



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA
MAGISTER DE BIOÉTICA

ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LA DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS
PREADOLESCENTES: VISIONES ANTROPOLÓGICAS Y ALGUNAS
CONSIDERACIONES ÉTICAS

por

PAULA COX CRUZAT

Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica
de Chile para optar al grado académico de Magister en Bioética

Profesora guía: María Alejandra Carrasco

Mayo, 2019

Santiago, Chile

© 2019, Paula Cox Cruzat

© 2019, Paula Cox Cruzat

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a su autor.

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	4
RESUMEN.....	5
I. INTRODUCCIÓN	6
II. ASPECTOS MÉDICOS.....	11
2.1 Terminología.....	11
2.2 Identidad de género y disforia de género.....	12
2.3 Desarrollo psicosexual: determinantes biológicos y psicosociales.....	14
2.4 Tratamientos en niños preadolescentes.....	15
2.4.1 Modelo terapéutico.....	17
2.4.2 Watchful waiting (espera atenta).....	20
2.4.3 Modelo afirmativo.....	21
2.5 ¿Se puede recomendar un tratamiento por sobre otro?.....	24
III. ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS.....	27
3.1 Relación entre sexo y género.....	27
3.1.1 Equivalencia sexo género.....	28
3.1.2 Género como concepto cultural.....	28
3.2 Concepto de identidad de género en los distintos enfoques terapéuticos.....	32
3.3 Visiones antropológicas que subyacen a los distintos enfoques terapéuticos: visión dualista y visión unitaria de la persona.....	37
IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	40
BIBLIOGRAFÍA	44

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.1: Criterios diagnósticos DSM-5 para Disforia de Género en niños (APA,2013).....	9
--	---

TABLA 1.2: Criterios diagnósticos DSM-5 para Disforia de Género en adolescentes y adultos (APA, 2013).....	10
--	----

RESUMEN

La Asociación Americana de Psiquiatría define la Disforia de Género como una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna al nacer, asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, pudiendo darse en niños, adolescentes y adultos. En relación a los pacientes pediátricos, no existe actualmente un completo consenso en su tratamiento, así como tampoco evidencia que apoye claramente un enfoque por sobre otro. En la literatura se describen principalmente tres tipos de abordajes en niños preadolescentes: “modelo terapéutico”, “watchful waiting” (espera atenta) y “modelo afirmativo”. La decisión de un profesional de la salud de adoptar un determinado enfoque está influenciada por la visión antropológica que posea y no solo por la evidencia disponible. En este trabajo se realiza una breve revisión de la literatura existente sobre la disforia de género, se describen los tres abordajes en niños y se analizan las visiones antropológicas que los sustentan. En los distintos modelos de abordaje se pueden distinguir diferentes concepciones sobre la relación sexo-género en la persona (completa separación o coimplicancia), derivando así en dos visiones antropológicas (dualismo o unidad del hombre). Es imprescindible que los profesionales reflexionen sobre las visiones que dirigen su actuar y las conversen con los pacientes y familias, para que puedan tomar una decisión informada, conscientes de las limitaciones de cada enfoque, de la visión antropológica que les subyace, y de las reales posibilidades de los tratamientos ofrecidos, siempre orientados a lo mejor para el niño.

PALABRAS CLAVES: disforia de género, identidad de género, tratamientos en niños, relación sexo-género, antropología.

I. INTRODUCCIÓN

Identidad de Género y Disforia de Género son temas que están ganando creciente atención no solo en el área de la salud, sino también en la esfera pública, como un tema de gran relevancia social por sus implicancias en la legislación, educación, salud y familia.

Sin ir más lejos, en Chile se aprobó recientemente, en 2018, la “Ley de Identidad de Género” que permite el cambio de sexo registral en el Registro Civil para mayores de 18 años, mientras que los adolescentes de 14 a 18 años pueden hacer este trámite en los Tribunales de Familia con el apoyo de sus padres o tutores legales. En los medios de comunicación también se han hecho presentes estas materias, se han dado a conocer historias de niños y adolescentes con disforia de género con la gran complejidad que conllevan (por ejemplo en Revista Paula, 2015; Revista Qué Pasa, 2015; Programa Contacto, 2015; entre otros). Ha aumentado también el interés por parte de colegios y familias por formarse en disforia de género, muchas veces buscando consejos en los profesionales de la salud. Junto con ello, a nivel mundial, se ha documentado un aumento de las consultas (Chen et al., 2016, Zucker et al., 2016) con el consiguiente aumento de las investigaciones en el área (Turban, de Vries, Zucker y Shadianloo, 2018).

Sin lugar a dudas es un asunto muy complejo y sensible, que involucra a pacientes vulnerables que requieren ayuda y han sido en cierto modo dejados de lado o incluso discriminados. Pero como también es un tema que ha sido llevado a los medios de comunicación, a la política y a la discusión pública, se debe tener especial cuidado en que grupos de presión con otros intereses influyan en la decisión de familias y profesionales de la salud respecto de lo que es mejor para el niño o adolescente. Mucho se ha ligado el tema a la “ideología de género”¹ e

¹ El término “ideología” puede ser usado principalmente en dos sentidos: uno descriptivo refiriéndose 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”, considerándola como “la perspectiva teórica de corte radical que concibe la sexualidad

incluso en ambientes más conservadores se piensa que quienes trabajan en pro de estos niños lo hacen bajo el influjo de ella, que la misma condición de transgénero es ideología. Pero la disforia de género es un fenómeno reconocido por la medicina y la psicología, no es invento de “lobbies”. Por la ideología de género el tema ha salido a discusión pública, pero hay que distinguir los postulados de la ideología del fenómeno descrito por la medicina y la psicología. La identidad de género es una característica de la identidad personal reconocible, donde se han visto desviaciones de lo normal como la disforia de género, y donde se intenta trabajar por el alivio de los pacientes, que no han “elegido” su condición ni su género, sino que más bien descubren en ellos esta incongruencia sexo-género, muchas veces en la niñez. En este sentido no cabe aquí una explicación del género como puramente cultural y moldeable (como lo plantea la ideología de género).

La Asociación Americana de Psiquiatría (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 uno siente o expresa y el que se le asigna al nacer, asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, pudiendo darse en niños, adolescentes y adultos (APA, 2013) (Tabla 1.1 y 1.2). Se han publicado distintos reportes y guías clínicas con recomendaciones para el abordaje y tratamiento de estos pacientes (American Psychological Association, 2015; Adelson, 2012; Byne et al, 2012; Coleman et al, 2011; Hembree et al, 2017, entre otras), que incluyen diversos tipos de evaluación y terapias por equipo de salud mental, tratamientos hormonales y cirugías de reasignación de sexo. Sin embargo, siendo 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,

como una elección personal sobre un fondo biológico” (Burgos, 2011), 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 (Aparisi, 2012; Burgos, 2011).

quienes rechazan otros y diferentes límites de edades para cada uno (Turban et al., 2018; Vrouenraets, Fredriks, Hannema, Cohen-Kettenis y De Vries, 2015).

A lo largo de este trabajo se intentará exponer una breve revisión de la literatura sobre la disforia de género en niños, posteriormente una descripción de los distintos abordajes terapéuticos para niños preadolescentes que se han propuesto, para finalizar con una reflexión sobre la filosofía que subyace a estos enfoques terapéuticos. Se postula que la decisión de un profesional de la salud (o equipo) de adoptar un determinado enfoque está influenciada por la conceptualización del fenómeno de la disforia de género y por la visión antropológica que posea, sobre todo ante lo limitada de la 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.

Tabla 1.1 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):

1. 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).
2. 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.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. 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.
7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
8. 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).

Tabla 1.2 Criterios diagnósticos DSM-5 para Disforia de Género en adolescentes y adultos (APA, 2013).

**DSM-5:DISFORIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS
302.85(F64.1)**

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 dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral 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).

Postransición: el individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo con el sexo deseado (con o sin legalización del cambio de sexo) y se ha sometido (o se está preparando para someterse) por lo menos a una intervención o tratamiento médico de cambio de sexo, por ejemplo, un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto o a una intervención quirúrgica de cambio de sexo para confirmar el sexo deseado (p. ej., penectomía, vaginoplastía en un individuo nacido hombre; mastectomía o faloplastía en una paciente nacida mujer).

II. ASPECTOS MÉDICOS

2.1 Terminología

La terminología usada en el ámbito de la atención de salud de personas transgéneros está continuamente en evolución, con introducción de nuevos términos y redefinición de algunos ya existentes (Coleman et al., 2011). Por lo mismo, algunos conceptos no son universalmente aceptados, hay cierto desacuerdo entre los profesionales sobre cuáles son las palabras o definiciones más adecuadas, dependiendo de la orientación teórica, país, grupo etario o cultura (American Psychological Association, 2015).

Por “**identidad de género**” se puede entender la percepción intrínseca de una persona de pertenecer al género masculino (hombre o niño) o al femenino (mujer o niña) (Adelson, 2012), o, como lo hacen algunos profesionales, incorporar la opción de géneros alternativos que no se ajustan a un entendimiento binario del género (por ejemplo, personas que no se identifican totalmente como mujeres o hombres, podrían definirse como bigénero, pangénero, género neutro, agénero, etc) (American Psychological Association, 2015). Es distinta de la “**orientación sexual**”, que hace referencia al sexo del individuo al que una persona se siente sexual y/o eróticamente atraída (pudiendo darse las orientaciones sexuales homosexual, heterosexual o bisexual) (Adelson, 2012).

Es común leer en las publicaciones sobre el tema que no se habla simplemente de “**sexo**” sino de “**sexo natal o sexo de nacimiento**” para referirse al sexo asignado al nacer como masculino o femenino, usualmente basándose en la apariencia de los genitales externos. Cuando los genitales externos son ambiguos (en los llamados trastornos del desarrollo sexual), otros componentes del sexo (gónadas, sexo cromosómico y hormonal) son considerados con el fin de asignar el sexo. Para la mayoría de las personas, la identidad y expresión de género son consistentes con su sexo asignado al nacer (lo que se ha designado con el término **cisgénero**); para las personas

transgénero, la identidad o expresión de género difiere de su sexo asignado al nacer (American Psychological Association, 2015).

Generalmente se entiende por “**disforia de género**” la incomodidad o malestar causado por la discordancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el rol de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias) (Knudson, De Cuypere, y Bockting, 2010). En 2013 la APA adoptó este término como diagnóstico que reemplaza al anterior Trastorno de Identidad de Género de la cuarta versión del DSM (APA, 2000).

2.2 Identidad de Género y Disforia de género

Como término, la “identidad de género” fue introducido al léxico profesional por Hooker y Stoller en los años 60` (Money, 1985) como un concepto que describía el desarrollo en el niño de un sentido fundamental de pertenencia a un sexo determinado. 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 y/o quirúrgicos de reasignación de sexo (Fisk, 1973). A fines de los años 70` se ingresa a las principales clasificaciones diagnósticas contemporáneas (CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades; DSM) los diagnósticos relacionados a la problemática de género.

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 (Adelson et al, 2012). Sin embargo, cerca del 1% de los niños preadolescentes refiere sentir discordancia entre su sexo y su género (Shields, Cohen y Glassman, 2013; Clark, Lucassen y Bullen, 2014), presentando lo que se conoce actualmente como disforia de género.

El curso clínico o historia natural de la disforia de género es algo aún en investigación (Olson, 2016). Se han hecho estudios de seguimiento de niños y adolescentes hasta la edad adulta tratando 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 compara niños hasta la edad adulta versus adolescentes hasta la edad adulta. La persistencia de la disforia de género en niños en los distintos estudios de seguimiento fluctúa entre 2 al 39% (Ristori y Steensma, 2016). 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 (Wallien y Cohen-Kettenis, 2008). Se ha sugerido que un posible predictor clave de la persistencia es la distinción entre los niños que *creen* ser del otro género versus los que *desean* ser del otro género, pero aún faltan estudios para confirmarlo² (Steensma, Biemond, De Boer y Cohen-Kettenis, 2011; Olson, 2016). 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 (Zucker, 2008a; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008). En estudios con adolescentes se observa que la mayoría de ellos persiste con la disforia en la adultez, muchas veces solicitando tratamiento hormonal y/o quirúrgico de reasignación de sexo (Zucker, 2008a; Adelson, 2012).

Los niños y adolescentes con disforia de género presentan más psicopatología que controles de su misma edad, tienen más trastornos del ánimo, de ansiedad y disruptivos (De Vries, Doreleijers y Steensma, 2011; Olson, Schrager y Belzer, 2015). También las tasas de autoagresiones e intentos de suicidio son altas (Holt, Skagerberg y Dunsford, 2016, 10% intentos de suicidio

² 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 otro sexo. Sin embargo, aunque distintos, ambos se consideran como indicadores diagnósticos en el DSM-5 (ver Tabla 1). El estudio que llevó a plantear esta diferencia (Steensma et al., 2011) 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 sólo 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 sólo 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 e importante hacia la actitud que adopte el clínico y la familia, el cómo acojan una creencia o un deseo.

con edad promedio de 13,5 años). Algunos investigadores han reportado mayor presencia de sintomatología de Trastornos del Espectro Autista en pacientes con disforia de género (De Vries, Noens y Cohen-Kettenis, 2010). Probablemente 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 (Turban et al., 2018).

2.3 Desarrollo psicosexual: determinantes biológicos y psicosociales.

La identidad de género no debería entenderse como una característica aislada ni puntual en la vida de una persona, sino más bien 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. El conocimiento de este desarrollo en el niño y adolescente puede orientar el análisis y la comprensión del desarrollo alterado³ (Gatica y Almonte, 2015). Niños de 2 a 3 años ya logran darse cuenta del género al que pertenecen y pueden experimentar malestar si éste no coincide con su sexo anatómico. La disforia de género se refiere a este malestar, pero que no se limita a sentirse incómodos con el rol de género de una cultura determinada, sino que además a sentir rechazo y desagrado por el sexo anatómico y a sentirse como individuos psicológicamente pertenecientes al sexo opuesto (APA, 2013).

Varios estudios se han dedicado a investigar los distintos factores que participan en el desarrollo psicosexual y la disforia de género. Estudios en gemelos reportan un componente genético fuerte, describen que los comportamientos del sexo opuesto se dan en mayor medida en gemelos monocigotos que en dicigotos (monocigotos tienen mayor semejanza de su material genético), y atribuyen cerca de un 60% del comportamiento a causa

³ Con el término “desarrollo alterado” no se quiere aquí hacer una valoración moral de la disforia de género ni de la condición de transgénero. Lo alterado puede ser comprendido en términos estadísticos (la disforia de género se escapa de la normalidad estadística en el desarrollo psicosexual) y también en términos clínicos por cuanto implica malestar y deterioro en el funcionamiento.

genética (Coolidge, Thede y Young, 2002; Beijsterveldt, Hudziak y Boomsma, 2006). Aunque una limitante de estos estudios que hay que tener en cuenta es que principalmente describen comportamiento en base a observación de los padres, no si el niño presenta disforia de género o si será transgénero. En torno a estas y otras investigaciones, Polderman et al. (2018) postulan la hipótesis de que la identidad de género es un “rasgo complejo multifactorial con un componente hereditario poligénico”.

También se ha estudiado el rol de las hormonas en la diferenciación cerebral (existen mayores niveles de testosterona en fetos varones), dando cuenta de la importancia de ellas en el comportamiento femenino y masculino, sobre todo de su papel en la organización cerebral prenatal (Bao y Swaab, 2011; Ruigrok et al., 2014). Estudios de neuroimagen muestran resultados variados, con algunas reacciones de personas transgénero similares a su género sentido y otras a su sexo asignado (Turban et al., 2018).

Por otro lado, se ha investigado el rol de los factores psicosociales en la disforia de género, la cual se ha asociado a características en la crianza que podrían marcar cierta influencia: deseo de la madre de que su hijo sea del sexo opuesto, ausencia paternal, psicopatología en los padres, etc. Sin embargo, ninguna de estas hipótesis ha sido validada (Steensma, Kreukels, De Vries y Cohen-Kettenis, 2013).

Zucker (2008b) plantea que los factores biológicos influyen en el desarrollo psicosexual de una manera que *predispone pero no fija* ciertos resultados. La identidad de género sería el fruto de múltiples factores biopsicosociales que tienen cierta maleabilidad, sobre todo en la infancia⁴.

2.4 Tratamientos en niños preadolescentes

⁴ Zucker (2008b) postula que la identidad de género se desarrolla mediada por distintos factores y con *cierta* maleabilidad en la infancia, lo que da pie para plantear intervenciones psicoterapéuticas a esta edad. Esta maleabilidad nunca es total ni tampoco es la misma en todos los pacientes, por lo que se debe plantear la terapia a seguir caso a caso.

El abordaje y tratamiento de la disforia de género en los niños preadolescentes ha sido objeto de controversia, sin llegar aún a consenso, no así en adolescentes y adultos donde hay mayor concordancia entre los especialistas (Drescher y Byne, 2012a).

El objetivo general de todos los psicoterapeutas, independiente 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 (sobre todo hay discordancia en si la prevención de la condición de transgénero en la adultez es un objetivo aceptable) (Byne et al., 2012).

Se han descrito en la literatura principalmente tres enfoques terapéuticos en niños, que han sido discutidos en profundidad en diferentes reportes y guías clínicas: “Report of the American Psychiatry Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder” (Byne et al., 2012), “Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People” (American Psychological Association, 2015), “Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents” (Adelson, 2012), “Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version” (Coleman et al, 2011), entre otros. Además se publicó un interesante volumen especial del Journal of Homosexuality (Drescher y Byne, 2012a) donde distintos especialistas (psiquiatras y psicólogos) describen sus enfoques terapéuticos y, posteriormente, personas ligadas al área de la salud, bioética, filosofía y leyes los comentan. Todo esto da cuenta de lo controvertido del tema y de la necesidad de reflexionar.

A continuación se describen brevemente los tres enfoques principales en niños preadolescentes (considerar que existen miradas intermedias o mezclas de ellos en algunos casos):

2.4.1 “Modelo terapéutico”⁵:

Un primer enfoque busca trabajar con los niños y sus familias intentando disminuir la disforia de género y la identificación y comportamientos del sexo opuesto. Este tipo de abordaje se describe en la literatura desde la década de 1960, 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 y/o quirúrgicos de por vida con riesgos asociados, etc. (Meyer-Bahlburg, 2002; Zucker, Wood, Singh y Bradley, 2012).

Un ejemplo de este tipo de enfoque es la propuesta de un equipo canadiense que desde mediados de los 70’ 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 intentando trabajar con ellos y disminuirla (Zucker et al, 2012). Este equipo plantea que en la gran mayoría de los niños se puede considerar la identidad de género como algo estable en la vida de una persona. Para los niños que se presentan con disforia de género (DG) los estudios a largo plazo de seguimiento confirman que en ellos la identidad de género no es necesariamente fija. La mayoría de estos niños tienden a resolver su DG a medida que se acercan a la adolescencia, constituyendo una identidad de género de acuerdo con su sexo natal (Ristori y Steensma, 2016; Turban et al., 2018). 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, psicopatología asociada y mecanismos psicodinámicos. Los factores biológicos (por ejemplo, factores genéticos, hormonas sexuales prenatales, temperamento) se conceptualizan como posibles

⁵ Llamado así por Alice Dreger (2009) 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.

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.

Dentro de los factores biológicos juega un rol especial el temperamento. Si se toma por ejemplo una dimensión de este como es el “nivel de actividad”, se puede observar que en niños con DG se halla invertido: niños con DG tienen menor nivel de actividad que niños controles, niñas con DG tienen mayor nivel de actividad que niñas controles, y niñas con DG tienen mayor nivel de actividad que niños con DG (Zucker y Bradley, 1995). Por lo tanto, puede suceder que niños con DG sientan que el comportamiento de las niñas es más compatible con el suyo y viceversa. Esto puede llevar a un mayor interés por los juguetes y juegos del sexo opuesto, y tener un efecto de retroalimentación en la conformación de la identidad de género del niño, especialmente durante el desarrollo temprano cuando el razonamiento cognitivo es más rígido (Zucker et al, 2012).

Dentro de los factores psicosociales se considera la respuesta de los padres al comportamiento del sexo opuesto, donde la neutralidad o la promoción de este es vista como un factor perpetuador.

El equipo de Zucker y Bradley advierten 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” (Zucker et al., 2012). 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.

El protocolo descrito por Zucker et al. (2012) considera sesiones de evaluación del niño y su familia donde se determina si el niño cumple con los criterios de DG. De ser así, se recomienda un tratamiento que dependiendo de cada caso puede incluir: psicoterapia de juego semanal para el niño, psicoterapia o psicoeducación semanal para los padres, recomendación para los padres de intervenciones a realizar en el ambiente natural del niño, y psicofármacos si son requeridos por comorbilidades. 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”, 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 y/o de los padres, terapia de pareja, etc.

El modelo terapéutico en general ha visto la condición de transgénero como un objetivo no deseable, sin embargo, el equipo de Zucker et al (2012) llama a tener especial cuidado en la contextualización de esta afirmación. Lo que se busca es lograr que el niño esté cómodo consigo mismo y feliz, y se considera que la remisión de la disforia y la prevención de la condición de transgénero en los niños podría cooperar a este objetivo. En este modelo, desde una perspectiva de desarrollo, se adopta un enfoque muy diferente cuando se trabaja con adolescentes, debido a que hay mucha menos evidencia de que la DG pueda remitir en esta etapa. Está abierto a debate si esto se debe a las diferentes poblaciones de pacientes que se ven en la adolescencia en comparación con la niñez o si se debe a un estrechamiento de la plasticidad y maleabilidad en la diferenciación de la identidad de género en el momento de la adolescencia. Pero cuando el consenso clínico es que un adolescente en particular es muy probable que logre una mejor adaptación psicosocial y calidad de vida por medio de la

terapia hormonal y quirúrgica, la postura de estos autores es apoyar esta vía (Zucker et al, 2012)⁶.

2.4.2 “*Watchful waiting*” (espera atenta⁷):

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, aconsejando 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, siendo algunas de sus principales investigadoras Peggy Cohen-Kettenis y Annelou de Vries (De Vries y Cohen-Kettenis, 2012).

En el llamado “modelo holandés” (Dutch approach) se considera la DG como una condición multifactorial donde tanto factores biológicos como psicosociales juegan un rol. En el diagnóstico y tratamiento se toma en cuenta una perspectiva del desarrollo, considerando 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 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

⁶ Esto revela que lo que mueve al modelo terapéutico a considerar la condición de transgénero como objetivo no deseable de la terapia en niños con DG es una convicción derivada de la práctica clínica, no una convicción moral.

⁷ Este modelo es conocido por su nombre en inglés, aunque es difícil una traducción exacta del término, se podría utilizar la expresión “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.

tienden a desistir de la disforia antes o justo después del inicio de la pubertad⁸, 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 algunos niños que lo han hecho (algunas veces como niños en edad preescolar) apenas se dan cuenta, posteriormente, de que son del otro sexo natal. “Desarrollan un sentido de la realidad tan diferente de 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” (De Vries y Cohen-Kettenis, 2012).

Los adolescentes que persisten con disforia de género pueden considerarse elegibles para la supresión de la pubertad (en Tanner 2-3) y posteriormente tratamiento hormonal cruzado cuando alcanzan la edad de 16 años. En el equipo holandés se considera que la suspensión de las intervenciones médicas físicas 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 intervenciones médicas físicas (De Vries y Cohen-Kettenis, 2012).

2.4.3 “Modelo afirmativo”:

En este enfoque se suelen considerar todos los resultados de la identidad de género como válidos y deseables (con una visión no binaria de género), por lo que se afirma la identidad de género sentida del niño a pesar de que 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

⁸ 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 (Steensma et al., 2011).

caso a caso. Y una vez llegada la adolescencia se ofrece a los jóvenes la suspensión de la pubertad y 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 aumentar el estigma y finalmente llevarlos a tener alguna psicopatología (Ehrensaft, 2012). El modelo afirmativo ha ganado cada vez más adeptos en el último tiempo, es el recomendado por la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, 2015) y recientemente también por la Academia Americana de Pediatría (Rafferty, 2018).

Un ejemplo de este modelo es la “True gender self child therapy” (TGST) descrita por Diane Ehrensaft (2012). 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”. No se considera una desviación o anormalidad la incongruencia entre el sexo y el género, sin embargo, 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” (Ehrensaft, 2012).

La atención de la terapia se pone en aliviar el estrés que causa la inconformidad de género, por lo que la TGST se centra sobre todo 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 (Ehrensaft, 2012).

Otro ejemplo del enfoque afirmativo es el programa desarrollado por Edgardo Menvielle en Washington DC, EEUU (Menvielle, 2012). Su propuesta incluye un conjunto de intervenciones de diagnóstico y tratamiento destinadas a ayudar a los padres a afirmar y apoyar a sus hijos en su identidad de género. Una premisa del programa es que el desarrollo de los niños con comportamientos e intereses de género “atípico” no debe interferirse más que con los niños que son “convencionales” en su género, puesto que se considera que la DG en los niños representa una variación de desarrollo normal. De acuerdo con su objetivo afirmativo, se alienta a los padres a valorar incondicionalmente a su hijo, reconocer su diferencia y privilegiar la iniciativa del niño evitando imponer las preferencias de los padres. El programa inculca en los padres la idea de que, con el tiempo, el niño descubrirá quién es y, mientras tanto, un acompañamiento de apoyo por parte de los padres es la mejor oportunidad del niño de establecer una base de autoestima positiva en medio de la negatividad de la sociedad hacia la diferencia (Hill, Menvielle, Sica y Johnson, 2010; Menvielle, 2012).

En este programa, los pacientes son inicialmente evaluados por un equipo de profesionales por medio de entrevistas e instrumentos de diagnósticos, permitiendo hacer las primeras recomendaciones. Algunos niños evaluados presentan comportamientos e intereses atípicos de género, pero sus deseos de pertenecer al otro género o las afirmaciones sobre ser un miembro del otro género no son generalizadas y no sugieren o representan convicciones profundas y persistentes. En su lugar, pueden ser expresiones de un anhelo por las ventajas que un niño percibe por ser miembro del otro género. Estos niños y sus padres tienden a beneficiarse de una discusión sobre las diferentes formas de ser niño o niña, dándoles la oportunidad de mirarse de una manera distinta. Esta intervención puede ser también de valor diagnóstico, si el niño no se siente cómodo con este tipo de mensaje podría deberse a que es realmente transgénero. Las familias que ingresan al programa pueden participar de grupos de padres y niños donde reciben apoyo y psicoeducación, liderados por profesionales. Se trabaja considerando que el problema no reside en el niño sino más bien en la sociedad que lo rechaza. El estrés y el estigma social pueden superarse por medio de la

participación en una comunidad de soporte, la misma reducción del estrés puede ayudar a ir resolviendo las preguntas sobre el diagnóstico a lo largo del desarrollo del niño (Menvielle, 2012).

En cuanto a la transición social en niños preadolescentes, en el modelo afirmativo generalmente se recomienda apoyar a los niños en su identidad de género autoafirmada y permitir que vivan según ella en los ambientes en que sea seguro para el niño, pero manteniendo siempre abierta la opción de un nuevo cambio en el futuro (Ehrensaft, 2012; Menvielle, 2012; Edwards-Leeper y Spack, 2012).

2.5 ¿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, no existen este tipo de estudios en el ámbito de la disforia de género en niños (y probablemente dado 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 a elegir (Byne et al., 2012). Sin embargo, las opiniones varían ampliamente entre los especialistas, y están influenciadas por la orientación teórica, así como suposiciones y creencias sobre los orígenes de la identidad de género, y por la maleabilidad percibida en etapas particulares de desarrollo (Drescher y Byne, 2012b; Turban et al., 2018).

Ristori y Steensma (2016) recogen diez estudios de seguimiento de niños con disforia de género tratados por distintos equipos donde describen tasas de persistencia en promedio de 15% (fluctúan entre 2% y 39%), con persistencias más bajas en las cohortes más antiguas (antes del año 2000 versus después del 2000) y en los grupos canadienses versus holandeses. Pero dado diferencias culturales, criterios de inclusión de casos y diferentes tiempos de seguimiento, estas cohortes no son del todo comparables. No se puede desprender de estos

estudios que exista una terapia o enfoque más eficaz que otra (y tampoco existe completo consenso en qué consiste un “éxito” terapéutico: remisión de la disforia por medio de lograr la congruencia sexo-género o afirmando el género sentido).

Debido a que la literatura sobre tratamientos carece de evaluaciones comparativas rigurosas, los profesionales finalmente se apoyan en un mosaico de evidencia empírica sobre la historia natural (Zucker et al., 2012). Y la historia natural indica que la tasa de remisión de la disforia de género es mucho mayor en niños que en adolescentes o adultos. Sin embargo, sigue sin estar claro si los niños "tratados" han sido "curados" a través de intervenciones o simplemente han resuelto su disforia de género (De Vries y Cohen-Kettenis, 2012).

Un estudio de Hill, Menvielle, Sica y Johnson (2010) sugiere que habría menor psicopatología, sobre todo problemas de comportamiento, al seguir un enfoque afirmativo versus los otros modelos. Pero este estudio fue cuestionado por no contar con grupos controles comparables, no definir con exactitud el momento de evaluación de la conducta del niño y otras fallas en su metodología (Singh, Bradley y Zucker, 2011). Otro estudio evaluó la salud mental en niños que habían realizado la transición social y que recibían apoyo de sus padres, encontrando que tenían similares niveles de depresión a controles de su misma edad, y niveles de ansiedad levemente mayores (Olson, Durwood, DeMeules, y McLaughlin, 2016). Se postuló además que los niveles de depresión y ansiedad eran menores que los reportados en otros estudios con niños con DG, pero sin transición social, sugiriendo que el enfoque afirmativo es mejor para la salud mental de los niños con DG. Sin embargo, en el estudio de Olson et al. (2016) las mediciones de niveles de depresión y ansiedad se recopilaron en un punto temporal no especificado después de la transición social. Es posible que a medida que estos niños crezcan su salud mental pueda empeorar, se necesita mayor seguimiento de estos casos. También es importante tener en cuenta que estos niños no eran todos pacientes formales de un profesional de la salud mental y por lo tanto podrían representar una cohorte más saludable basalmente en comparación con los reportes de otros estudios (Turban, 2017; Zucker, 2018).

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. Byne et al., 2012) no pudo llegar a consenso sobre si la identificación persistente con el género opuesto es una patología por sí misma, en ausencia de malestar importante. Tampoco se llegó a consenso sobre cuáles serían los objetivos terapéuticos legítimos en niños (por ejemplo, prevención de la condición de transgénero).

A todo esto se agrega que los niños tienen una capacidad limitada para participar en la toma de decisiones con respecto a su salud, pueden asentir pero son finalmente los padres o cuidadores quienes consienten o no en un determinado tipo de tratamiento. “Los padres y otros cuidadores primarios pueden sentirse abrumados por la variedad de opiniones y opciones profesionales y tener dificultades para tomar decisiones con respecto a los menores bajo su cuidado, por lo que probablemente terminarán buscando médicos que reflejen sus propias visiones del mundo, creyendo que los objetivos coherentes con sus puntos de vista son lo mejor para sus hijos” (Byne et al., 2012; Drescher y Byne, 2012b). Los terapeutas deberán entonces utilizar toda su experiencia y seguir los modelos conceptuales que consideren más adecuados, buscando lo mejor para los niños y sus familias. Por lo mismo, se deberían evitar aseveraciones dogmáticas sobre la mejor práctica a seguir, sobre todo con respecto a los niños (Zucker, 2008b).

Dado que la disforia de género en adolescentes tiende en la gran mayoría de los casos a persistir en la adultez y que no hay mucho de evidencia ni de experiencia clínica de psicoterapia en esta etapa (Zucker, 2008b), pero sí de experiencias positivas en cuanto a mejora del funcionamiento general y mental con supresión de la pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugías de reasignación de sexo (Smith, van Goozen, Kuiper y Cohen-Kettenis, 2005; De Vries y Cohen-Kettenis, 2012; Edwards-Leeper y Spack, 2012), los distintos equipos y enfoques descritos previamente concuerdan en general en este tratamiento escalonado de reasignación de sexo (Byne et al., 2012). Sin embargo, aún hay diferencias con respecto a algunos puntos: en los criterios para elegir los candidatos adecuados para estos tratamientos, a qué edad ofrecerles

medicamentos de supresión de la pubertad, tratamiento hormonal cruzado, etc (Vrouenraets et al., 2015).

Como se puede ver, existe mayor claridad en el tratamiento (en la práctica) de adolescentes en comparación a los niños preadolescentes, pero aún se advierten diferencias conceptuales en el abordaje: no es lo mismo dar un tratamiento hormonal cruzado a un paciente bajo el supuesto de que la condición de transgénero es una variación normal del desarrollo psicosexual a la que algunos individuos llegarán, que hacerlo considerándola como un objetivo terapéutico no deseado pero apostando por este tratamiento dado que no existe evidencia de otro mejor.

III. ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS

Al parecer no existe evidencia médica irrefutable que pueda calificar a un enfoque terapéutico como mejor que otro, sin embargo, se observa que hay diferencias en la práctica clínica...¿por qué? La decisión de un profesional de la salud o equipo de adoptar un determinado modelo puede verse influenciada por cómo se conceptualice la disforia de género y la condición de transgénero (variante normal del desarrollo o desviación de la normalidad) y por la visión de antropológica que se posea. Detrás de cada enfoque hay una filosofía, una manera de concebir al hombre, que guía el actuar de los profesionales, más allá de la evidencia que existe. Hacer un trabajo de autorreflexión y explicitación de esta filosofía puede ayudar a los profesionales, familias y pacientes a tomar una mejor decisión.

A los distintos modelos les subyacen diferentes 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. De esta manera, los equipos se acercan a dos formas de concebir al hombre: visión dualista y visión unitaria de la persona.

3.1 Relación entre sexo y género

Hoy en día la palabra género no tiene un único significado, existen distintas nociones dando vuelta en el ambiente médico, filosófico, social, legal y político, que si se miran con cuidado reflejan distintas visiones de ser humano y de la relación sexo-género en la persona (Carrasco, 2006). A grandes rasgos se han dado en la historia tres interpretaciones sobre el término género que conviven en nuestro tiempo (Siles y Delgado, 2014) y que podría ser de utilidad revisar antes de definirse por un determinado enfoque en el tratamiento de la DG:

3.1.1 “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 se cae en los clásicos estereotipos: hombre en la vida pública, mujer en la vida doméstica y familiar (Aparisi, 2012; Siles y Delgado, 2014).

3.1.2 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 distintos roles femeninos y masculinos existen algunos elementos atribuibles a la biología (sexo) y otros contruidos 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 (Aparisi,

2012). Sin embargo, se podrían distinguir actualmente 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, llegando a plantear en algunos casos una absoluta irrelevancia del sexo biológico en la conformación de la identidad (es el caso de la ideología de género) (Aparisi, 2012).

El movimiento feminista en sus inicios abogaba por la consecución de derechos civiles y políticos para las mujeres, en una legítima lucha por la igualdad: derecho a votar, a seguir estudios superiores, administrar su propio patrimonio, etc. Con el paso del tiempo y a medida que estos objetivos se iban logrando, tomó otros tintes, sobre todo 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 (hombre es el resultado del puro ejercicio de su libertad) y por ideas marxistas que trasladan la lucha de clases a la relación varón-mujer (Siles y Delgado, 2014). 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 (Foucault), el feminismo separa cada vez más naturaleza (lo dado) y la cultura, llegando a lo que se conoce actualmente como postfeminismo de género o ideología de género (Aparisi, 2012).

Posteriormente la teoría Queer, con exponentes como Judith Butler (1999), lleva aún más al extremo el significado de sexo y género, afirmando 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.

b) “Coimplicancia sexo-género”: género como expresión cultural de lo naturalmente masculino y femenino (Siles y Delgado, 2014)

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” (Carrasco, 2006). 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” (Siles y Delgado, 2014).

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 diferencia pero ésta se manifestará de distinta manera en cada época y cultura) (González, 2008).

Estas distintas nociones de cómo se da la relación sexo-género en la persona conviven actualmente en el ambiente, algunas con mayor fuerza que otras, sin que exista un consenso sobre el significado de género; si se debiera 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 posturas deterministas derivadas de una visión puramente biológica de la identidad (Siles y Delgado, 2014; González, 2008).

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.

De las tres interpretaciones del concepto de género descritas anteriormente se puede apreciar una diferencia en el rol del sexo y cuerpo en la definición de la identidad de género. En la “equivalencia sexo-género” la identidad de género se deriva inevitablemente del sexo. Cuando se considera el género como producto exclusivo de la cultura (“separación sexo-género”), es poco o nulo el papel del sexo y del cuerpo en la configuración de la identidad de género. Y en la tercera fórmula, “coimplicancia sexo-género”, tanto sexo como género jugarían un rol en la identidad de género. Esta es una diferencia importante que permite entender por qué los terapeutas eligen distintos modelos de abordaje de la disforia de género.

3.2 Concepto de Identidad de Género en los distintos enfoques terapéuticos

a) Modelo Terapéutico y Watchful Waiting: Identidad de Género como realidad multifactorialmente constituida

En los modelos “terapéutico” y “watchful waiting” los autores señalan que los estudios que serían necesarios para responder a la mayoría de las preguntas sobre los orígenes y la naturaleza del género, con algún grado de certeza científica, no se pueden realizar por razones éticas y técnicas. Por lo tanto, oficialmente se oponen a definir el estado existencial del género o hacer afirmaciones tajantes como las del modelo afirmativo (Schwartz, 2012; Fausto-Sterling, 2012). Sí se advierte el fuerte rol que le dan al ambiente y al desarrollo en la conformación del género⁹. De Vries y Cohen-Kettenis (2012) se abstienen de

⁹ Ambos modelos describen la DG como una condición multifactorial en donde aspectos psicosociales y biológicos juegan un rol (De Vries y Cohen-Kettenis, 2012; Zucker et al., 2012). 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 como se desarrolla la identidad de género en los inicios de la pubertad. Como la mayoría de los niños resuelve su disforia previo 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 (De Vries y Cohen-Kettenis, 2012). 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

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 Zucker et al. (2012) creen que se puede inferir un poco más. En su propuesta 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). El trabajo terapéutico 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, factores psicosociales, cognición social, psicopatología asociada y mecanismos psicodinámicos” (Zucker et al, 2012). 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 enfoques cerca de la tercera interpretación propuesta: coimplicancia sexo-género. Género y sexo están muy unidos, coimplicados: 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

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 estar significando 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 se plantea esta aproximación psicoterapéutica solo en niños preadolescentes (Zucker, 2008b; Zucker et al., 2012). 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 (dando menor espacio a psicoterapias y mayor oportunidad a tratamientos médicos).

tratamientos propuestos van en la línea de resolver factores o problemas que pueda haber en la formación de la identidad de género, intentando aliviar la disforia. Sin embargo, cuando la DG no remite en niños, y estos llegan a la adolescencia, se aceptan tratamientos médicos hormonales.

Ambos equipos recalcan uno de los pocos hallazgos que se repiten en los estudios: que 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.

b) Modelo Afirmativo: Identidad de Género como realidad interna neuropsíquica

En los profesionales que ejercen el modelo afirmativo 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. El género se concibe así como “desconectado” del resto del cuerpo, dando la posibilidad de que en algunas personas el género “coincida” con el cuerpo (o sexo biológico) y en otras no.

La noción de Ehrensaft (2012) 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 (Fausto-Sterling, 2012). El “true gender self” correspondería al núcleo de la identidad de género que está allí desde el nacimiento, residiendo 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” (Ehrensaft, 2012).

En el trabajo de otros profesionales que siguen este modelo, Edwards-Leeper y Spack (2012), se advierte una noción similar del género: “el género del individuo transgénero no cambia, ya que su cerebro (o alma) siempre ha sido su

género afirmado”. 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 debieran enfocarse en los necesarios cambios hormonales y quirúrgicos para ir adecuando el cuerpo al género.

La comprensión del género como realidad más física que psicológica ha llevado a algunos a acuñar el término “sexo neurológico” y a postular un estándar uniforme de sexo legal basado en la identidad de género (Vanderhost, 2015), en el cual “los mensajes cerebrales se privilegian sobre la anatomía y los cromosomas para determinar el género auténtico de un individuo” (Turban y Ehrensaft, 2018).

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 pueden haber más opciones que el clásico masculino-femenino y hombre-mujer, todas ellas saludables mientras expresen realmente el verdadero *self* del individuo (aceptan que a veces puede haber psicopatología que se exprese como disforia de género y que no represente a un verdadero transgénero, por lo que se evalúan y descartan psicosis, esquizofrenias, etc). 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 (Ehrensaft, 2012; Menvielle, 2012; Edwards-Leeper y Spack, 2012). El lenguaje utilizado acompaña estas afirmaciones, por ejemplo, al preferir “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 el CIE, 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 es clave para que las personas transgénero accedan a distintos servicios sanitarios que requieren dado su condición (WHO, 2018).

De esta manera, en el modelo afirmativo se considera la identidad de género como realidad interna neuro-psíquica y no binaria. La condición de transgénero es vista como una variación normal, por lo que el tratamiento se enfoca a disminuir los sentimientos disfóricos pero no los comportamientos e identificación con el sexo opuesto, se acepta con relativa facilidad una transición social temprana en niños (si es que esto alivia al niño y no representa un peligro para él en un ambiente adverso) y se suelen promover tratamientos hormonales y quirúrgicos una vez llegada la adolescencia y adultez respectivamente.

La concepción del género y del sexo en el modelo afirmativo es similar en ciertos puntos con la segunda interpretación del género que se describía anteriormente: “separación sexo-género”. Pero, 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 se da con el enfoque afirmativo es que esto es posible dado que ambos residen en lugares distintos: el sexo se deriva de los genitales, cromosomas y hormonas, pero el género es producto del cerebro/mente/espíritu. No hay una relación en el desarrollo de uno y otro. De esta manera la identidad de género se concibe como “desencarnada”. Esta visión del género la contraponen a una donde sexo y género están necesariamente unidos y donde lo que prevalece es el sexo (esencialismo biológico). Para ellos pareciera que lo realmente decisivo es el género, lo que comanda hacia dónde se dirige la terapia, radicado en el cerebro, la mente o el espíritu. Esta tríada sería el verdadero centro de la persona, donde se encuentra su identidad. Se ve aquí un rol importante de la autoconciencia en la definición de

la identidad personal, pero no con la maleabilidad propia de la ideología de género¹⁰.

3.3 Visiones antropológicas que subyacen a los distintos enfoques terapéuticos: visión dualista y visión unitaria de la persona

En la comprensión de la relación sexo-género-identidad se pueden vislumbrar dos modos de entender al hombre, dos visiones antropológicas a grandes rasgos: dualismo y unidad.

La idea del género como realidad interna física neurobiológica o mental-espiritual “desencarnada”, lleva a sostener que el verdadero núcleo de la persona, lo que realmente ella “es”, está radicado en su cerebro o mente, o más bien en la autoconciencia. El cuerpo se entiende como una posesión de la persona, del cual ella dispone. Esta concepción de la relación sexo-género hace alusión a lo que se conoce en filosofía como una *visión dualista de la persona* (son conocidos exponentes de esta Platón y Descartes). Se niega la unidad del hombre al entender espíritu y cuerpo como dos “sustancias” completas que se unen de modo accidental. Se define al hombre “solo como alma, y une a ella el cuerpo como una sustancia meramente yuxtapuesta” (García Cuadrado, 2010, p.134-135). Para los dualistas, el centro del ser humano es la mente o conciencia. El cuerpo termina siendo de algún modo algo externo a la persona, “puesto que desde esta perspectiva yo soy lo que podríamos llamar una “persona desencarnada” o una “mente habitando un cuerpo”” (Gómez-Lobo y Keown, 2018, p. 75). Por eso ante una “discrepancia” entre el género y el sexo, es el sexo (hormonas, genitales) lo que debe cambiar, al servicio del género.

¹⁰ 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 (1999, XV), que termina eliminando el mismo concepto de identidad.

La concepción del género como realidad multifactorial, por otro lado, se acerca a una *visión unitaria de la persona*, donde no existe una oposición de género versus sexo, sino una búsqueda de integración. Desde esta perspectiva, los seres humanos serían “cuerpos personales” o una “unidad sustancial de mente y cuerpo” (Gómez-Lobo y Keown, 2018, p. 76). El cuerpo no se concibe como algo externo a la persona, sino que él mismo es “personal”. La expresión de Zucker et al (2012) de trabajar con el niño para que “se sienta cómodo en su propia piel”, junto con reconocer distintos factores involucrados en la génesis de la disforia de género (psicosociales, biológicos, etc) e intentar manejarlos, se acerca más a la visión unitaria de la persona, a intentar reparar o restablecer un rasgo de fractura en su identidad.

Si bien en principio podría parecer que el modelo terapéutico y el de *watchful waiting* dan mayor importancia al sexo que al género, una mirada más profunda muestra que su objetivo es trabajar con todas las dimensiones de la persona intentando armonizar e integrar ambos aspectos¹¹. Se exploran los distintos factores en el paciente, en su familia y ambiente que podrían estar predisponiendo o perpetuando la disforia, junto con tratar psicopatologías concomitantes si es que las hay. Nunca sería lícito negar la identidad de género expresada por el paciente ni convencerlo de esconder sus verdaderos sentimientos, pero sí puede ser de ayuda explorarlos y esclarecerlos (tomando en consideración la edad del paciente y su capacidad cognitiva para entender lo que es el género). En este sentido, se entiende que previo a la pubertad el enfoque sea distinto que en adolescentes y adultos.¹²

¹¹ En *watchful waiting*, como se ha visto anteriormente, no se realizan intervenciones activas para mejorar la identificación sexo-género. Pero su postura de “espera atenta” hasta la pubertad, junto con no recomendar la transición social temprana, van en la línea de intentar integrar sexo y género (o al menos dar el espacio para que eso ocurra en la niñez). Se pone el énfasis en tratar problemas emocionales o conductuales concomitantes en el niño, así como en mejorar el funcionamiento familiar. Se procede de este modo porque se piensa que si los problemas concomitantes tuvieron algo que ver en la génesis o mantención de la DG, entonces la disforia probablemente remitirá al abordar estos problemas (De Vries y Cohen-Kettenis, 2012). En el modelo terapéutico es mucho más evidente la creencia de “coimplicancia sexo-género” y la visión unitaria de la persona. Ambos modelos en la adolescencia admiten la transición social y tratamientos hormonales dado que la suspensión de estas medidas parece ser peor para el funcionamiento global del paciente.

¹² Se ha calificado como poco ético los tratamientos que intentan cambiar la identidad de género del niño, impidiendo la expresión auténtica de su identidad (Coleman et al., 2011).

Ambos modelos, terapéutico y *watchful waiting*, parecen hacerse una pregunta esencial para trabajar con pacientes con disforia de género: ¿es posible ignorar el cuerpo a la hora de plantearse la identidad de género? Y en ambos la respuesta pareciera que es un no, siguiendo una visión antropológica que concibe al hombre como unidad de cuerpo y mente. El rol del cuerpo en esta concepción antropológica es central, puesto que “más que un mero accidente, el cuerpo es un elemento constitutivo de la identidad personal: la persona humana es precisamente humana, en buena medida, porque está *encarnada*. Su cuerpo, si se quiere, es su primer arraigo” (Siles y Delgado, 2014). De la misma manera, la tradición filosófica fenomenológica ha enfatizado su importancia destacando que el cuerpo, o más bien la experiencia corporal de cada persona es “su forma de estar en el mundo”. En esta perspectiva, el cuerpo no es pura materialidad, sino que es, al mismo tiempo, sujeto y objeto de la conciencia. No se lo puede considerar como una simple máscara tras la cual se esconde una identidad puramente espiritual, sino como una parte integral de la identidad. Por lo que una discusión de la identidad involucra una discusión sobre el cuerpo (Ruggerone, 2008).

Pareciera que concebir la identidad como fruto de pura construcción social o personal no es adecuado, pues toda persona experimenta ciertos límites en el desarrollo de su identidad. El propio cuerpo es un límite (y también posibilidad), así como la cultura y la comunidad (la relación con otras personas). Existe libertad en la configuración de la identidad, pero es una libertad limitada, o mejor dicho, situada: en el tipo de ser que se es, en la época que se nace, etc. Y la cultura como límite o margen en la autointerpretación personal tiene una particularidad, puesto que a diferencia del cuerpo, la cultura está “viva”, “esta va cambiando según la vayamos cambiando, pues se relaciona con los individuos con una causalidad circular” (Carrasco, 2006). En este sentido, el género puede ser un elemento de la identidad personal, fundado en la diferencia biológica, y su

Lamentablemente en ocasiones se ha pensado que el modelo terapéutico consiste en eso, incluso asemejándolo a las “terapias conversivas” en personas homosexuales. Pero hay que distinguir el “cambiar la identidad de género” del niño, del mero acompañamiento psicoterapéutico dirigido a aliviar la disforia por medio de la exploración de los sentimientos y de las distintas opciones de expresión del género (Zucker, 2018).

expresión personal estará mediada por la estructura social, cultura y elecciones personales. Aceptar posibles bases biológicas para las diferencias de género no significa caer en un esencialismo biológico (Moschella, 2008).

La identidad de género se nutre de la experiencia y vivencia del cuerpo, y sobre este se construye un cierto significado sobre el mundo, de esta manera, no es sólo biológica-psicológica, sino que abarca también una dimensión simbólica, un significado compartido sobre el mundo (González, 2008). En esta perspectiva fenomenológica, el hacer la subjetividad es un proceso de toda la vida, una serie de encuentros entre el ser encarnado en el mundo y las diferentes interacciones en las que se encuentra y es también modificado (Ruggerone, 2008).

IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como se ha podido ver, existen distintos enfoques al trabajar con niños con disforia de género, y estos no se diferencian 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 familias, para que 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, informando 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 (Stein, 2012).

Entonces, ¿qué hacer con un paciente y su familia que consultan por disforia de género? En primer lugar acogerlos, idealmente por un equipo

multidisciplinario, realizar el diagnóstico de DG y de otros trastornos si los hubiera. Los tres modelos presentados concuerdan en la importancia de evaluar psicopatologías concomitantes o situaciones vulnerables y dar la intervención adecuada. Posteriormente, explicar las distintas opciones terapéuticas existentes. Como no se sabe qué es lo mejor desde el punto de vista “médico”, se hace aún más evidente la necesidad de exponer los argumentos y la antropología subyacente que llevan a optar por un determinado enfoque. De esta manera, los pacientes y familias pueden decidir qué hacer o con quién tratarse, qué esperar de cada enfoque y elegir el que les parezca más adecuado (según sus valores, tradiciones, cultura, etc.).

Tomando en consideración las reflexiones previas, se puede decir que el modelo terapéutico adhiere a una concepción binaria de sexo y género, a una relación de “coimplicancia sexo-género” y a una visión unitaria de la persona. Se considera la identidad de género 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 familia trabajar por medio de la psicoterapia explorando los sentimientos e intentando que el niño se sienta cómodo en su propia piel (Zucker et al., 2012). 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 y/o problemas familiares que podrían estar ayudando 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 neuro-psíquica, concibiendo el género como separado del sexo. 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 cirugías¹³, 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. (2013) encontró que la transición social en la niñez, especialmente en niños de sexo natal masculino, estaba asociado a mayor persistencia de la DG).

Como los estudios de seguimiento muestran que la mayoría de los niños no persistirá con la disforia y no se tiene claro 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 a su sexo natal (Steensma et al., 2011). 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 (2012) advierten también de otra limitante importante a tener en cuenta y conversar con los pacientes y familia: que 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

¹³ 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" (Coleman et al., 2011).

completo. Es necesario, también, aclarar a los pacientes lo prolongado de los tratamientos y la necesidad de seguimiento de por vida.

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 de género. Es importante compartir lo que se sabe y aún más lo que no se sabe con los pacientes y familias¹⁴, y plantear juntos lo que se considere mejor. Actuar con prudencia es imperativo en estos casos.

Reflexionar sobre qué es el hombre 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, interpretando lo que dice el niño o adolescente según su nivel de desarrollo cognitivo y emocional (Schwartz, 2012). Por otro lado, también parece ser razonable, como dice Dreger (2009), que cuando existe la posibilidad de trabajar con un determinado niño, explorando su identidad y expresión de género, que pueda dar la oportunidad de que resuelva su DG y en el futuro no requiera tratamientos hormonales ni quirúrgicos, ¿por qué no ofrecerla?

Cuando hay discordancia de opiniones en lo que es mejor para un paciente, y no hay evidencia médica que apoye indefectiblemente un camino a seguir, las distintas opiniones suelen deberse a discordancias a otro nivel: pareceres distintos en cuanto a antropología, ética, etc (Gómez-Lobo, 2009). 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.

¹⁴ Es esencial incluirlo también en el consentimiento informado, para que el paciente y su familia puedan tomar una decisión verdaderamente autónoma.

BIBLIOGRAFÍA

Adelson, S. (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51, 957-974.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), text rev. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Press.

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70, 832-864.

Aparisi, A. (2012). Modelos de relación sexo-género: De la "ideología de género" al modelo de la complementariedad varón-mujer. *Díkaion: Revista De Actualidad Jurídica*, 21(2), 357-384.

Bao, A. y Swaab, D. (2011). Sexual differentiation of the human brain: Relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(2), 214-226.

Beijsterveldt, C., Hudziak, E., y Boomsma, M. (2006). Genetic and Environmental Influences on Cross-Gender Behavior and Relation to Behavior Problems: A Study of Dutch Twins at Ages 7 and 10 Years. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 647-658.

- Burgos, J. M. (2011). Dos formas de afrontar la identidad sexual: personalismo e ideología de género. En A. Aparisi (Ed.), *Persona y género* (pp. 405-421). Pamplona: Thomson Reuters-Aranzadi.
- Butler, J. (1999). *Gender Trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- Byne, W., Bradley, S.J., Coleman, E. et al. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 759-796.
- Carrasco, M. A. (2006). Género y Humanismo. *Estudios Públicos*, (103), 307-335.
- Chen, M., Fuqua, J., y Eugster, E.A. (2016). Characteristics of Referrals for Gender Dysphoria Over a 13-Year Period. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369-371.
- Clark, T., Lucassen, M., Bullen, P. et al. (2014) The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55, 93–99.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . . . Zucker, K. (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165–232.
- Coolidge, F., Thede, L. y Young, S. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 32, 251-257.
- De Vries, A., Cohen-Kettenis P. (2012). Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach. *Journal of Homosexuality*. 59(3), 301-320.

De Vries, A., Doreleijers, T., Steensma, T. et al. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52,1195-1202.

De Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., y Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(8), 930–936.

Dreger, A. (2009). Gender Identity Disorder in Childhood: Inconclusive Advice to Parents. *The Hastings Center Report*, 39(1), 26-9.

Drescher, J. y Byne, W. (2012a). Introduction to the special issue on “The Treatment of Gender Dysphoric/Gender Variant Children and Adolescents.” *Journal of Homosexuality*, 59(3), 295-300.

Drescher, J. y Byne, W. (2012b). Gender Dysphoric/Gender Variant (GD/GV) Children and Adolescents: Summarizing What We Know and What We Have Yet to Learn. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 501-510.

Edwards-Leeper, L., y Spack, N. (2012). Psychological Evaluation and Medical Treatment of Transgender Youth in an Interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a Major Pediatric Center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321-336.

Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 337-356.

Fausto-Sterling, A. (2012). The Dynamic Development of Gender Variability. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 398-421.

- Fisk, N. (1973). Gender dysphoria syndrome (the how, what, and why of a disease). In *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*, ed. D Laub, P Gandy (pp. 7–14). Palo Alto, CA: Stanford Univ. Press.
- García Cuadrado, J.A. (2010). *Antropología Filosófica: una introducción a la Filosofía del Hombre*. Navarra, España: EUNSA, 5ª ed.
- Gatica, G. y Almonte, C. (2015). Intervenciones Terapéuticas en Disforia de Género de Niños y Adolescentes. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 26, 121-132.
- Gómez-Lobo, A. (2009). Fundamentaciones de la bioética. *Acta bioethica*, 15(1), 42-45.
- Gómez-Lobo, A. y Keown, J. (2018). *Bioética y los bienes humanos*. Santiago, Chile: Ediciones UC.
- González, A. M. (2008). Introduction: Gender identities in a globalized world, En A. M. González y V.J. Seidler (Eds), *Gender identities in a globalized world* (pp. 15-32). New York: Prometheus Books.
- Hembree, W., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L., Hannema, S., Meyer, W., Murad, M., . . . T'Sjoen, G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3869-3903.
- Hill, D., Menvielle, E., Sica, K. M., y Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36, 6–23.
- Holt, V., Skagerberg, E. y Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21, 108-118.

- Knudson, G., De Cuypere, G., y Bockting, W. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118.
- Meyer-Bahlburg, H. (2002). Gender identity disorder in young boys: A parent-and peer-based treatment protocol. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 360-376.
- Menvielle, E. (2012). A Comprehensive Program for Children with Gender Variant Behaviors and Gender Identity Disorders. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 357-368.
- Money, J. (1985). The conceptual neutering of gender and the criminalization of sex. *Arch. Sex. Behav.* 14, 279–90
- Moschella, M. (2008). Personal identity and gender: a revised Aristotelian approach. En A. M. González y V.J. Seidler (Eds), *Gender identities in a globalized world* (pp. 75-108). New York: Prometheus Books.
- Olson, K. (2016). Prepubescent transgender children: What we do and do not know. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 55, 155-156.
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3), E20153223.
- Olson, J., Schrager, S., Belzer, M et al. (2015). Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *Journal of Adolescent Health*, 57, 374-380.

Polderman, T., Kreukels, J., Irwig, C., Beach, B., Chan, P., Derks, M., . . . Davis, J. (2018). The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table. *Behavior Genetics*, 48(2), 95-108.

Programa Contacto, Canal 13. (2015). Reportaje “Mi hija es transgénero”. Rescatado el 12/06/2018 de <http://www.t13.cl/videos/nacional/programas/contacto/contacto-mi-hija-es-transgenero1>

Rafferty, J. (2018). Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. Policy statement of American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 142(4), E20182162.

Revista Paula. (2015). Reportaje “Infancia en tránsito”. Rescatado el 12/06/2018 de <http://www.paula.cl/reportajes-y-entrevistas/infancia-en-transito/>

Revista Qué Pasa. (2015). Reportaje “La transformación de David”. Rescatado el 12/06/2018 de <http://www.quepasa.cl/articulo/actualidad/2015/05/1-16964-9-la-transformacion-de-david.shtml/>

Ristori J, Steensma TD. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28, 13-20.

Ruggerone, L. (2008). Bodies between genders: in search of new forms of identity. En A. M. González y V.J. Seidler (Eds), *Gender identities in a globalized world* (pp. 109-127). New York: Prometheus Books.

Ruigrok, A., Salimi-Khorshidi, G., Lai, M. et al. (2014). A meta- analysis of sex differences in human brain structure. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 39, 34-50.

Schwartz, D. (2012). Listening to Children Imagining Gender: Observing the Inflation of an Idea. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 460-479.

- Shields, J.P., Cohen, R., Glassman, J.R. et al. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52, 248–250.
- Siles, C. Y Delgado, G. (2014). *Teoría de género: ¿de qué estamos hablando? 5 claves para el debate*. Documento online de Instituto de Estudios de la Sociedad. Disponible en <http://www.ieschile.cl/claves-para-el-debate-2/>
- Singh, D., Bradley, S., y Zucker, K. (2011). Commentary on “An Affirmative Intervention for Families with Gender Variant Children: Parental Ratings of Child Mental Health and Gender” by Hill, Menvielle, Sica, and Johnson (2010). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(2), 151-157.
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., Kuiper, A. J. y Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35, 89–99.
- Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 499–516.
- Steensma, T., McGuire, J., Kreukels, B. et al. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow- up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 582-590.
- Stein, E. (2012). Commentary on the Treatment of Gender Variant and Gender Dysphoric Children and Adolescents: Common Themes and Ethical Reflections. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 480-500.

- Turban, J. (2017). Transgender Youth: The Building Evidence Base for Early Social Transition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 101-102.
- Turban, J.L., de Vries, A.L.C., Zucker, K.J. y Shadianloo, S. (2018). Transgender and gender non-conforming youth. En Rey JM (Ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Disponible en: <https://iacapap.org/wp-content/uploads/H.3-GENDER-IDENTITY-Edition-2018-REVISED.pdf>
- Turban, J., y Ehrensaft, D. (2018). Research Review: Gender identity in youth: Treatment paradigms and controversies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1228-1243.
- Vanderhost, B. (2015). Whither lies the self: Intersex and transgender individuals and a proposal for brain-based legal sex. *Harvard Law & Policy Review*, 9, 241.
- Vrouenraets, L.J., Fredriks, A.M., Hannema, S., Cohen-Kettenis, P. y De Vries, M. (2015). Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study. *Journal of Adolescent Health*, 57(4), 367-373.
- Wallien, M. y Cohen-Kettenis, P. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1413-1423.
- World Health Organization (WHO) (2018). Sitio web disponible en <http://www.who.int/es/temas-salud/cie-11> consultado el 18/09/2018.

Zucker, K. J. (2008a). On the “natural history” of gender identity disorder in children [Editorial]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1361–1363.

Zucker, K. (2008b). Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 56(6), 358-364

Zucker, K. (2018). The myth of persistence: Response to “A Critical Commentary on Follow-Up Studies and 'Desistance' Theories about Transgender and Gender Non-Conforming Children” by Temple Newhook et al. (2018). *International Journal of Transgenderism*. 19(2), 231-245.

Zucker, K. y Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K., Wood, H., Singh, D., y Bradley, S. (2012). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369-397.

Zucker, K.J., Wood, H., Wasserman, L., Vanderlaan, D. y Aitken, M. (2016). Increasing Referrals for Gender Dysphoria. *Journal of Adolescent Health*, 58(6), 693-694.