapy (TGST) descrita por Diane Ehrensaft (31). En ella la autora trabaja bajo la premisa de que el género no es una categoría binaria, sino más bien el resultado de una red tridimensional única para cada individuo que entrelaza naturaleza, educación y cultura. Considera así que el trabajo del clínico no es evitar un resultado transgénero, sino facilitar el “auténtico recorrido de género del niño” (31). No considera que la incongruencia entre el sexo y el género sea una desviación o anomalía, pero sí enfatiza que a veces la disforia de género puede ser un síntoma de algún otro trastorno subyacente más que la expresión del yo (por ejemplo, en el caso de psicosis, esquizofrenias, etc.). La tarea más desafiante para el profesional de la salud mental es diferenciar esas situaciones sintomáticas (patologías que se expresan en la forma de disforia de género) del “viaje evolutivo, complicado pero saludable, de los niños que intentan establecer su verdadera identidad de género” (31).

La atención de la terapia se pone en aliviar el estrés que causa la disconformidad de género, por lo que la TGST se centra en particular en resolver conflictos internos sobre el género en el niño, desarrollar su resiliencia para enfrentarse a un medio que suele ser hostil con ellos, y trabajar con los padres para explorar las opciones de apoyo para su hijo. El rol del terapeuta en las consultas no es decidir lo que harán los padres, sino ayudarlos a enfocarse realmente en sus hijos y elaborar un plan para que el niño pueda adaptarse de forma óptima a su género en lugar de negarlo (31).

En cuanto a la transición social en niños preadolescentes, en el modelo afirmativo generalmente se recomienda apoyarlos en su identidad de género autoafirmada y permitir que vivan según ella en los ambientes en que esto sea seguro para el niño, pero manteniendo siempre abierta la opción de un nuevo cambio en el futuro (31, 33, 34).

¿Se puede recomendar un tratamiento por sobre otro?

Actualmente se considera que los estudios clínicos randomizados controlados son la evidencia de mejor calidad para comparar la efectividad de distintas terapias. Sin embargo, en el ámbito de la disforia de género en niños no existen este tipo de estudios (y probablemente, dadas las dificultades prácticas y éticas, nunca se hagan). Sí existe evidencia de menor nivel, como estudios de tratamientos sin grupo control o grupo control inadecuado, estudios longitudinales sin intervención y reporte de casos. Todos estos iluminan en cierta manera a los equipos de profesionales sobre los tratamientos por elegir (5). Sin embargo, las opiniones varían ampliamente entre los especialistas, y están influenciadas por la orientación teórica, así como por suposiciones y creencias sobre los orígenes de la identidad de género, y por la maleabilidad percibida en etapas particulares de desarrollo (35). La mejor práctica clínica en niños con disforia de género aún genera controversia y suscita debates entre profesionales dedicados al tema (18).

El Grupo de Trabajo de la APA sobre tratamiento del trastorno de identidad de género (American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder) no pudo llegar a consenso sobre si la identificación persistente con el género opuesto es una patología por sí misma, en ausencia de malestar

HOY EN DÍA LA PALABRA GÉNERO NO TIENE UN SIGNIFICADO ÚNICO, EXISTEN DISTINTAS NOCIONES QUE, SI SE MIRAN CON CUIDADO, REFLEJAN DIVERSAS VISIONES DE SER HUMANO Y DE LA RELACIÓN SEXO-GÉNERO EN LA PERSONA.

importante. Tampoco se llegó a consenso sobre cuáles serían los objetivos terapéuticos legítimos en niños (por ejemplo, prevención de la condición de transgénero). Se concluyó que la evidencia es de mala calidad como para recomendar un enfoque por sobre otro. Sugieren, por tanto, proveer psicoeducación y consejería a los padres, informándolos de las distintas alternativas de tratamientos y sus implicaciones (5).

ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS

No existe evidencia médica irrefutable para calificar a un enfoque terapéutico como mejor que otro, y sí se observan diferencias importantes en la práctica clínica. ¿A qué se puede atribuir la elección de tratamiento, si no es a la eficacia demostrada de uno sobre otro? Probablemente, la decisión de un profesional de la salud o equipo de adoptar determinado modelo estará influenciada por lo que él o ella, en conciencia, crea que es lo mejor para el niño, y esto a su vez dependerá de cómo conceptualice la identidad de género y de su propia visión antropológica.

Por ello, es de gran importancia comprender los supuestos antropológicos en que se fundamentan los diversos modelos, ya que a cada uno de ellos subyacen diferen-

tes maneras de entender la relación sexo-género en la persona y, por tanto, del rol de la corporalidad y de la autoconciencia en la identidad de género.

Relación entre sexo y género

Hoy en día la palabra género no tiene un significado único, existen distintas nociones que, si se miran con cuidado, reflejan diversas visiones de ser humano y de la relación sexo-género en la persona (36). A grandes rasgos, en la historia se han dado tres interpretaciones sobre el término género que actualmente conviven en la cultura, y que son importantes de revisar antes de decidirse por un determinado enfoque en el tratamiento de la disforia de género (37):

1. Equivalencia sexo-género: género como sinónimo de sexo

En primer lugar, una visión más tradicional que comprende género como sinónimo de sexo, y entiende las distintas funciones de hombres y mujeres en la sociedad como consecuencia directa de la diferencia biológica. El sexo biológico determinaría el género y las funciones que la persona desempeña en la vida social y privada. Se acusa a esta visión de reduccionismo biologicista (esencialismo biológico), por cuanto asigna papeles fijos a hombres y mujeres, y cae en los estereotipos clásicos: hombre en la vida pública, mujer en la vida doméstica y familiar (37, 38).

2. Género como concepto cultural

A partir de mediados del siglo XX, en la causa feminista comenzó a utilizarse el término género como distinto de sexo para hacer notar que en los diversos roles femeninos y masculinos existen algunos elementos atribuibles a la biología (sexo) y otros construidos

histórica y socialmente (género). Con esto se quiso enfatizar que el ser humano es más que su biología. En los inicios, esta línea de pensamiento abogaba por una complementariedad de ambas perspectivas: sexo y género se podían integrar armónicamente en el desarrollo de la identidad personal (38). Sin embargo, en la actualidad se pueden distinguir al menos dos visiones distintas derivadas de la interpretación de género como concepto cultural:

a. Separación sexo-género: género como exclusivamente cultural

En los últimos años, el término género ha evolucionado hacia posiciones que consideran una disociación cada vez más radical entre sexo y género, entre la biología y la cultura, la cual ha llegado a plantear en algunos casos una absoluta irrelevancia del sexo biológico en la conformación de la identidad (38).

En sus inicios, el movimiento feminista abogaba por la consecución de derechos civiles y políticos para las mujeres, en una legítima lucha por la igualdad ciudadana: derecho a votar, a seguir estudios superiores, administrar su propio patrimonio, etc. Con el paso del tiempo y a medida que estos objetivos se fueron logrando, tomó otros tintes, especialmente tras la publicación del libro *El segundo sexo*, de Simone de Beauvoir en 1949, con su famosa frase “la mujer no nace, sino que se hace”. Este feminismo más radical está influido por el existencialismo y su idea de libertad, así como por conceptos marxistas que trasladan la lucha de clases a la relación varón-mujer (37). El estado de inferioridad en que se encuentra la mujer con respecto al varón sería producto de las diferencias biológicas que la atan a la maternidad. La mujer, sin embargo, se puede liberar de ellas (por

medio de la anticoncepción y el aborto) y conseguir la completa igualdad con el hombre. Feminidad y masculinidad son vistas como construcciones culturales que pueden y deben cambiar. Tras la revolución sexual de mayo de 1968, con su crítica a toda autoridad, y con aportes del estructuralismo filosófico, el feminismo fue separando cada vez más la naturaleza (lo dado) y la cultura, hasta llegar a lo que se conoce actualmente como posfeminismo de género o ideología de género¹¹ (38).

Posteriormente la teoría queer, con exponentes como Judith Butler, lleva aún más al extremo el significado de sexo y género al afirmar que no solo el género es fruto de la construcción social, sino también el sexo (sería una clasificación arbitraria de los seres humanos por parte de las profesiones médicas). Sexo y género ya no se entienden como categorías binarias (se incluyen más opciones que el clásico varón-mujer, masculino-femenino) ni tampoco se concibe como necesaria la relación varón-género masculino, mujer-género femenino. El género, para Butler, es *performativo*, se va construyendo con nuestros actos, por lo que ni siquiera refleja una identidad, sino que puede ser fluido y cambiar en la vida de una misma persona (40).

11 El término ideología puede ser usado principalmente en dos sentidos: uno descriptivo que se refiere simplemente a un conjunto de ideas; y otro donde se considera que hay un interés oculto tras lo que se piensa, un sistema de ideas que busca imponerse a la realidad y distorsionarla. Es este segundo sentido al que se suelen referir quienes hablan de ideología de género, considerada como “la perspectiva teórica de corte radical que concibe la sexualidad como una elección personal sobre un fondo biológico” (39), donde se advierte una radical disociación entre el sexo (biología) y género (cultura, libertad). Se distingue así de las perspectivas o teorías de género que enfatizan, en mayor o menor grado, la dimensión cultural y social de la sexualidad (38, 39).

NO SE PUEDE SEPARAR POR COMPLETO A LA PERSONA EN UNA DIMENSIÓN BIOLÓGICA (SEXO) Y UNA DIMENSIÓN CULTURAL (GÉNERO) PUESTO QUE SOLO EXISTE UNA PERSONA QUE VIVE AMBAS DIMENSIONES DE MANERA INTEGRADA.

b. Coimplicancia sexo-género: género como expresión cultural de lo naturalmente masculino y femenino (37)

Una tercera interpretación del significado de género es la que intenta armonizar ambos conceptos, sexo y género, en la persona. Reconoce diferencias entre ellos, pero también reconoce que no son completamente separables: ambos se coimplican. No se puede separar por completo a la persona en una dimensión biológica (sexo) y una dimensión cultural (género) puesto que solo existe *una* persona que vive ambas dimensiones de manera integrada. No existe una causalidad lineal sexo-género, sino que más bien hay un círculo hermenéutico en el cual el género y sexo poseen una referencialidad recíproca.

El ser humano, a diferencia del animal, se caracteriza por ser un animal que se autointerpreta; es decir, interpreta su ser y organiza su conducta general desde esa interpretación. El “género”, entonces, es la interpretación cultural de qué es ser persona humana macho o hembra, es el modo en el que cualquier ser humano *se hace con* su pertenencia a uno de los dos sexos. El género es sexo interpretado, sexo humanizado (36).

La cultura, además, no es totalmente arbitraria, sino que encarna aquello que es natural: la cultura incluye a la naturaleza y esta, a su vez, exige cultura (37).

En este sentido, se reconoce la existencia de dos sexos y dos géneros, y se concibe que hay una relación entre varón-género masculino y mujer-género femenino, pero cuál sea el contenido exacto de género masculino o femenino no está claro (ni nunca lo estará) pues varía con el tiempo y lugar (hay diferencias, pero estas se manifestarán de manera diversa según la época y cultura) (41).

Estas distintas nociones acerca de la relación sexo-género en la persona conviven actualmente en el ambiente, algunas con mayor fuerza que otras, sin que exista un consenso sobre qué significa género; si se debe considerar como un término binario (femenino-masculino) o no; si es completamente elegible o si existe algún arraigo en el sexo. En ambientes más conservadores tiende a mirarse con sospecha el utilizar el concepto de género, en gran medida porque se piensa que quien lo utiliza está adhiriendo a la ideología de género. Pero aun cuando no se compartan los postulados de la ideología, hay que rescatar todo lo bueno que conlleva el distinguir el género del sexo: rescatar el gran aporte de la libertad y la cultura en la configuración de la identidad personal, más allá de la biología. El término género logra evitar los estereotipos y las posturas deterministas derivadas de una visión puramente biológica de la identidad (37, 41).

La discusión en torno al significado de género es esencial a la hora de plantearse la pregunta sobre la identidad, tanto personal como de género. Lo que se entienda por identidad de género, el cómo se constituye y desarrolla, varía según la relación sexo-género a la que se adhiera. Y, como se verá más adelante, los distintos enfoques terapéuticos difieren en la relación sexo-género (y, por lo mismo, en el rol que le dan al cuerpo y a la autoconciencia en la formación de la identidad de género), lo que repercute en sus evaluaciones y acompañamientos a los pacientes.

Concepto de identidad de género en los distintos enfoques terapéuticos

Identidad de género como realidad multifactorialmente constituida

En los modelos terapéutico y *watchful waiting* se advierte el fuerte rol que atribuyen al ambiente y al desarrollo en la conformación del género.¹² De Vries y Cohen-Kettenis

se abstienen de dar más detalles y adoptan un enfoque más bien práctico, sin intervenir mucho y esperar hasta la adolescencia a ver qué pasa caso a caso. En cambio, en la propuesta de Zucker y Bradley se puede ver que género y sexo están íntimamente unidos, entrelazados: el cuerpo sería esencial en la conformación de la identidad de género.

En el modelo terapéutico se enfatiza que en la mayoría de las personas se llega a una congruencia sexo-género que es estable en el tiempo, pero algunos tienen problemas en este camino y desarrollan un sentimiento de discomfort con su propio cuerpo y con el rol de género asignado (disforia de género en la terminología actual). La labor terapéutica se centra en intentar que el niño se sienta cómodo en su propia piel trabajando los distintos factores que se han visto que tienen un rol en la conformación de la identidad de género. En este sentido, se podría postular que para ellos la identidad de género es una realidad que surge de factores biológicos y psicosociales, cognición social, psicopatología asociada y mecanismos

¹² Ambos modelos describen la disforia de género como una condición multifactorial en donde aspectos psicosociales y biológicos juegan un rol (29, 30). Sin embargo, tienen algunas diferencias en su aproximación a los pacientes. En *watchful waiting* se evalúan aspectos vulnerables del niño o de sus circunstancias y, de ser necesario, se interviene. Pero cuando solo hay disforia de género se decide esperar y observar cómo se desarrolla la identidad de género en los inicios de la pubertad. Como la mayoría de los niños resuelve su disforia previamente a la pubertad, se decide no intervenir antes de ese momento. No está claro si esto se debe a una intervención terapéutica activa o simplemente a remisión espontánea. Para *watchful waiting* pareciera tener más peso la remisión espontánea por lo que se justifica no intervenir. Por otro lado, el modelo terapéutico ve en la niñez el momento ideal para intervenir. En este también se evalúan y se tratan las psicopatologías concomitantes, pero además se aconsejan intervenciones en el

ambiente natural del niño que puedan ayudar a disminuir la disforia: se promueven las relaciones y juegos con niños del mismo sexo, se sugiere a los padres poner límites en los comportamientos del sexo opuesto y se los estimula a conversar abiertamente con sus hijos sobre el género. No se trata de simplemente poner límites, sino que se conversa con niños y padres sobre qué podrían significar estos comportamientos, indagar los mecanismos que los provocan y perpetúan. Se piensa que existe mayor maleabilidad en la disforia de género en la niñez, por lo que esta aproximación psicoterapéutica se plantea solo en niños preadolescentes (21). Para ambos equipos, la identidad de género se va desarrollando en la niñez a partir de distintos factores (dentro de ellos la biología, el sexo), con mayor maleabilidad en las edades tempranas, pero al llegar a la pubertad pareciera que adquiere mayor estabilidad (lo que da menor espacio a psicoterapias y mayor oportunidad a tratamientos médicos).

EL CUERPO NO ES VISTO COMO ALGO EXTERNO A LA PERSONA, SINO COMO PARTE INTEGRAL DE ELLA, Y LA IDENTIDAD DE GÉNERO SERÍA LA AUTOINTERPRETACIÓN DE LA REALIDAD CORPORAL DE CADA PERSONA, CON LAS MODULACIONES DEL AMBIENTE (SOCIEDAD, CULTURA) EN QUE VIVE.

psicodinámicos (29). El cuerpo no es visto como algo externo a la persona, sino como parte integral de ella, y la identidad de género sería la autointerpretación de la realidad corporal de cada persona, con las modulaciones del ambiente (sociedad, cultura) en que vive.

Retomando la clasificación previa de significados de género, se podría situar a estos dos enfoques cerca de la tercera interpretación propuesta: coimplicancia sexo-género. Género y sexo están muy unidos, se coimplican y se hacen constantes referencias mutuas: la identidad de género se desarrolla desde una experiencia corporal personal (femenina o masculina) que se va llenando de significado en una cultura determinada. Existe una concepción binaria tanto del sexo como del género. Por lo mismo, los tratamientos propuestos van en la línea de resolver factores o problemas que pueda haber en la formación de la identidad de género, en un intento por aliviar la disforia. Sin embargo, cuando la disforia de género no remite, y los niños llegan a la adolescencia, se aceptan tratamientos médicos hormonales.

Los equipos que trabajan con estos dos enfoques resaltan uno de los pocos hallazgos comunes en los estudios: para

la gran mayoría de los pacientes la disforia de género tiende a remitir poco antes de la adolescencia o al comienzo de ella, lo que llama a tener especial precaución en las recomendaciones y terapias que se hagan.

Identidad de género como realidad interna neuropsíquica

En los profesionales que adoptan el modelo afirmativo para tratar la disforia de género, se advierte una concepción del género como realidad interna, relativamente fija, definida y aislada, en algunos casos comprendida como neurobiológica, en otros como mental o espiritual. De esta manera, el género se concibe como desconectado del resto del cuerpo para dar la posibilidad de que en algunas personas el género coincida con el cuerpo (o sexo biológico) y en otras no.

La noción de Ehrensaft del *true gender self* (el verdadero género del yo) que se muestra a los padres, más que ser moldeado por ellos, sugiere un componente innato de la disconformidad de género, con escaso o nulo rol del ambiente (42). El *true gender self* correspondería al núcleo de la identidad de género que está allí desde el nacimiento y reside dentro de nosotros, sobre todo “en nuestro cerebro y mente [...] Una vez que nacemos, el verdadero género del yo es definitivamente moldeado y canalizado a través de nuestra experiencia con el mundo externo, pero su centro siempre sigue siendo nuestra posesión personal, impulsada desde dentro en lugar de desde fuera” (31).

Otros profesionales que siguen este modelo, Edwards-Leeper y Spack, advierten una noción similar del género: “el género del individuo transgénero no cambia, ya que

su cerebro (o alma) siempre ha sido su género afirmado” (33). Para ellos, la identificación con el sexo opuesto (usualmente acompañada de disforia, pero no siempre) es una condición primariamente física más que psicológica. Y, en consecuencia, los tratamientos deberían enfocarse en los necesarios cambios hormonales y quirúrgicos para ir adecuando el cuerpo al género.

Junto con esta concepción de género, los autores que abogan por el modelo afirmativo suelen considerar el género y el sexo como categorías no binarias, donde hay más opciones que el clásico masculino-femenino y hombre-mujer, todas ellas saludables mientras expresen realmente el verdadero *self* del individuo. Por lo mismo, en su práctica clínica no está dentro de los objetivos la prevención de la condición de transgénero puesto que esta no es vista como un trastorno (31, 33, 34).¹³

La concepción del género y del sexo del modelo afirmativo es similar en ciertos puntos a la segunda interpretación del género que se describía anteriormente: separación

sexo-género. Sin embargo, a diferencia de las corrientes que postulan que el género es producto exclusivo de la cultura y que dan mucha importancia a la libertad en la configuración de la identidad, en el modelo afirmativo se observa que la identidad de género deriva de la autopercepción de la persona, de un sentimiento de lo que *se es* más que de una decisión. La persona transgénero descubre en ella, no elige, una discordancia entre su sexo asignado y el sexo sentido (identidad de género), y la explicación que da el enfoque afirmativo es que esto se debe a que ambos residen en lugares distintos: el sexo se deriva de los genitales, cromosomas y hormonas, y el género es producto del cerebro/mente/espíritu. No hay una relación en el desarrollo de uno y otro, por lo que la identidad de género se concibe como desencarnada. Además, para este enfoque, esta última pareciera ser lo realmente decisivo, ya que, al estar radicado en el cerebro, la mente o el espíritu, el género comanda hacia dónde se dirige la terapia. Esa tríada sería el verdadero centro de la persona, donde se encuentra su identidad. Se ve aquí un rol importante de la autoconsciencia en la definición de la identidad personal, pero una identidad que no tiene la maleabilidad que le atribuye la ideología de género.¹⁴

13 El lenguaje utilizado por los profesionales del modelo afirmativo acompaña estas aseveraciones, por ejemplo, al preferir hablar de *diversidad o inconformidad de género* más que *trastorno de identidad de género*. También al evitar el uso de *trastornos del desarrollo sexual* y reemplazarlo por *estados intersexuales* o *variaciones biológicas del sexo*. En esta misma línea parecen ir las recientes modificaciones en la Clasificación Internacional de Enfermedades, con el anuncio de la pronta publicación del CIE-11 donde se cambiará el término *trastorno de identidad de género* por *incongruencia de género*. Se trasladará desde el grupo de los trastornos de salud mental a un nuevo capítulo de salud sexual, bajo la consideración de que no es una enfermedad mental y que su clasificación en ese capítulo era fuente de estigma, pero reconociendo que su inclusión en el CIE-11 es clave para que las personas transgénero accedan a distintos servicios sanitarios que requieren dada su condición (43).

14 Llama la atención que la visión antropológica del enfoque afirmativo no coincide plenamente con la ideología de género, ni menos con la teoría Queer, en la idea de una identidad de género totalmente moldeable por la libertad personal. El modelo afirmativo se abre a una concepción no binaria del género y, en algunos casos, a que este cambie en la vida de una persona (niños que hacen transición social y luego se arrepienten). Pero se sigue adhiriendo al concepto de identidad de género: detrás de las expresiones de género existe una identidad personal reconocible. Esto es distinto a la concepción del género como algo *performativo* y fluido, como hace Judith Butler, que termina por eliminar el mismo concepto de identidad (40).

COMO LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO MUESTRAN QUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS NO PERSISTIRÁ CON LA DISFORIA Y NO HAY CLARIDAD EN LOS INDICADORES DE PERSISTENCIA, ALGUNOS PROFESIONALES NO RECOMIENDAN DE ENTRADA LA TRANSICIÓN SOCIAL EN LA NIÑEZ. SE HA ESTUDIADO LO COMPLEJO QUE PUEDE SER EMOCIONALMENTE EN EL CASO DE QUE EL NIÑO DESISTA Y DECIDA VOLVER A VIVIR DE ACUERDO CON SU SEXO NATAL.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como se ha expuesto en el presente trabajo, existen distintos enfoques al trabajar con niños con disforia de género, y estos no se distinguen solo en la práctica clínica, en las intervenciones, en las recomendaciones a los padres y pacientes, sino que se diferencian también en las concepciones antropológicas que los sustentan. De esta manera, es imprescindible que los profesionales reflexionen sobre las visiones que dirigen su actuar y las conversen con los pacientes y las familias, para que ellos puedan tomar una decisión informada, conscientes de las limitaciones de cada enfoque y de las reales posibilidades de los tratamientos ofrecidos, siempre orientados a lo mejor para el niño.

Es especialmente importante hacer explícita la propia visión del clínico, e informar que no es la única existente. En este sentido, es un deber de honestidad admitir ignorancia o incertidumbre donde existe, sin proporcionar una respuesta definitiva cuando no la hay. Dado el estado del conocimiento sobre los diferentes modelos de abordaje y la efectividad de cada uno, un profesional honesto no puede decir que la evidencia objetiva muestre que su enfoque es el mejor (44).

Tomando en consideración las reflexiones previas, se puede decir que el modelo terapéutico se adhiere a una

concepción binaria de sexo y género, a una relación de coimplicancia entre estos y a una visión más unitaria de la persona. La identidad de género es considerada como una realidad multifactorial y fruto del desarrollo, con algún grado mayor o menor de maleabilidad en la niñez. Por lo mismo, en los casos de disforia de género en niños se sugiere al paciente y la familia trabajar por medio de la psicoterapia explorando los sentimientos e intentando que el niño se sienta cómodo en su propia piel (29). El modelo *watchful waiting* pareciera seguir la misma línea del modelo terapéutico en cuanto a considerar sexo y género como binarios, coimplicados, y a la persona como unidad. Pero no se hacen esfuerzos directos para lograr una congruencia del género con el sexo (puesto que no hay evidencia de que esto ayude, solo se sabe que la mayoría de los niños desiste de su disforia de género previo a la adolescencia), sino que se decide esperar a la pubertad. Junto con esto, se evalúan y tratan psicopatologías o problemas familiares que podrían contribuir a perpetuar la disforia. Ambos modelos consideran que en la adolescencia es difícil que la disforia remita por medio de la psicoterapia o espontáneamente, por lo que se ofrecen tratamientos médicos a partir de ese momento.

El modelo afirmativo considera la identidad de género como una realidad neuropsíquica, y conciben el género como separado del sexo (acercándose a una visión

dualista de la persona). Consideran que la identidad de género se desarrolla como un aspecto independiente del cuerpo. La autopercepción del género determina el verdadero género del individuo, incluso en niños preadolescentes, por lo que generalmente recomiendan a los padres apoyarlos en su género expresado (y realizar la transición social si lo desean). En los inicios de la pubertad se ofrecen tratamientos de supresión de la pubertad y posteriormente tratamiento hormonal cruzado.

Ciertamente, se advierten algunas limitaciones y costos en los abordajes terapéuticos que es necesario aclarar a los padres y pacientes. En lo que se refiere a niños preadolescentes, todavía no hay costos económicos y efectos adversos asociados a hormonas ni cirugías,¹⁵ puesto que no se realizan a edad tan temprana, sino solo con respecto al tipo de psicoterapia que se haga. Lo delicado está en decidir qué se hará a esta edad y lo que va a significar para después. En este sentido, un punto crucial es la recomendación sobre la transición social, sobre todo si se considera su probable relación con la persistencia de la disforia y la solicitud de tratamientos en la adolescencia. Un estudio de Steensma *et al.* de 2013 encontró que la transición social en la niñez, especialmente en niños de sexo natal masculino, estaba asociada a mayor persistencia de la disforia de género (45). Como los estudios de seguimiento muestran que la mayoría de los niños no persistirá con la disforia y no hay claridad en los indicadores de persistencia, algunos profesionales no recomiendan de entrada la transición social en la niñez. Se ha estudiado lo complejo que puede ser emocionalmente en el caso de que el niño desista y

decida volver a vivir de acuerdo con su sexo natal (20). Por otro lado, se debe considerar también el costo de no hacer la transición en los niños que la desean muy fuertemente y experimentan ansiedad o incluso riesgo de autoagresiones.

De Vries y Cohen-Kettenis advierten también de otra limitante importante para tener en cuenta y conversar con los pacientes y la familia: aunque las hormonas y la cirugía (en la adolescencia y adultez) puedan aliviar la disforia de género, el deseo de haber nacido del otro sexo nunca será satisfecho por completo. Es necesario también aclarar a los pacientes lo prolongado de los tratamientos y la necesidad de seguimiento de por vida (30).

CONCLUSIONES

Para problemas complejos, como el que se aborda en este trabajo, raramente se encuentran soluciones simples. No se sabe con exactitud cómo se forma la identidad de género ni por qué en algunas personas se produce la disforia. Es importante compartir lo que se sabe y, aún más, lo que no se sabe con los pacientes y las familias,¹⁶ así como plantear juntos lo que se considere mejor. Actuar con prudencia es imperativo en estos casos.

Reflexionar filosóficamente sobre qué es la persona humana puede ayudar. La ética y la antropología pueden ser un real aporte en la búsqueda del bien del paciente de una manera integral. Es importante, además, tomar en consideración todo lo que la psicología del desarrollo ha aportado, e interpretar lo que dice el niño o adoles-

15 Para más detalles de estos riesgos ver Apéndice B de la guía *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people*, 7th version (6).

16 Es esencial incluirlo también en el consentimiento informado, para que el paciente y su familia puedan tomar una decisión verdaderamente autónoma.

cente según su nivel de desarrollo cognitivo y emocional (46). Por otro lado, también parece ser razonable, como dice Dreger, que cuando exista la posibilidad de trabajar con un determinado niño, explorando su identidad y expresión de género, y se le pueda dar la oportunidad de que resuelva su disforia de género y en el futuro no requiera tratamientos hormonales ni quirúrgicos, ¿por qué no hacerlo? (27).

Cuando hay discordancia de opiniones en lo que es mejor para un paciente, y no hay evidencia médica que apoye indefectiblemente un camino por seguir, las distintas opiniones suelen deberse a discordancias a otro nivel: pareceres distintos en cuanto a antropología, ética, etc. (47). En este trabajo se hace un intento por hacer evidentes esas distintas visiones que sostienen los modelos, con el fin de que una reflexión más profunda por parte de especialistas, familias y pacientes pueda ayudar a buscar lo mejor para el niño.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Press; 2013.
2. Mas Grau, J. Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patológica. *Revista Internacional de Sociología*. 2017;75(2):p.e059. DOI: <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
3. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol*. 2015;70:832-64. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0039906>
4. Adelson SL. Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51:957-74. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>
5. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler AE, Green R, Menvielle EJ, et al. Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav*. 2012;41:759-96. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>
6. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *Int J Transgend*. 2011;13:165-232. Available from: <https://www.wpath.org/publications/soc>
7. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-903. DOI: <https://doi.org/10.1210/je.2017-01658>
8. Turban JL, De Vries AL, Zucker KJ, Shadianloo S. Transgender and gender non-conforming youth. En: Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2018. Disponible en: <https://iacapap.org/content/uploads/H.3-GENDER-IDENTITY-Edition-2018-REVISED.pdf>
9. Vrouenraets LJ, Fredriks AM, Hannema S, Cohen-Kettenis PT, De Vries M. Early medical treatment of children and adolescents with gender dysphoria: An empirical ethical study. *J Adolesc Health*. 2015;57(4):367-73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.004>
10. Money, J. The conceptual neutering of gender and the criminalization of sex. *Arch Sex Behav*. 1985;14:279-90. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf01542110>
11. Fisk N. Gender dysphoria syndrome (the how, what, and why of a disease). En: Laub D, Gandy P, editors. *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Palo Alto, CA: Stanford University Press; 1973. p. 7-14.

12. World Health Organization (WHO). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 9ª ed. Ginebra: WHO (trad. cast.: Madrid, Meditor); 1978.
13. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC: Author; 1980.
14. Gatica G, Almonte C. Intervenciones terapéuticas en disforia de género de niños y adolescentes. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc*. 2015;26:121-32.
15. Shields JP, Cohen R, Glassman JR, Whitaker K, Franks H, Bertolini I. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *J Adolesc Health*. 2013;52(2):248-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
16. Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, et al. The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health*. 2014;55(1):93-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
17. Olson K. Prepubescent transgender children: What we do and do not know. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55:155-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.11.015>
18. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:13-20.
19. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(12):1413-23. DOI: <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
20. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011;16(4):499-516. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
21. Zucker KJ. On the “natural history” of gender identity disorder in children [Editorial]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:1361-3. DOI: <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818960cf>
22. De Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(11):1195-202. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
23. Olson J, Schragger SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *J Adolesc Health*. 2015;57(4):374-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.027>
24. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2016;21(1):108-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1359104514558431>
25. De Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*. 2010; 40(8):930-6. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
26. Drescher J, Byne W. Introduction to the special issue on “The Treatment of Gender Dysphoric/Gender Variant Children and Adolescents.” *J Homosex*. 2012;59(3):295-300. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653299>
27. Dreger A. Gender identity disorder in childhood: Inconclusive advice to parents. *The Hastings Center Report*. 2009;39(1):26-9. DOI: <https://doi.org/10.1353/hcr.0.0102>
28. Meyer-Bahlburg H. Gender identity disorder in young boys: A parent-and peer-based treatment protocol. *Clin Child Psychol Psych*. 2002;7:360-76. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359104502007003005>
29. Zucker KJ, Wood H, Singh D, Bradley S. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *J Homosex*. 2012;59(3):369-97. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
30. De Vries A, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex*. 2012;59(3):301-20. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>

31. Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *J Homosex.* 2012;59(3):337-56. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>
32. Rafferty J. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. Policy statement of American Academy of Pediatrics. *Pediatrics.* 2018;142(4):E20182162. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
33. Edwards-Leeper L, Spack N. Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a Major Pediatric Center. *J Homosex.* 2012;59(3):321-36. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>
34. Menvielle E. A comprehensive program for children with gender variant behaviors and gender identity disorders. *J Homosex.* 2012; 59(3): 357-368. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653305>
35. Drescher J, Byne W. Gender Dysphoric/Gender Variant (GD/GV) Children and Adolescents: Summarizing What We Know and What We Have Yet to Learn. *J Homosex.* 2012;59(3):501-10. DOI: <http://doi.org/10.1080/00918369.2012.653317>
36. Carrasco MA. Género y humanismo. *Estudios Públicos.* 2006;103:307-35.
37. Siles C, Delgado G. Teoría de género: ¿de qué estamos hablando? 5 claves para el debate. Documento online de Instituto de Estudios de la Sociedad. 2014. Disponible en: <http://www.ieschile.cl/claves-para-el-debate-2/>
38. Aparisi A. Modelos de relación sexo-género: de la "ideología de género" al modelo de la complementariedad varón-mujer. *Dikaion.* 2012;21(2):357-84. DOI: <http://doi.org/10.5294/dika.2012.21.2.2>
39. Burgos JM. Dos formas de afrontar la identidad sexual: personalismo e ideología de género. En Aparisi A, editora. *Persona y género.* Pamplona: Thomson Reuters-Aranzadi; 2011. p. 405-421.
40. Butler J. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity.* New York: Routledge; 1999.
41. González AM. Introduction: Gender identities in a globalized world. En: González AM, Seidler VJ, editors. *Gender Identities in a Globalized World.* New York: Prometheus Books; 2008. p. 15-32.
42. Fausto-Sterling A. The Dynamic Development of Gender Variability. *J Homosex.* 2012;59(3):398-421. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653310>
43. World Health Organization (WHO). Disponible en: <http://www.who.int/es/temas-salud/cie-11>
44. Stein E. Commentary on the treatment of gender variant and gender dysphoric children and adolescents: Common themes and ethical reflections. *J Homosex.* 2012;59(3):480-500. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653316>
45. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(6):582-90. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
46. Schwartz D. Listening to children imagining gender: Observing the inflation of an idea. *J Homosex.* 2012; 59(3): 460-479. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653314>
47. Gómez-Lobo A. Fundamentaciones de la bioética. *Acta Bioeth.* 2009;15(1):42-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100005>