

Disforia de género en la infancia y adolescencia

F. López Sánchez. Catedrático de Psicología de la Sexualidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

Resumen

Ponemos de relieve las dificultades conceptuales, científicas y profesionales para afrontar esta diversidad en la identidad sexual o de género, describimos el proceso normalizado de desarrollo y los avatares de la hoy llamada disforia de género, así como algunas implicaciones en la práctica profesional y algunos debates aún no resueltos con prácticas suficientemente contrastadas.

Palabras clave: *Sexo y Género; Disforia de género; Infancia; Adolescencia.*

Abstract

Conceptual, scientific and professional difficulties to face diversity in sexual or gender identity are highlighted. The normalized development process and the vicissitudes of the so-called gender dysphoria are described, as well as some implications in professional practice and some debates not yet solved with sufficiently contrasted practices.

Key words: *Sex and Gender; Gender Dysphoria; Childhood; Adolescence.*

Introducción

En nuestra cultura la llamada transexualidad ha sido perseguida legalmente y rechazada socialmente y moralmente durante siglos. La ciencia legitimaba estas posturas. Cuando, avanzado el siglo XX, la ciencia empezó a estudiar la transexualidad acabó definiéndola como un trastorno de la identidad sexual, centrándose en indicadores biológicos: la contradicción entre la anatomía sexual y la identidad que aseguraban tener los transexuales (se saben y sienten pertenecer al otro sexo, considerando su cuerpo un error que desean cambiar). El acento y los criterios, en definitiva, estaba en el dimorfismo sexual y su incongruencia con lo que consideraban su verdadera identidad sexual.

Desde finales del siglo XX, la toma de conciencia de la discriminación de la mujer como causa de las asignaciones sociales, la falta de aceptación de diversas minorías sexuales y su lucha a favor de sus derechos y la aparición de teorías psicosociales que defienden la construcción social de la masculinidad y feminidad y rechazan la concepción binaria de la identidad sexual y de género, el acento se desplaza de la biología al "género". El DSM 5 confirma esta tendencia cambiando el nombre, evitando las palabras "trastorno y sexo", ahora "disforia de género" y, aún reconociendo el peso del dimorfismo sexual en los criterios diagnósticos, estos ya no son una condición necesaria, pudiendo ser suficientes los indicadores de género.

Los cambios sucesivos hasta el DSM 5, reflejan la tensión entre quienes toman como criterio central el dimorfismo sexual y quienes se centran en el género. Esta tensión no está resuelta aún, aunque el nuevo nombre "disforia de género" refleja el peso que en la actualidad tienen las teorías más ambientalistas y sociales.

En definitiva, los problemas teóricos, la falta de conocimientos científicos y las prácticas profesionales están lejos de resolverse⁽¹⁾.

Concepto de algunas precisiones básicas

El "Yo" biográfico, como eje y fundamento estable

Cuando hablamos de **identidad nos referimos a la conciencia del "YO"**^(2 y 3), que es el núcleo permanente de la IDENTIDAD. Yo he sido, soy y seré siempre yo, nunca otro, el mismo, con independencia de

Cuando hablamos de identidad nos referimos a la conciencia del "YO", que es el núcleo permanente de la IDENTIDAD. Yo he sido, soy y seré siempre yo, nunca otro, el mismo, con independencia de los cambios, incluidos los referidos a la identidad de género

los cambios, incluidos los referidos a la identidad de género. Dicho de otro modo, el “Yo” no cambia en cuanto tal, no cambia en lo que tiene de esencial, lo que me define como persona existiendo, es mi **“yo” biográfico a lo largo de la vida**. Esta identidad biográfica permanente se expresa en otras categorías del “Yo”, entre las que destacan la siguientes: soy corporal, soy mental, soy temporal, soy emociona-afectivo, soy sexual, etc. Desde el punto de vista estadístico, la mayoría de las personas tienen una fisiología sexual definida claramente como hombre o como mujer (aunque hay una minoría de personas intersexuales), y se saben, reconocen y sienten hombre o mujer, en correspondencia directa con su fisiología (aunque hay personas transexuales). En este caso, decimos que tienen una IDENTIDAD SEXUAL que se corresponde con la biología de su cuerpo.

Los errores de la religión, los científicos y los poderes del Estado

A partir de esta realidad, **tradicionalmente** el planteamiento que se hacía era el siguiente:

- Somos sexuados y hay dos sexos biofisiológicos, el del hombre y el de la mujer.
- Solo puede haber dos identidades, dos juicios sobre la propia identidad: soy hombre o soy una mujer.
- La orientación del deseo siempre ha de ser heterosexual.
- La identidad social y los roles sexuales son dos: el masculino y el femenino y deben corresponderse con el sexo.
- Si no era así, se hablaba de anomalía, trastorno o incluso conducta inmoral y delicto.

Las cosas **han cambiado y hoy se reconocen varias diversidades** en identidad sexual, la identidad pública relacionada con el sexo y el género, la orientación del deseo, etc. Pero aún hay numerosos problemas por resolver.

Los problemas sin resolver (1,2,3,4,5 y 6)

- a) No sabemos la causa de buen número de estas diversidades. En el caso de la “disforia de género” no sabemos el peso que tienen posibles factores biológicos y sociales. Se ha optado por dar más peso a lo social que al sexo, pero si los factores predominantes son los sociales y con razón se pone el énfasis en el carácter discriminatoria para las mujeres del género, ¿por qué la incidencia y prevalencia es mayor en los hombres?
- b) En el caso de la identidad sexual y/o de género no sabemos cómo va a evolucionar cuando el “malestar” aparece en el periodo prepuberal. ¿Conviene hacer el reconocimiento social (nombre, identidad y representación social) de la disforia de género y cuándo?, ¿si se mantiene hasta el inicio de la pubertad conviene iniciar el tratamiento hormonal?, ¿cómo tomarnos estadísticas tan diversas en serio tanto en relación a la epidemiología como en cuanto a la persistencia de la disforia de género?
- c) La diversidad de casos puede hacer difícil hacer diagnósticos precisos y proponer protocolos de intervención. Por ejemplo, ¿qué tienen que ver los que necesitan cambiar su anatomía sexual con quienes solo sienten malestar con la “construcción social” del llamado género?
- d) Desde el punto de vista clínico, los manuales de diagnóstico y las prácticas profesionales no dejan de cambiar, no solo por los nuevos avances de la ciencia (hormonales y quirúrgicos, por ejemplo) sino también por las presiones de diferentes grupos sociales (cómo los debates sobre los términos, las prácticas educativas y médicas, etc.).

Y yo me pregunto: Si dejamos de hablar de transexualidad y hablamos de “disforia de género”: ¿Debe darse la misma denominación diagnóstica a una persona que quiera cambiar su anatomía que a aquella que quieren cambiar solo algo que es una “construcción social”?

- e) ¿Debe estar la disforia de género en el DSM 5; si sí, ¿dónde?, si no, ¿dónde en términos médicos?
- f) Todas estas limitaciones y confusiones favorecen posturas sociales y políticas, comprensibles y que deben apoyarse, cuando se trata de defender derechos, pero no cuando estos asuntos pretenden resolver estos temas solo desde posiciones ideológicas radicalizadas, sin tener en cuenta lo que no sabemos y lo que aún dudamos. Por ejemplo, unos sacan autobuses con propaganda conservadora o retrasan o impiden determinada legislación o aplicación de prácticas profesionales y otros grupos radicalizados que pretenden no solo conseguir derechos y ayudas, sino también imponer conceptos y prácticas profesionales aún en discusión.
- g) En el caso de España, ¿tienen sentido leyes autonómicas distintas sobre este tema?

En la disforia de género son importantes tanto los factores biológicos como los sociales

- h) Los miembros del grupo GIDSEEN (2015): (Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad española de Endocrinología⁽¹⁾) añaden otras preocupaciones y dudas entre las que están:
- Unidades no oficiales privadas y públicas, sin control de titulaciones.
 - Que en algunos casos se hacen tratamientos precoces a demandas familiares, etc.
 - Con datos sobre persistencia no seguros.
 - Escasez de datos a largo plazo sobre eficacia y seguridad.
 - Sin un modelo legal explícito.
- i) Desde el punto de vista teórico, no están claros los términos, los conceptos y las supuestas interpretaciones o teorías. "Gender" se puede traducir por masculinidad y feminidad, conceptos imprecisos que indican el sexo y supuestas características de carácter, personalidad y roles sociales sexuados. Pero, como ocurre hoy en algunas teorías sociales, al rechazar este planteamiento binario y considerar la masculinidad y feminidad, sobre todo, como una construcción social, ¿qué es el género?, ¿cómo se forma?, ¿qué relación tiene el género con el sexo biológico?

Por ejemplo el concepto de transgénero puede interpretarse de dos formas muy distantes: (a) tomar el género como el sexo y entonces equivaldría al concepto de transexual y su malestar con el orden biológico y las convenciones sociales asociadas a este.

(b) tomar el género como las construcciones o asignaciones sociales asignadas como propias del hombre y la mujer. En este caso solo rechazarían las convenciones sociales, pero sin rechazar su cuerpo sexuado.

Estas interpretaciones son muy importantes de forma que, por ejemplo, si el género se refiere también al sexo, no podríamos hablar de género no binario porque somos una especie sexuada, con un dimorfismo sexual binario en hombre o mujer (la intersexualidad siempre tiene su origen en una anomalía en los procesos de desarrollo de la fisiología sexual, una minoría que debe ser aceptada y ayudada). Por ejemplo, las mujeres de la ciudad de Esparta (en la Antigua Grecia) eran educadas militarmente y las de Atenas no; pero nadie dudaba que todas eran mujeres. Si tomamos el género como "construcción social", con independencia del sexo, es evidente que las mujeres espartanas y atenienses tenían una vida y valores muy distintos y que desde este punto de vista el género no es binario, sino tan variable como las culturas, sociedades y hasta las personas concretas.

Claro que se puede interpretar el género de forma más compleja: Sexo y roles en la reproducción (basado en la fisiología sexual binaria), masculinidad-feminidad (como interacción entre factores biológicos y sociales) y roles sociales asignados (no explicables por factores biológicos, sino resultado de la socialización y el aprendizaje). En definitiva el orden biológico es binario y el orden social muy diverso, por lo que creo que no tienen razón los que no aceptan la diversidad real de las personas, pero tampoco los que niegan el dimorfismo sexual, como si la naturaleza humana sexuada no existiera.

¿Cómo podemos definir la disforia de género?

Algunos errores fruto de una militancia mal entendida^(1,5,7,8y9)

Con frecuencia en las asociaciones que defienden, con razón, los derechos de estas minorías y entre algunos profesionales se tiende a normalizar esta minoría y defender esta diversidad, se define la identidad sexual como "vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente y autodetermina, pudiendo corresponder o no con el sexo en el momento del nacimiento"⁽⁹⁾.

Pero, considero que no es una definición adecuada, en primer lugar, porque este concepto reduce esta diversidad a la **subjetividad individual "sentida"**, como si su "Yo" fuera solo "emocional", cuando su dificultad es que no solo sienten, sino que ven y razonan y han aprendido que el sexo de su cuerpo y/o el género asignado es **objetivamente incongruente** o disarmónico con la identidad sexual o su identidad de género que están seguros tener.

En segundo lugar, aunque no sabemos la causa, sí conocemos **que su auténtica identidad no depende de su voluntad**, por lo que **el concepto de autodeterminación tampoco nos parece adecuado**. Puede reconocer lo que le pasa y aceptarlo o no, pero no somos libres para asignarnos una identidad sexual, al menos, aunque podemos tener cierto control sobre nuestra identidad de género o social. Si uno se autodeterminara, ¿cómo pedir ayudas de todo tipo?

En tercer lugar, pedir, con razón, como hacen asociaciones y profesionales, que ambos problemas requieran, según cada caso, **ayudas hormonales, quirúrgicas, psicológicas, educativas, sanitarias, etc., es**

El concepto de transgénero se puede interpretar de dos formas: tomar el género como el sexo o tomarlo como las construcciones o asignaciones sociales asignadas como propias del hombre o mujer

Las asociaciones definen la identidad sexual como la "vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente y autodetermina"

una contradicción, si de entrada no reconocemos los problemas de forma adecuada. La normalización no empieza negando los problemas o cambiándolos de nombre, sino reconociéndolos y afrontándolos.

En cuarto lugar, **no sé si se pueden equiparar conceptualmente los casos basados en necesidad de intervenciones sobre anatomía, sexual, con aquellos que no necesitan intervenciones** hormonales o quirúrgicas (solo legales, educativas, laborales y sociales), los que no aceptan el sexo y género binario, los que sueñan y luchan por asumir uno de los sexos y roles binarios de forma más sexista que la población "normalizada".

En casi todos los casos, se rechaza el orden convencional de los roles en cuanto es asignado a su sexo biológico. Pero la variabilidad de formas que puede revestir lo que clásicamente se englobaba dentro del transexualismo, son muchas. Estos adolescentes, con frecuencia, **no aceptan el orden biológico, tampoco el convencional asignado a su sexo** (porque les marca aún más la identidad que no tienen); **pero sí pueden aceptar, en no pocos casos, el convencional que se acomoda a la identidad que están seguros de tener**. Es decir, una mujer biológica, que se sabe y siente hombre, puede estar encantada de asumir el rol que la sociedad asigna a los varones. Claro que esto no siempre es así, porque estas personas están en el mundo actual y, como tantas otras, pueden ser muy críticas con los roles y géneros sexistas. Pero no es infrecuente que éstas personas usen los roles convencionales para reforzar su cambio de identidad. Dos ejemplos, entre los muchos que hemos podido conocer en consulta:

- *Un varón, con biología de mujer, aún sin operarse (que era uno de sus objetivos más claros), ya vestía como varón, tenía nombre de varón y había conseguido trabajar en la construcción. Cuando al saludarme noté que su mano era muy áspera, le dije: "qué pasa... por qué tienes la mano tan áspera"; "porque soy el único que no usa guantes para trabajar, quiero tener manos de hombre", me contestó.*
- *Un adolescente que se sabía y sentía varón (pero su cuerpo era biológicamente de mujer), a pesar de las amenazas de su padre (que finalmente se cumplieron hasta el punto que hubo que llevarle a protección de menores) se cortó el pelo muy corto, se puso una faja en los senos, no aceptaba ponerse vestidos, se quitó los pendientes, etc. y todo para parecer "un hombre".*

Por tanto, las personas con disforia de género no necesariamente rechazan el orden convencional, siempre que les dejen elegir el rol o género que les ayude a sentirse mejor. De forma que hay dos formas de ser transgénero, cambiando al género asignado convencionalmente al otro sexo o rechazando los dos órdenes convencionales, el masculino y el femenino.

Propuesta de concepto

Lo esencial en el concepto creemos que se define mejor si la disforia de género es entendida en dos sentidos básicos: 1º: incongruencia entre el reconocimiento (social y personal) de que se tiene un sexo, mientras su "yo sexual" se sabe ser o desea ser del otro sexo, por lo que considera su sexo y la asignación en el nacimiento un error. 2º: cumpliendo esta primera condición o no, incongruencia entre el reconocimiento (personal) de que tiene una identidad de género personal (en cuanto construcción social de masculinidad o feminidad y roles asignados), distinta (contraria a la binaria asignada u otras alternativas). Ambas incongruencias, juntas o por separado provocan malestar o disforia en grados muy diversos.

Nuestra duda es si ambas incongruencias no deberían tratarse conceptualmente de diferente forma, en lugar de considerar a ambas "disforia de género", sin aclarar el uso o abuso que se hace de la palabra género, casi ocultando (especialmente el caso del lenguaje castellano) el sexo. Es evidente que en el DSM 5 se bascula en el concepto y en los criterios diagnósticos, que no repetimos aquí, del menor peso al dimorfismo del sexo al mayor peso del género, pero sin definirlo expresamente y sin aclarar si se interpreta como resultado de una interacción entre factores biológicos y sociales o una construcción solo social.

Precisiones

- Los indicadores diagnósticos varían según sexo y edad (DSM 5). Los cambios esenciales son que ya no se habla de un "trastorno" y no son una condición necesaria los indicadores de sexo. Normalmente los indicadores de género son predominantes en infantil, para ir adquiriendo más peso en primaria, mientras los de sexo adquieren más peso en la pubertad y adolescencia.
- En ambos casos, pueden compartir algunas demandas sociales y legales; pero cuando quieren cambiar su anatomía, las ayudas sanitarias (hormonales y quirúrgicas) que demandan son muy diferentes.
- En el caso de la disforia de género antes de la pubertad, la persistencia es muy variable, por lo que no puede haber un protocolo de intervención educativo, sanitario y social general.

Los adolescentes con frecuencia no aceptan el orden biológico ni el convencional asignado a su sexo, pero sí pueden aceptar, en no pocos casos, el convencional

La sintomatología social y clínica es muy variable en contenido e intensidad (DSM 5,^(5,6,10y11))

- Malestar (mental, emocional y conductual) con la anatomía, llegando a producir rechazos, deseo y exigencia de cambio, ocultamientos, no querer ver o acariciar, etc.
- Malestar con las representaciones sociales consideradas propias de los hombres: masculinidad y feminidad, formas de vestir, juguetes, juegos, compañía preferente, etc.. En unos casos las características del otro sexo le son muy atractivas, mientras en otros rechazan el género binario optando por otras alternativas.
- Conflictos familiares (con la familia nuclear o extensa): rechazo de los hijos o hijas con esta problemática, disciplina autoritaria y rígida, insultos, bromas, falta comprensión, etc.. El maltrato por parte de los padres y la huida de casa de los hijos son dos manifestaciones graves de este conflicto.
- Conflicto con el grupo de iguales por rechazos, bromas, acosos, vejaciones, etc, bien en la escuela o en la vecindad. La estigmatización es uno de los riesgos frecuentes.
- Conflictos escolares o en organizaciones infantiles o juveniles asistenciales, lúdicas, culturales o deportivas, por rechazo de la institución, sus profesionales o los compañeros.
- Dificultades sexuales y amorosas para ser aceptados.
- La sintomatología clínica puede ser muy diversa: ansiedad, depresión, ideas de suicidio, aislamiento social, dificultades en las relaciones sexuales y amorosas, absentismo escolar, huida de casa, etc.

Lo más adecuado es una **entrevista clínica** que abarque todos estos campos y desde varios puntos de vista: interpretación mental, emociones y sentimientos y conductas. Son necesarias varias fuentes de información: el menor, la familia (a veces hay que recurrir también a la familia extensa) y el tutor o un profesor de confianza.

Los síntomas más frecuentes son: ansiedad, depresión, ideas suicidas, aislamiento social y absentismo escolar, entre otros

La diversidad mayoritaria. El proceso de adquisición de la identidad sexual y de género (2,^{3y4})

La asignación de identidad, rol-género y orientación del deseo. La uniformidad convencional de la socialización de los dos sexos⁽⁷⁾

Las crías de la especie humana son socializadas como niños o niñas, cada vez de forma más temprana.

- Algunas parejas ya deciden dar vida no a una nueva persona, sino explícitamente a un niño o una niña. Esta manera de proceder no está permitida ni generalizada entre nosotros, pero ya se puede "comprar el sexo de los hijos", si uno está dispuesto a pagar lo que piden en algunos lugares del mundo. Es el sexo como elección básica o como condición para que un determinado embrión se le deje seguir adelante. Quienes hacen esto, obviamente, tienen una idea bien biológica y sexista de lo que es un hombre y una mujer, porque si no fuera así, no estarían tan motivados por definir el sexo de su descendencia.
 - Casi todos los padres y madres intentan saber, cuanto antes, cual es el sexo de su cría, para ello recurren a técnicas hoy generalizadas que permiten conocerlo.
 - Conocido el sexo de los hijos se organiza lo que será su habitación (cuna, cortinas, ropa de cama, pintura de la habitación, etc.) y se compra la ropa, los juguetes, etc., siguiendo las convenciones sociales sobre los niños y las niñas.
 - Es decir, antes de nacer, ya les espera un mundo organizado hasta el mínimo detalle: un mundo para un hombre o un mundo para una mujer.
 - Cuando nacen, confirman el sexo visualmente y comienza un sistema de trato que es una clara socialización desde muchos puntos de vista.
 - Nombre sexuado, de niño o niña. Esta asignación es tan importante que no sabemos relacionarnos con una cría humana sin saber "qué es".
- a) Asignaciones sexuadas. Este es el aspecto de la socialización más ladino y seguramente más conformador, porque reúne todas las expectativas sobre un ser humano. Un mundo de convenciones que se le presentan como el modelo a seguir.

- b) Trato diferente: verbal, táctil, etc. Lenguaje lleno de significados sexistas y formas de acariciar distintas: más suaves con las niñas, más fuertes con los chicos.
- c) Un mundo organizado en sexos que afecta a la figura corporal, a los adornos, a los vestidos, a los juguetes, a los juegos, a las actividades familiares y escolares, a las profesiones que se espera y facilita, etc.
- d) Una vida sexual que se espera y tolera que sea convencionalmente sexista, de forma que las niñas deberían acabar jugando como novias y madres, mientras los niños deben hacerlo como novios y padres.
- e) Un modelado de los padres, familiares, entorno y medios de comunicación que les conforma como masculinos o femeninos.

Lo importante es comprender que aún antes de que los niños y niñas se puedan autoclasificar como tales, los padres le han organizado una identidad sexual y un género, a partir de sus genitales externos.

De la clasificación y socialización ajena a la autoclasificación: la adquisición de la identidad sexual y el género

Antes de que los niños y niñas se puedan autoclasificar como tales, los padres le han organizado una identidad sexual y un género

— A lo largo del primer año de vida, la mayor parte de los menores acaban dándose cuenta, aún de forma muy imprecisa, de que hay dos tipos de personas: los hombres y las mujeres. Lo hacen basándose en los signos convencionales del rol (pelo largo-pelo corto; pendiente-no pendiente, vestido-pantalón, etc.) y en las diferencias anatómicas (presencia-ausencia de pene, tamaño de mamas, distribución del vello, etc.), así como en los múltiples señalamientos que a lo largo de los dos primeros años le han hecho sus cuidadores al referirse, con un lenguaje sexuado y con apreciaciones diferentes, a los hombres y a las mujeres.

— Entre los 18 y 24 meses, estos dos tipos de personas pueden ser diferenciados, dando un paso más: se autoclasifican como perteneciendo a uno u otro grupo: por ejemplo, “soy niño, como mi padre y mi hermano”; “soy niña como mi madre y mi tía”.

Esta autoclasificación es, por tanto, muy posterior a la clasificación que habían hecho los adultos, incluso antes de nacer y, obviamente, está muy influida por los genitales externos y el nombre asignado, la ropa que le ponen y el tratamiento como niño o niña durante los primeros dos años de vida.

— Durante el tercer año de vida y en los posteriores, los niños y las niñas generalizan esta autoclasificación al resto de cosas de la vida: “como soy niño, no debo llorar sino ser un tío duro, me gustarán las niñas y finalmente tendré por novia y mujer a una niña”.... Y así van generalizando a todos los campos una clasificación que les parece incuestionable.

— Aún así, hasta los 5 o 7 años no son del todo consecuentes con esta asignación. De forma que, aunque tengan muy claro que son un niño o una niña, pueden pensar que de mayores serán del otro sexo, que el sexo puede cambiar y, sobre todo, se muestran muy sensibles a la “sugestión contraria”. Solo entre los 5 y 7 años se muestran seguros de tener una identidad sexual basada en su biología (genitales muy especialmente), que no cambiará con el paso del tiempo. Es decir, distinguen entre sexo y convenciones sociales, por más que pueden dar mucha importancia éstas, si ha habido una socialización muy sexista.

Los niños entre los 5 y 7 años se muestran seguros de tener una identidad sexual basada en su biología, que no cambiará con el paso del tiempo

Siendo esto así habría dos opciones sociales radicales sobre las cuales quiero que el lector reflexione:

- 1ª. La actual: como la mayoría se socializa, sin conflicto, en la identidad conforme a su biología y los roles sexuales y sociales asignados. Lo mejor es no cambiar nada en la socialización.
- 2ª. Organizar toda la sociedad de forma radicalmente distinta, de forma que no hubiera una identidad sexual asignada, ni unos roles sexuales y sociales convencionales y dejar que cada persona se autoclasifique y se represente y viva como quiera.

Nuestra postura es contraria a ambas propuestas.

La primera es inaceptable, porque las convenciones sociales, roles sexuales y sociales, feminidad y masculinidad, etc. tienen contenidos discutibles y discriminatorios.

La segunda no me parece posible, porque negaría el dimorfismo sexual y el derecho de la mayoría a saberse y sentirse hombre o mujer y a aceptar, sin conflicto, una socialización distinta.

Proponemos, como mejor alternativa:

- a) Aceptar la identidad sexual como la vive la mayoría, como hombre o como mujer, no problematizando a la mayoría para supuestamente ayudar a unas minorías.

- b) Hacer una socialización más crítica con los roles sexuales y sociales asignados a los hombres y a las mujeres, de forma que desaparezcan todos los contenidos de discriminación. Dejar que la feminidad y masculinidad no discriminatoria sean alternativas personales, incluido también el llamado androgenismo (compartir una combinación de ambas u otras alternativas no discriminatorias).
- c) Dejar y favorecer que cada niño o niña se autoclasifique conforme lo hicieron cuando nació, aceptando esta autoclasificación como la más adecuada, si es armónica con su biología sexual.
- d) Reconocer y aceptar que hay niños y niñas que sienten malestar con su biología sexual externa y se autoclasifican de forma contraria a ella. Esta minoría debe ser aceptada, diagnosticada y ayudada.

Los niños que sientan malestar con su biología sexual externa y se autoclasifiquen contraria a ella, deben ser aceptados, diagnosticados y ayudados

Las posibles vicisitudes de la identidad y el género

Y es ahora cuando podemos empezar a centrarnos y comprender la incomodidad y malestar que supone para un niño o una niña, para un hombre o una mujer, no poder aceptar este ORDEN BIOLÓGICO Y CONVENCIONAL. El desacuerdo, mental y emocional, con el orden biológico, con el convencional o con ambos lo expresan muchas personas, por razones diversas.

En primer lugar, las **feministas⁽⁷⁾** y **todas las personas que rechazan la construcción sexista** de los sexos, que no aceptan, con razón, el "orden convencional por discriminatorio para las mujeres. Aunque hay muchas diferencias entre las feministas, en general, no ponen en cuestión el "orden biológico", las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, ni la identidad sexual, pero sí lo que suelen denominar identidad de género sexista, construida y asignada a los sexos de forma discriminatoria para servir a intereses machistas, subordinando y minusvalorando a la mujer.

Las **personas homosexuales^(2,3y8)** no aceptan normalmente las convenciones sociales asociadas al sexo biológico y suelen ser combativas con la identidad de género masculina y femenina asignadas a hombres y mujeres por la sociedad. Pero las personas homosexuales y bisexuales no ponen en cuestión el "orden biológico", sino algunos de los usos y abusos que se han hecho de él. Y esto es así, porque estas personas aceptan su biología y su cuerpo tal y como es, no demandan modificaciones, únicamente resuelven sus necesidades sexuales y amorosas con personas de su mismo sexo biológico. O están abiertas a ambos sexos, caso de las personas bisexuales.

Las **personas transexuales^(1,2,6,10)** propiamente dichas no aceptan el orden biológico, porque rechazan, en uno u otro grado, su cuerpo sexuado, dado que están seguras de tener una identidad en contradicción con su biología sexual. Tampoco aceptan el orden convencional de los roles sexuales asignados en el vestir, adornarse, etc. Pero unos (a) son críticos con los roles de género construidos socialmente y no aceptan el género binario, y otros (b) no aceptan el género que se les asigna socialmente en razón de su sexo, pero sí, y de forma muy convencional, el asignado al otro sexo, justo con el que coincide la identidad sexual que saben tienen o desean tener.

Algunos menores prepúberes^(2 y 6), en algunos casos desde los años preescolares, se saben (están convencidos), se sienten (se viven emocionalmente a sí mismos) y se reasignan como niño, a pesar de tener un cuerpo biológico de niña; o como niñas, a pesar de tener un cuerpo biológico de niño, creándoles malestar también "el género" asociado a su anatomía (ropa, juguetes, juegos, etc.). Otros lo que rechazan es el "género" asignado, sin cuestionar abiertamente su anatomía. (Ver criterios en DSM 5).

Las personas transexuales no aceptan el orden biológico, porque rechazan su cuerpo asexuado

Disforia de género en la adolescencia

Los criterios diagnósticos han cambiado. En el DSM 5⁽⁵⁾ esta problemática no se denomina "trastorno de la identidad sexual" sino "disforia de género" y no es necesario el rechazo explícito de su anatomía corporal, aunque el malestar con el sexo adquiere más importancia diagnóstica que en los prepúberes. Incluso en la adolescencia se ha basculado de poner el acento en la disarmonía con la anatomía sexual a la disarmonía con el llamado "género". Por otra parte, las medidas y respuestas profesionales e incluso los criterios para hormonarse y hacer operaciones quirúrgicas han cambiado y seguirán cambiando por lo que conviene pedir ayuda a buenos profesionales^(1 y 6).

Algunos adolescentes habiendo vivido o no esta problemática en la infancia, **se saben** (hacen un juicio), **se sienten** (su bienestar o malestar) y **se reasignan con una identidad sexual** (si no lo han hecho antes) **que contradice el orden biológico**. Es decir, si tienen un cuerpo de varón, se saben y sienten mujeres, considerando el cuerpo un error que hay que procurar resolver. O viceversa, si tienen un cuerpo de niña. **Otros no ponen el acento en la disarmonía anatómica, sino en el "género"** y sin demandar cambios de sexo se reasignan con el otro género u otra forma de género no convencional.

Epidemiología

Tenemos **problemas** desde hace años para poder manejar datos razonablemente seguros sobre transexuales adultos, incluso cuando el concepto era más restrictivo y preciso, centrado en la incongruencia anatómica y la conciencia del yo. Recuerdo manejar la estadística de 1 cada 100.000 y haber visto yo, solo y sin consulta propiamente dicha, a 5 personas de Salamanca ciudad (150.000 habitantes entonces). Hoy se siguen dando cifras bien diversas, en torno a 1 cada 10.000, cifras que van a seguir aumentando con los nuevos criterios diagnósticos, menos restrictivos, y suelen ser mayores en el caso de los hombres biológicos.

Además, las estadísticas de hace unos años no son válidas en la actualidad porque el concepto es más amplio.

En el caso de los menores, las estadísticas son aún muy imprecisas porque (a) los prepúberes pueden oscilar (antes de los 5 años estas oscilaciones pueden considerarse evolutivas), (b) los indicadores de más peso no son los anatómicos, se siguen basando en el género binario (c) con frecuencia no mantienen la persistencia posterior pudiendo evolucionar y dejar de sentir malestar y rechazo con su cuerpo sexuado y género asignado, o pueden acabar definiéndose como homosexuales o bisexuales en la adolescencia o vida adulta, travestis, etc.

Por eso entiendo que en el caso de España, por ejemplo, (Esteba, J., y Otros, 2016) se opten por señalar la **demandas en las Unidades** Asistenciales creadas que participan en el recuento: 5.187 hasta 2016: 10% menores de 17 años. Con un cambio en los recuentos que los autores etiquetan de "dramático", a partir de 2010: 98 casos por debajo de doce años y 465 adolescentes. También señalan un aumento de demanda cruzada de hormonas, a partir de 16 años, mientras se empieza también a demandar un tratamiento hormonal, a partir del II estadio de Tanner, para evitar el sufrimiento de tener que soportar los cambios puberales en determinados sujetos.

Las estadísticas son especialmente difíciles en el periodo prepuberal y aún durante la pubertad, dependiendo cuando se toma la edad de referencia del diagnóstico, la población y el muestreo (en muchos casos son datos sin poder hacer referencia precisa a la población de referencia), limitándose a casos de incidencia diagnosticados o tratados. Es decir, no estamos en condiciones de ofrecer datos sobre prevalencia en la población de la disforia de género, aunque la demanda no deja de aumentar y no son pocos los profesionales extrañados o abiertamente alarmados.

Algunas estadísticas recientes⁽⁶⁾ mantienen gran incertidumbre sobre la persistencia de la disforia de género desde la infancia, con muestras pequeñas. En varios estudios holandeses, entre 27% y 55%, en uno australiano, el 81% y uno madrileño con 45 sujetos, el 95%. El Grupo español GIDSEEN lo cifra la persistencia⁽¹⁾ entre el 80 y 95%.

Es evidente, por otra parte, que la persistencia será mayor si el diagnóstico es más en términos de edad y más aún si se hace tratamiento hormonal en los inicios de la pubertad (normalmente a partir del estadio II de Tanner).

En definitiva, los datos de persistencia, dadas las muestras aún reducidas, el poco tiempo de seguimiento longitudinal y la variabilidad de los datos, no permiten proponer protocolos generales con la población de menores, por lo que a partir de unos procedimientos básicos comunes, en los que es central un buen diagnóstico, hay que tener en cuenta la capacidad real y legal de decidir del menor y de la familia o tutores para ofrecer unas ayudas u otras.

Las discusiones sobre el momento más adecuado para legalizar el cambio de identidad personal y social, así como la oportunidad de hormonar a partir de la II fase de Turner, sus ventajas y riesgos, y los efectos a largo plazo, reflejan bien la necesidad de estudios y seguimientos más precisos y con muestras mayores.

Recomendaciones^(1,6,10,11y12)

- a) **Aceptar la identidad sexual que las personas saben y sienten que tienen.** Es un derecho básico de la persona aceptar la identidad sexual que sabe y siente que tiene.
La incondicionalidad de la familia a favor del bienestar de la vida engendrada, la educación más flexible en los roles de género y el apoyo dentro del sistema escolar es fundamental.
- b) **Ayudar a estas personas a recuperar el mayor grado de armonía que sea posible tomando como referencia su identidad radical, la asentada en el Yo.**

La persistencia de la disforia de género en nuestro país, según estudios españoles, oscila entre el 80 y 95%

Es un derecho básico de la persona aceptar la identidad sexual que sabe y siente que tiene

- c) **Estas ayudas deben ser gratuitas, porque la identidad no es un capricho, ni una elección, es lo que SOMOS.** Y lo que “somos” no es negociable con nadie, ni siquiera con nosotros mismos, esta es la radical identidad. **Y lo que SOMOS ES UN DERECHO, y como tal debe ser tratado.**
- d) **Los padres que no acepten la identidad sexual de sus hijos menores y las instituciones que no acepten la identidad sexual de los menores** deben ser considerados penalmente maltratadores. Cambiar la legislación penal es, en este sentido, prioritario.
- e) **Los servicios sanitarios deben prestar ayuda gratuita:** una intervención integral bio-psico-social y siempre individualizada, con itinerarios personalizados.
- f) En ella el rol prioritario en la **toma de decisiones** es el de la persona con disforias de género. Si es menor es fundamental el rol de los padres o tutores en la toma de decisiones, no para anular la auténtica identidad de sus hijos o hijas, sino para apoyarles en todos los sentidos, tanto si van a tener un tiempo de espera antes de hormonarse u operarse, como a lo largo de todo el proceso.
- g) **El itinerario del proceso no debe ser igual para todos,** sino siempre personalizado, teniendo además en cuenta que las propuestas profesionales cambian y, a veces, hay desacuerdos profesionales por razones de diverso tipo, no solo científicas.
- h) Los servicios de ayuda deben **extremar los cuidados en la evaluación** y en la toma de decisiones irreversibles.
- i) Creemos que debería haber **una ley a favor de esta minoría que fuera Europea, o al menos nacional,** en lugar que cada autonomía proponga planteamientos diferentes, según el color político de turno, ofreciendo derechos y ayudas distintas en el mismo país.

Los padres que no acepten la identidad sexual de sus hijos menores y las instituciones que no acepten la identidad sexual de los menores deben ser considerados penalmente maltratadores. Es prioritario cambiar la legislación actual

La práctica pediátrica

El rol de los profesionales de la pediatría no es fácil por cuanto acabamos de decir. En todo caso, en nuestra opinión creemos que:

- a) Deben favorecer en sus intervenciones con la familia una socialización de los niños y niñas en el reconocimiento de que tienen una identidad sexual definida como tales, ayudándoles a reconocerse según su dimorfismo sexual. Asignarle una identidad sexual basadas en la anatomía es lo correcto, salvo intersexuales, en cuyo caso deben enviar a un servicio especializado.
- Igualmente me parece adecuado, dentro de la variedad social y la flexibilidad educativa, que les socialicen como niños y niñas en todos aquellos aspectos que no sean discriminatorios en razón del sexo. Se trata en definitiva de reconocer que somos sexuados y estamos en una sociedad concreta en la que la mayoría no tiene, ni hemos de crearle problemas sobre su identidad sexual.
- b) Detectar posibles casos de disforia de género en la infancia, a través de la entrevista con los menores y sus familias. Los criterios de diagnóstico del (DSM 5) son al día de hoy los que más pueden ayudarles, aunque no deben precipitar un diagnóstico, sino enviar a una consulta especializada. A partir de este momento, los especialistas serán la referencia profesional para los propios pediatras, acordando con el menor, la familia y los especialistas las ayudas más convenientes.
 - c) En general, por nuestra parte, somos partidarios de organizar un tiempo de espera, al menos, hasta los seis o siete años, por las razones evolutivas comentadas. Y consideramos que puede alargarse, si el menor y la familia aceptan bien y sin “disforia” clínica importante este compás de espera (por los datos inseguros sobre persistencia). En todo caso, si se opta por un cambio de identidad de género, además del menor y la familia, hay que tener en cuenta la legislación, lamentablemente diversa en las comunidades autónomas.
 - d) Por mi parte, y dada mi especialidad, no soy la persona que deba valorar posibles tratamientos hormonales llegada la pubertad y después de los 16 años. Tampoco los posibles tratamientos quirúrgicos posteriores. Un equipo interdisciplinar es necesario para evitar errores.
 - e) En relación con las ayudas al menor durante el periodo de espera, es fundamental el trabajo con la familia y con el propio niño o niña con disforia de género. Aceptar incondicionalmente a la vida (niño o niña) que sea engendrado, no maltratar e ir aceptando los cambios progresivos aconsejados por un especialista es lo más importante.

Finalmente, la instrucción verbal, emocional más decisiva es decirle: podrás ser como eres y como te sientas y nosotros te apoyaremos incondicionalmente. En los siguientes cuadros indicamos lo esencial del rol de la familia, que debe ser completado con el apoyo escolar.

En relación con las ayudas al menor durante el periodo de espera, es fundamental el trabajo con la familia y con el propio niño o niña con disforia de género. Aceptar incondicionalmente a la vida engendrada, no maltratar e ir aceptando los cambios progresivos aconsejados por un especialista es lo más importante

La instrucción verbal, emocional más decisiva es decirle al niño/a con disforia de género: podrás ser como eres y como te sientas y nosotros te apoyaremos incondicionalmente

Intervención con familia (1)

Lo que deben saber	Lo que no debemos hacer mientras esperamos
<ul style="list-style-type: none">• Hecho de la diversidad• Desconocemos la causa• Evolución incierta	<ul style="list-style-type: none">• Maltratar al hijo/hija• Castigar por ese motivo• Bromear con este tema• Estar continuamente comentándolo• Sobreprotegerle• Hacer teorías causales o predictivas

Intervención con familia (2)

Lo que debe hacer	Lo que no debe hacer
<ul style="list-style-type: none">• Aceptación incondicional• Aceptar la identidad que dice tener (si está bien diagnosticado)• Permitirle iniciar ciertos cambios sociales• Seguir los consejos del especialista• Usar la identidad que desea el menor (si ya está diagnosticado)	<ul style="list-style-type: none">• Maltratar al hijo/hija• Castigar por este motivo• Bromear con este tema• Sobredimensionar el problema• Sobreprotegerle• Hacer teorías causales
Lo que hay que hacer con el entorno	
<ul style="list-style-type: none">• Evitar rechazos, bromas, etc.• Ayudarle a una interacción diversa con los iguales• Para ello es necesario trabajar con los tutores y alumnos En el marco de la educación sexual estaría muy bien	

Intervención con familia (3)

<ul style="list-style-type: none">• Aceptar incondicionalmente al hijo/hija en su diversidad
<ul style="list-style-type: none">• Protegerle de los rechazos, críticas o bromas<ol style="list-style-type: none">a) Adaptación inteligente al medio, si es posibleb) Intervenciones escolares y familiares para que acepten la diversidadc) Evitar los errores citados de los abuelos, tíos, primos
<ul style="list-style-type: none">• Si hay periodo de transición:<ul style="list-style-type: none">— Flexibilidad con manifestaciones contrarias a biología— Procurar que use, al menos, juguetes y juegos de ambos sexos— Procurar que use, al menos, vestidos y adornos de ambos sexos

Intervención con familia (4)

Lo que sí podemos decir
<ul style="list-style-type: none">• Vas a poder ser como seas realmente (profesiones, roles e identidad)• No te angusties ahora, ya irás viendo como te sientes y lo que quieres• Te querremos y apoyaremos de todas las maneras• Incondicionalidad de aceptación, estima, afectos y cuidados

Bibliografía

1. Antonio de, I., Asenjo N., Hurtado F. Fernández, M., Vidal, A., Moreno, O., Lucio, M. J., López, J. P. (Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición) Documento de Posicionamiento. *Disforia de Género en la infancia y adolescencia. Endocrinología y nutrición: órgano de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición*, Vol. 62, N° 8, 2015, 380-383.
2. López, F. *Identidad del Yo, identidades sexuales y de género* En O. Moreno. Y L. Puche (coord). *Transexualidad, adolescencias y educación, miradas multidisciplinares*. Editorial Egales. Madrid, 2013, 135-150.
- 3- López F. *Educación sexual*. Biblioteca Nueva. Madrid, 2005.
4. Becerra, A. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Díaz de Santos. Madrid, 2003.
5. Fernández M., Guerra, P., Díaz, M. y Grupo GIDSEEN. C. Med. Psicosom. N° 110, 2014,:25-35.
6. Hurtado F. *Disforia de género en la Infancia y Adolescencia*. Guía práctica de clínica. Rv. Esp. Endocrinol. Pediatric. 2015, 6, Suppl. (1), 45-52.
7. Lamas, M. *Identidad de género y feminismo*. Ed. Miguel Ángel Porrua. Madrid, 2013.
- 8- López, F. *Educación sexual y ética. (especialmente el capítulo dedicado a la ética de la diversidad)*. Pirámide. Madrid, 2017.
9. Comunidad Valenciana. *Ley del 7-8-2017 de la Generalitat integral sobre el derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunidad Valenciana*. Valencia, 2017.
10. Moreno, O. y Puche L. (coord). *Transexualidad, adolescencias y educación, miradas multidisciplinares*. Editorial Egales. Madrid, 2013.
11. Rodríguez J M, Asenjo N, Lucio M J, Pérez G, Rabito, M F, Fernández, M J y cols. *Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid*. *Revista Internacional Andrología*. 2009; N° 7:112-20.
12. López, F. *Ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Pirámide. Madrid, 2015.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. **El DSM 4 se refiere a “Trastorno de la identidad sexual” y el DSM 5 a “Disforia de género”. ¿A qué cree Ud. que se ha debido?:**
 - a) Evitar la palabra “Trastorno”.
 - b) Rechazo de una construcción binaria de la identidad sexual y de género.
 - c) Ausencia de criterios científicos esclarecedores.
 - d) Todas son ciertas.

2. **Entre los síntomas clínicos que aparecen en la Disforia de género, hay uno que es falso:**
 - a) Malestar mental y emocional con la anatomía que presentan.
 - b) Siempre son bien tolerados por la familia por su incondicionalidad.
 - c) Conflictos sociales y con el grupo.
 - d) Frecuentemente tienen síntomas depresivos, ansiosos e incluso ideas suicidas.

3. **Dentro de las indicaciones de intervención familiar, ¿cuál cree Ud. que no debe hacerse?**
 - a) Aceptación incondicional del hijo.
 - b) Permitirle ciertos cambios sociales.
 - c) Castigar por este motivo.
 - d) Aceptar la identidad que dice tener.

Respuestas correctas en la página 78.e29