



La disforia de género en menores de edad

Colegio de Pediatras de EEUU - Junio de 2017

RESUMEN: La disforia de género en menores de edad se refiere a un estado psicológico en el cual dichos menores experimentan una marcada incongruencia entre el género que ellos experimentan y el género vinculado a su sexo biológico. Cuando ello ocurre en los niños pre-púberes, dicha disforia se resuelve en la inmensa mayoría de los casos hacia el final de la adolescencia. Actualmente, existe un vigoroso debate – si bien el mismo está siendo suprimido – entre médicos, terapeutas y académicos en relación con lo que rápidamente se está convirtiendo en el nuevo tratamiento estándar para la disforia de género infantil. Este nuevo paradigma hunde sus raíces en la presunción de que la disforia de género infantil es congénita, y que necesita la supresión de la pubertad por medio de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH, por sus siglas en inglés), seguida del uso de hormonas del sexo opuesto – una combinación que da como resultado la esterilidad en menores de edad. Una revisión de la actual bibliografía pertinente sugiere que este protocolo se funda en una ideología acerca del género que carece de aval científico, de las necesarias evidencias de base y que viola el antiguo principio ético de “Primero, no hacer daño”.

La disforia de género en menores de edad: El debate va más allá de la ciencia misma

El término “género” se refiere a las características psicológicas y culturales vinculadas al sexo biológico.¹ Es, al mismo tiempo, un concepto psicológico y un término sociológico. La “identidad de género” se refiere a la consciencia que la persona tiene de su masculinidad o de su femineidad. A veces se refiere al “género experimentado” por la persona. La disforia de género en menores de edad se describe como un estado psicológico en el cual dichos menores experimentan una marcada incongruencia entre el género que ellos sienten que son y el género vinculado a su sexo biológico. A menudo estos niños o niñas dicen que se sienten que pertenecen al sexo opuesto.² Se calcula que los índices predominantes de esta disforia son inferiores al 1%.³ Las diferencias en las tasas de menores que recurren a clínicas especializadas varían según la edad. En menores pre-púberes, la proporción de varones a niñas varía de 2:1 a 4.5:1. En los adolescentes, esta proporción se acerca a la igualdad y en los adultos, la proporción de hombres a mujeres varía de 1:1 a 6.1:1.²

El debate acerca de cómo tratar a menores de edad que sufren disforia de género es principalmente una disputa ética. Esta disputa tiene que ver tanto con la cosmovisión del médico como con la ciencia de la medicina. La medicina no tiene lugar en un vacío político. Estar en el lado equivocado de la política sexual puede tener graves consecuencias para las personas que tienen un concepto políticamente incorrecto.

Como ejemplo de ello, tomemos el caso del Dr. Kenneth Zucker, reconocido desde hace mucho tiempo como una de las principales autoridades en cuanto a los problemas de identidad de género en menores de edad. El Dr. Zucker también ha sido un defensor de los [mal llamados] “derechos” de las personas gays y transexuales. Sin embargo, para gran consternación de los activistas a favor del transexualismo, este médico cree que el mejor tratamiento para los niños pre-púberes que sufren disforia de género es ayudarles a conformar su identidad de género a su sexo anatómico. Esta postura eventualmente le costó su

puesto, que había asumido durante 30 años, como director de la Clínica para la Identidad de Género de Niños, Jóvenes y Familias (GIC, por sus siglas en inglés), ubicada en el Centro para la Adicción y Salud Mental de Toronto.^{4,5}

Muchos críticos de la supresión de la pubertad sostienen una cosmovisión teleológica modernista. Tienen la convicción de que es evidente por sí mismo que la naturaleza humana tenga un diseño orientado a un propósito y que la cooperación con este propósito conduce al florecimiento humano. Otros pensadores, sin embargo, se identifican como posmodernistas y rechazan la teleología. Con todo, el principio que une a estos dos grupos es la interpretación tradicional de “Primero, no hacer daño”. Por ejemplo, existe en línea una comunidad creciente de médicos, profesionales de la salud mental y académicos que están de acuerdo con la homosexualidad, pero que, sin embargo, tiene una página web que se titula “Primero, no hacer daño: Profesionales críticos de la juventud transexual”. En ella, afirman lo siguiente:

*“Nos preocupa la actual tendencia a diagnosticar y afirmar apresuradamente a la gente joven como transexuales. A menudo [dicha tendencia] los coloca en un camino que conduce a la transición médica... Sentimos que las cirugías y los tratamientos hormonales innecesarios, cuya seguridad no ha sido demostrada a largo plazo, constituyen riesgos significativos para la juventud. Opinamos que las políticas que, directa o indirectamente, fomentan este tipo de tratamientos para menores de edad, quienes pueden no ser capaces de evaluar los riesgos y los beneficios, son altamente sospechosas”.*⁶

En contraste con los anteriores pensadores, los que defienden el paradigma de la intervención médica para cambiar el sexo también son posmodernistas. Pero sostienen un concepto subjetivista de “Primero, no hacer daño”. La Dra. Johanna Olson-Kennedy, especialista en medicina adolescente del Children’s Hospital de Los Ángeles, California, y líder de la transición pediátrica de género, ha declarado que “[Primero, no hacer daño] es realmente [un principio] subjetivo. Históricamente venimos de una perspectiva muy paternalista... [en la cual] a los médicos realmente se les ha concedido la competencia de decidir qué es lo que va a ser dañino y qué no. Y eso, en el mundo del género, es realmente problemático”.⁷

Esta doctora no solamente cree que “Primero, no hacer daño” es subjetivo, sino que también afirma que la decisión debe ser dejada en manos del menor de edad, para que decida qué constituye daño y qué no basándose en sus propios pensamientos y sentimientos subjetivos.⁷ Dada la inmadurez cognitiva y experiencial de un menor de edad, el Colegio de Pediatras de EEUU considera que estas aseveraciones son altamente problemáticas y carentes de ética.

La disforia de género como resultado de una identidad sexual interna congénita

El profesor de trabajo social, el Dr. William Brennan, ha expresado que “el poder del lenguaje para afectar el concepto que una persona tiene de la realidad es profundo.”⁸ Es por ello que la ingeniería semántica siempre precede a la ingeniería social – aún en la medicina. Muchos sostienen la errónea creencia de que el género siempre se ha referido al sexo biológico. Aunque estos términos a menudo se han usado intercambiamente, nunca fueron realmente sinónimos.^{9,10} Las feministas de finales de las décadas de los 60 y los 70 utilizaron el término “género” para referirse a un “sexo social” que podría diferir del “sexo biológico”, para superar la discriminación injusta en contra de las mujeres que se basaba en los estereotipos relativos al sexo. Estas feministas son, en gran medida, responsables de la difusión en la cultura de la palabra “género” en lugar de la palabra “sexo”. Más recientemente, en un intento por eliminar la héteronormatividad, los teóricos de la homosexualidad han extendido el término “género” a más de 50 categorías, fusionando el concepto de sexo social con el de atracción sexual.⁹ Sin embargo, ninguno de los dos usos refleja el sentido original del término.

Antes de los años 50, el término “género” se aplicaba solamente a la gramática y no a las personas.^{9,10} Las lenguas que se basan en el latín categorizan los sustantivos y sus modificadores como masculinos o femeninos, y por esta razón todavía nos referimos a ellos como poseedores de un género. Sin embargo, estos usos distintos de los términos “sexo” y “género” cambiaron durante los 50 y los 60 debido a que ciertos sexólogos se dieron cuenta de que su agenda a favor del cambio de sexo no podía ser defendida lo suficientemente con el uso de las palabras “sexo” y “transexual”. Desde una perspectiva estrictamente científica, los seres humanos poseen un sexo y unas diferencias sexuales que están biológicamente determinadas. Ningún sexólogo puede de hecho cambiar los genes de una persona por medio de hormonas y cirugías. El cambio de sexo es objetivamente imposible. La “solución” que se les ocurrió a estos sexólogos fue la de secuestrar el término “género” e infundirle un nuevo significado aplicable a las personas. John Money, PhD, fue uno de los más prominentes de estos sexólogos que redefinieron la palabra “género” para que significara “el desempeño social que indica una identidad sexual interna”.¹⁰ Estos sexólogos esencialmente inventaron el fundamento ideológico que necesitaban para justificar el tratamiento del transexualismo por medio de la cirugía para cambiar de sexo y le llamaron “género”. Es esta ideología fabricada por el hombre de una “identidad sexual interna” lo que actualmente domina la corriente principal de la medicina, la psiquiatría y el mundo académico. Esta historia lingüística aclara que el término “género” no es y nunca ha sido una entidad biológica ni científica. En vez de ello, esta palabra es un concepto social y políticamente inventado.

En su “Visión de conjunto del desarrollo del género y de la disconformidad de género en niños y adolescentes”, Forcier y Olson-Kennedy descartan el modelo binario de la sexualidad humana como si fuese una “ideología” y presentan una “perspectiva alterna” de una “identidad de género congénita” que se ubica en un “continuum de género”. Estos autores recomiendan que los pediatras digan a los padres que el “verdadero género” de su hijo es lo que él o ella siente que es, ya que “el cerebro del niño y su cuerpo puede que no estén en la misma página”.¹¹

La afirmación de Forcier y Olson-Kennedy de una discordancia congénita entre el cerebro del niño y su cuerpo se deriva de imágenes de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) que demuestran que la oleada de testosterona en la pubertad en los varones aumenta el volumen de materia blanca, así como de estudios de los cerebros de adultos que se identifican como transexuales. Un estudio de Rametti y colegas arrojó que la microestructura de materia blanca de los cerebros de hombre-a-mujer de adultos transexuales, que no habían comenzado un tratamiento de testosterona, se parecía más a la de los hombres que a la de las mujeres.¹² Otros estudios de este tipo han arrojado que la microestructura de materia blanca, tanto en transexuales de mujer-a-hombre como en transexuales de hombre-a-mujer, se ubica en medio de la microestructura de personas genéticamente femeninas y de personas genéticamente masculinas.¹³

Estos estudios, sin embargo, son cuestionables en cuanto a su significado clínico, debido al número tan pequeño de sujetos y a la existencia de la neuroplasticidad. La neuroplasticidad es un fenómeno bien establecido a causa del cual un comportamiento a largo plazo es capaz de alterar la microestructura del cerebro. No hay evidencia de que la gente nazca con una microestructura cerebral que sea inalterable para siempre, sino que por el contrario, hay evidencia significativa de que la experiencia cambia la microestructura cerebral.¹⁴ Por consiguiente, cuando se identifican verdaderas diferencias cerebrales, éstas probablemente son el resultado de un comportamiento transexual en vez de su causa. Más importante aún, sin embargo, es el hecho de que los cerebros de todos los varones recién nacidos han sido masculinizados prenatalmente por su propia testosterona endógena, la cual es secretada de sus testículos comenzando aproximadamente a las ocho semanas de la gestación. Las niñas recién nacidas, por supuesto, no tienen testículos, y por consiguiente no tienen cerebros masculinizados por la testosterona endógena.^{15,16,17} Por esta razón, aparte de los infrecuentes desórdenes del desarrollo sexual, los varones no nacen con cerebros feminizados ni las niñas con cerebros masculinizados.

Los especialistas en genética de la conducta han sabido desde hace décadas que si bien los genes y las hormonas *influyen* en el comportamiento, éstos no predisponen de manera determinante a la persona a pensar, sentir o comportarse de una manera particular. La ciencia de la epigenética [A] ha establecido que los genes no son análogos a rígidos mapas o planos de arquitectura en cuanto a la conducta se refiere. En vez de ello, los seres humanos “desarrollan rasgos a través de un proceso dinámico de interacción entre el entorno socio-familiar y los genes... [Los genes por sí solos] no determinan quiénes somos”.¹⁸ En relación con la etiología del transexualismo, los estudios en adultos transexuales realizados en gemelos han demostrado de manera definitiva que la influencia prenatal de los genes y las hormonas es mínima.

Los estudios de gemelos son instrumentales para elucidar hasta que grado un rasgo biológico se determina previo al nacimiento. Debido a que los gemelos monozigotos son concebidos con exactamente el mismo ADN y están expuestos a exactamente el mismo ambiente prenatal, aquellos rasgos que son determinados por genes y/o por el ambiente prenatal serán manifestados en ambos gemelos idénticos el 100 por ciento del tiempo. La raza es un ejemplo de un rasgo que los gemelos idénticos comparten el 100 por ciento del tiempo porque es determinado exclusivamente por genes.

El mas grande estudio de gemelos transexuales a la fecha examino a 110 parejas de gemelos y fue publicado por el Dr. Milton Diamond en la edición de Mayo del 2013 de la revista *International Journal of Transsexualism* (Revista Internacional de Transsexualismo). En la tabla 5 se documenta que el numero de parejas de gemelos monozigotos que son concordantes con transexualismo es mayor que aquel que se observa para gemelos dizigotos. Esto sugiere una posible predisposición genética a la disforia de genero. El dato mas significativo, sin embargo, es el pequeño numero de parejas de gemelos monozigotos concordantes. Para transexualismo. Unicamente 21 parejas de gemelos monozigotos de un total de 74 parejas monozigoto – 28 por ciento—fueron concordantes para el transexualismo: el restante 72 por ciento de gemelos idénticos demostro discordancia con relación al transexualismo. Esto significa que por lo menos el 72 por ciento de aquello que conlleva al transexualismo en un gemelo pero no en el otro, ocurre *después* del nacimiento y *no* es biológico. Un nivel de discordancia tan elevado entre gemelos idénticos es prueba de que nadie nace con una predeterminación a tener disforia de genero y aun menos a una predeterminación a identificarse como transgenero o transexual.

Ello a su vez es coherente con las dramáticas tasas de superación de la disforia de género que ha sido documentada en menores de edad cuando no se les anima a comportarse como si fueran del sexo opuesto. Estos resultados también apoyan la teoría de que la disforia de género persistente se debe principalmente al impacto que las influencias no compartidas del entorno socio-familiar han tenido en ciertos niños biológicamente vulnerables. Seamos claros, los estudios en gemelos por sí solos establecen que la “perspectiva alterna” de una “identidad congénita de género” que surge de cerebros “feminizados” o “masculinizados” de manera congénita que se encuentran atrapados en cuerpos del sexo opuesto es, de hecho, una creencia ideológica que no tiene fundamento en estudios científicos rigurosos.

En contraste con ello, la convicción de que la sexualidad humana es teleológicamente binaria es compatible con la realidad biológica. La norma del diseño humano es la de ser concebido masculino o femenino. Los pares de cromosomas sexuales “XY” o “XX” son genéticamente determinantes, respectivamente, del sexo masculino o femenino. No son marcadores genéticos de un desorden corporal o de un defecto congénito. La sexualidad humana es binaria en su diseño y su propósito (su teleología intrínseca) es la reproducción de la especie. Este principio es evidente por sí mismo. A excepción de los desórdenes extremadamente infrecuentes del desarrollo sexual, a ningún recién nacido se le “asigna” un sexo o un género al nacer. En vez de ello, el sexo de un bebé al nacer manifiesta a la vista de todos lo que de hecho era desde su estancia en el útero. Es a todas luces evidente y reconocido como tal en el nacimiento.

Los desórdenes extremadamente infrecuentes del desarrollo sexual, incluyendo pero no limitados al síndrome de la insensibilidad androgénica [B] y a la hiperplasia adrenal congénita [C], son todos identificables médicamente como desviaciones de la norma de la sexualidad binaria humana. A diferencia de las personas que tienen un genotipo y hormonas normales que se identifican como “transgéneros”, los que tienen un desorden en su desarrollo sexual tienen una afección biológica congénita. La asignación del sexo en personas que tienen desórdenes en su desarrollo sexual es compleja y depende de varios factores genéticos, hormonales y físicos. Sin embargo, la declaración consensuada de 2006 de la Sociedad del Inter-sexo de Norteamérica no apoyó estos desórdenes como un tercer sexo.²⁰

Los factores post-natales predominan en el desarrollo y persistencia de la disforia de género

Los estudios en gemelos idénticos demuestran que los eventos post-natales no compartidos (factores del entorno socio-familiar) predominan en el desarrollo y la persistencia de la disforia de género. Ello no es ninguna sorpresa, ya que es un hecho bien establecido que las experiencias positivas y negativas tienen un impacto en el desarrollo emocional y psicológico del niño desde su más tierna infancia. Las relaciones con los familiares y los pares, en la escuela, en el barrio, la experiencia de cualquier tipo de abuso, los medios de difusión, la enfermedad crónica, la guerra y los desastres naturales, son ejemplos de factores ambientales que causan impacto en el desarrollo social, emocional y psicológico de la persona. *No hay una sola dinámica familiar, situación social, evento adverso o combinación de todo ello que sea la causa determinante de la disforia de género en ningún menor de edad.* Este hecho, junto a los estudios realizados en gemelos sugiere que existen muchas causas de la disforia de género en algunos niños biológicamente vulnerables. La bibliografía médica en relación con la etiología [el estudio de las causas] y el tratamiento psicoterapéutico de la disforia de género se basa mucho en estudios de casos clínicos. Estos estudios sugieren que el refuerzo social, la psicopatología parental, la dinámica familiar y el contagio social facilitado por las redes sociales, contribuyen al desarrollo y persistencia de la disforia de género en niños vulnerables. Puede que existan otros factores que todavía no se han descubierto.

La mayoría de los padres que tienen hijos con disforia de género recuerda que su reacción inicial ante el uso de ropa del sexo opuesto y otros comportamientos de cambio de sexo por parte de estos niños, fue de tolerarlos o incluso de animarlos a continuar haciéndolos. Algunas veces la psicopatología de los padres se encuentra en la raíz del refuerzo social. Por ejemplo, entre las mamás de hijos con disforia de género que deseaban tener hijas, un subgrupo experimentó lo que se conoce como “duelo patológico de género”. Dentro de este subgrupo, las mamás que deseaban tener hijas proyectaban ese deseo vistiendo de niña ellas mismas a sus hijos varones. Usualmente estas mamás sufrían de depresión grave que se aliviaba cuando sus hijos varones se vestían y actuaban de manera femenina.²¹

Una gran parte de la bibliografía médica da constancia de que los papás de varoncitos afeminados pasaban menos tiempo con ellos entre las edades de 2 a 5 años en comparación con los papás de otros muchachos. Este hecho es coherente con los datos que muestran que los varoncitos afeminados se sienten más apegados a sus mamás que a sus papás. En sus estudios clínicos en niños varones con disforia de género, Stoller observó que la mayoría de estos niños estaban demasiado apegados a sus mamás y tenían una relación distante y periférica con sus papás. Stoller postuló que la disforia de género en niños varones consiste en un “detenimiento del desarrollo...en el cual un excesivo y gratificante apego en la simbiosis madre-recién nacido, no interrumpido por la presencia del padre, impide que el niño se separe adecuadamente del cuerpo y el comportamiento femeninos de su mamá”.²¹

También se ha descubierto que en los niños con disforia de género, el índice de psicopatología materna, particularmente la depresión y el desorden bipolar es “elevado bajo cualquier estándar”. Además, la

mayoría de los papás de niños varones con disforia de género se sienten fácilmente amenazados, tienen dificultad para demostrar el afecto e interiormente se sienten inadecuados. Estos papás usualmente enfrentan estos conflictos trabajando en exceso y distanciándose de sus familias. La mayor parte de las veces, los papás y las mamás no se apoyan mutuamente y tienen dificultad para resolver sus conflictos conyugales. Todo ello produce un intenso ambiente de conflicto y hostilidad. En esta situación, el niño varón se vuelve cada vez más inseguro de su propio valor, debido al enojo o al distanciamiento de la madre y a la falta de intervención del papá. La ansiedad y la inseguridad del niño se intensifican, así como su enojo, todo lo cual puede dar como resultado su incapacidad para identificarse con su sexo biológico.²²

No se han llevado a cabo estudios sistemáticos acerca de las niñas con disforia de género y la relación de ellas con sus papás y sus mamás. Sin embargo, las observaciones clínicas sugieren que la relación madre-hija es más a menudo distante y caracterizada por el conflicto. Ello puede causar que la hija no se identifique con la mamá. En otros casos, los padres ensalzan la masculinidad pero infravaloran la femineidad. Además, ha habido casos en que las niñas temen a sus papás porque éstos exhiben una conducta volátil de enojo e incluso maltratan a la mamá. Puede suceder que una niña llegue a creer que ser mujer es inseguro y que se proteja psicológicamente ante este sentimiento pensando que ella es realmente un niño; creyendo subconscientemente que si ella fuese un niño, estaría protegida ante su papá y sería amada por él.²¹

Hay evidencia de que la psicopatología o la diversidad de desarrollo pueden precipitar la disforia de género en adolescentes, especialmente en jovencitas. La investigación reciente ha documentado números crecientes de adolescentes que acuden a las clínicas de identidad de género que piden cambiarse de sexo. Kaltiala-Heino y colegas describieron a los adolescentes que solicitaban el cambio legal y médico de sexo durante los dos primeros años de una clínica de género para adolescente en Finlandia, en términos de factores sociodemográficos, psiquiátricos y de identidad de género, y el desarrollo adolescente. Realizaron una visión de conjunto retrospectiva por medio de una gráfica estructurada y cuantitativa, y un análisis cualitativo de los archivos de los casos de todos los adolescentes que habían solicitado el cambio de sexo que comenzaron la evaluación a finales de 2013. Los científicos descubrieron que el número de adolescentes remitidos a estas clínicas excedió las expectativas a la luz de la información epidemiológica. Las niñas estaban excesivamente representadas entre los solicitantes. La psicopatología grave anterior al comienzo de la disforia de género era frecuente. Gran parte de esta juventud había recibido el diagnóstico del espectro del autismo. Estos hallazgos no concuerdan con la imagen que frecuentemente se asocia con niños que padecen disforia de género. Los investigadores concluyeron que las directrices para el tratamiento deben considerar la disforia de género en menores de edad en el contexto de dificultades en el desarrollo y de psicopatología grave.²³

Desde el punto de vista anecdótico, también existe una tendencia creciente en los adolescentes a diagnosticarse a sí mismos como transgéneros luego de saturarse de visitas a sitios de redes sociales, como Tumblr, Reddit y YouTube. Ello sugiere que el contagio social puede desempeñar un rol significativo. En muchas escuelas y comunidades, hay grupos enteros de amigos que por primera vez “salen del armario” proclamándose transexuales.⁶

También se debe considerar con mucha seriedad el investigar la relación de causa y efecto de los eventos adversos durante la niñez, incluyendo el maltrato sexual, y el transexualismo. Desde hace bastante tiempo se reconoce la coincidencia entre la discordancia infantil de género y la orientación homosexual en adultos [24]. También existe una gran cantidad de bibliografía que apoya el hecho significativo de que hay un mayor predominio de eventos adversos durante la niñez y el abuso sexual en adultos homosexuales en comparación con adultos heterosexuales. Andrea Roberts y colegas publicaron un estudio en 2013 que arrojó que “de la mitad a la totalidad del aumento del riesgo de abuso infantil en personas que sienten atracción hacia personas del mismo sexo en comparación con personas heterosexuales fue debido a los efectos del abuso sexual.”²⁵ Por consiguiente, es posible que algunas

personas desarrollen la disforia de género y luego digan que tienen una identidad transexual como resultado del maltrato infantil o del abuso sexual. Este es un campo que amerita ser investigado.

La disforia de género como un desorden mental objetivo

La psicología ha rechazado de modo creciente el concepto de normas para la salud mental; ha centrado su atención en la angustia emocional. La Asociación de Psiquiatría de EEUU (APA, por sus siglas en inglés), por ejemplo, explica en la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales (DSM-V, por sus siglas en inglés) que la disforia de género se encuentra en su lista no porque exista una discrepancia entre los pensamientos de la persona y la realidad física, sino debido a la presencia de la angustia que impide el desempeño social. El DSM-V también señala que se necesita un diagnóstico, para que las compañías de seguro de salud paguen el uso de hormonas y cirugía para cambiar de sexo para aliviar la angustia que produce la disforia de género. Una vez que se alivia dicha angustia, ya no se considera que la disforia de género sea un desorden.²

Este tipo de razonamiento es problemático. Considere los siguientes ejemplos: una chica que sufre de anorexia nervosa cree errónea y persistentemente que es obesa; una persona que sufre de desorden dismórfico del cuerpo cree erróneamente que es fea; una persona que sufre del desorden de identidad de su integridad corporal cree erróneamente que es una persona incapacitada y se siente atrapada en un cuerpo que en realidad es plenamente funcional. Las personas que sufren de este último desorden a menudo se sienten tan angustiadas que son capaces de pedir la amputación de uno de sus miembros saludables o el corte quirúrgico de su espina dorsal.²⁶ La Dra. Anne Lawrence, siendo ella misma transexual, ha sostenido el argumento de que este desorden tiene muchos paralelos con la disforia de género.²⁷

Todas estas falsas creencias, como la disforia de género, no solamente producen angustia sino que también el intento de “afirmarlas” por medio del intervencionismo médico constituye una amenaza para la vida misma. En cada uno de estos casos, la cirugía para “afirmar” una falsa suposición (la liposucción para la anorexia, la cirugía cosmética para el desorden dismórfico del cuerpo, la amputación o la provocación quirúrgica de la paraplejía para el desorden de identidad de la integridad corporal y la cirugía para “cambiar” de sexo debido a la disforia de género) puede muy bien aliviar temporalmente la angustia de la persona, pero no servirá para nada en cuanto a abordar el problema psicológico de fondo, e incluso puede causar la muerte. Al separarse completamente de la realidad, el arte de la psicoterapia disminuirá a medida que la psicología paulatinamente delega su pericia en una especialidad de intervencionismo médico, con resultados devastadores para los pacientes.

Alternativamente, se podría buscar un estándar mínimo. La normalidad ha sido definida como “aquello que funciona según su diseño”.²⁸ Una de las principales funciones del cerebro es la percepción de la realidad física. Los pensamientos que concuerdan con la realidad física son normales. Los pensamientos que se desvían de esa realidad son anormales – así como potencialmente dañinos para la persona y los demás. Ello es cierto, ya sea que la persona en cuestión se sienta angustiada o no. El que una persona crea que es algo o alguien que ella no es constituye, en el mejor de los casos, una señal de que su forma de pensar es confusa y, en el peor, una alucinación. Simplemente porque una persona piense o sienta algo no lo convierte en realidad. Ello es cierto aún en el caso de que los pensamientos anormales sean el resultado de una microestructura particular del cerebro.

La norma del desarrollo humano es que los pensamientos estén acordes con la realidad física; que la identidad de género de la persona esté acorde con su sexo biológico. Las personas que dicen “sentirse del sexo opuesto”, “en alguna parte intermedia” o en alguna otra categoría no constituyen un tercer sexo. Siguen siendo biológicamente hombres o mujeres. La disforia de género está en la mente; no en el cuerpo. Los niños que padecen disforia de género no tienen un desorden en el cuerpo – aunque sientan que ése es

el caso. De manera similar, la angustia que siente un menor de edad ante el desarrollo de sus características sexuales secundarias no significa que la pubertad sea una enfermedad que deba ser eliminada, porque la pubertad, de hecho, no es una enfermedad. También de manera similar, aunque muchos hombres que sufren disforia de género creen que su esencia es “femenina” y que se encuentran atrapados en un cuerpo masculino, esta creencia no tiene fundamento científico.

Hasta recientemente, el concepto predominante respecto de la disforia de género era que dicha disforia reflejaba una manera de pensar anormal o una confusión por parte del niño que podía ser o no transitoria. Consecuentemente, la manera estándar de abordar este asunto era el seguimiento o la psicoterapia familiar o individual.^{1,2} Las metas de la terapia eran abordar la patología familiar, en caso de que existiese, tratar cualquier anomalía psicosocial en el niño, y ayudarlo a conformar su identidad de género con su sexo biológico.^{21,22} Los expertos en ambos lados del debate acerca de la supresión de la pubertad están de acuerdo con que del 80 al 95% de los niños que tienen disforia de género aceptan su sexo biológico para finales de la adolescencia.²⁹ Esta cosmovisión comenzó a cambiar, sin embargo, en la medida en que los activistas transexuales adultos promovían cada vez más la propaganda de la “esencia femenina” para ganar aceptación social.¹⁰ En 2007, el mismo año en que el Boston Children’s Hospital abrió la primera clínica pediátrica de género de la nación, el Dr. J. Michael Bailey expresó:

*“En la actualidad, el concepto que predomina en la cultura del transexualismo de hombre-a-mujer es que todos los transexuales de hombre-a-mujer son, esencialmente, mujeres atrapadas en cuerpos de hombres. Sin embargo, este concepto tiene muy poco fundamento científico y es incoherente con las observaciones clínicas. Ray Blanchard ha demostrado que hay dos subtipos distintos de transexuales de hombre-a-mujer. Los miembros de un subtipo, transexuales homosexuales, son considerados un tipo de hombre homosexual. El otro subtipo, transexuales autoginefílicos, se sienten motivados por el deseo erótico de convertirse en mujeres. La persistencia del concepto que predomina en la cultura, aunque inexplicable, es dañino para la ciencia y para muchos transexuales”.*³⁰

A medida que el concepto de “esencia femenina” persistía, los promotores del transexualismo argumentaban que el sufrimiento de los transexuales adultos justificaba el rescatar a los niños del mismo destino por medio de la identificación temprana, la afirmación y la supresión de la pubertad. Ahora se argumenta que la discriminación, la violencia, la psicopatología y el suicidio son el resultado directo e inevitable de negar la afirmación social, los bloqueadores de la pubertad o el suministro de hormonas del sexo opuesto a los menores de edad con disforia de género.³¹ Sin embargo, el hecho de que del 80 al 95% de estos niños aceptan su sexo biológico, sin daño físico ni psicológico, luego de pasar por la pubertad, destruye este argumento.²⁹ Además, más del 90% de las personas que se suicida ha sido diagnosticada con un desorden mental.³² No hay evidencia de que los menores de edad con disforia de género que cometen suicidio son diferentes. Por lo tanto, la piedra angular de la prevención del suicidio debe ser la misma para estos niños al igual que para los demás: identificación temprana y tratamiento de las enfermedades psicológicas conexas.

A pesar de ello, en la actualidad hay 40 clínicas de género en EEUU que promueven la supresión de la pubertad y el uso de hormonas del sexo opuesto en menores de edad. El argumento para justificar esta supresión es permitir que el niño con disforia de género explore su identidad de género libre de la angustia suscitada por el comienzo de la aparición de las características sexuales secundarias. Los estándares que se siguen en estas clínicas se fundan en la “opinión de expertos”. No existe ni un solo estudio extenso hecho al azar y controlado que documente los presuntos beneficios y daños potenciales en niños con disforia de género que han sido sometidos a la supresión de la pubertad y a décadas de suministro de hormonas del sexo opuesto. Tampoco existe ni uno solo de este mismo tipo de estudio que compare los resultados de varias intervenciones psicoterapéuticas para niños con disforia de género, con los resultados de la supresión de la pubertad seguida de décadas de suministro de tóxicos esteroides

sintéticos. En la época actual de una “medicina fundada en la evidencia”, este tipo de supresión y suministro de esteroides debería motivarnos a hacer una pausa. La mayor preocupación es que la supresión de la pubertad a los 11 años de edad seguida del suministro de hormonas del sexo opuesto, dejará estériles y sin tejido gonadal ni gametos disponibles a los menores de edad que se sometan a estas intervenciones.^{33,34,35}

La neurociencia ha establecido con toda claridad el hecho de que el cerebro del adolescente es cognitivamente inmaduro y carece de la capacidad que tiene el del adulto, antes de cumplir de 20 a 25 años de edad, que se necesita para evaluar riesgos.³⁶ Permitir en menores de edad, incapaces de dar un consentimiento válido, procedimientos que son irreversibles y que cambian la vida de la persona, constituye un grave problema ético. El requisito ético del consentimiento informado es fundamental para la práctica de la medicina, como lo ha enfatizado el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU: “El consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial”.³⁷ Además, cuando una persona es esterilizada, aún en el caso de que sea un efecto colateral de una terapia, la ausencia del consentimiento informado constituye una violación del derecho internacional.³⁸

El protocolo que afirma el transexualismo: ¿Cuál es la evidencia que lo sustenta?

Durante las dos pasadas décadas, Hayes, Inc., ha llegado a convertirse en una firma de investigación y consulta, reconocida internacionalmente, que se dedica a evaluar una amplia gama de tecnologías de la medicina, para determinar el impacto de las mismas en la seguridad, los efectos en la salud y el uso de recursos de los pacientes. En 2014, la corporación realizó una amplia revisión y evaluación de la bibliografía científica en relación con el tratamiento de la disforia de género en adultos y niños. Concluyó que, a pesar de que “la evidencia sugiere” que la cirugía para cambiar de sexo en adultos con disforia de género “tiene beneficios”, “existen serias limitaciones [inherentes a la investigación] que solo permiten débiles conclusiones”.³⁹ La compañía también descubrió que el uso de hormonas del sexo opuesto en adultos con disforia de género se basa en evidencias de “muy baja” calidad:

*“Los múltiples estudios [analizados] no han demostrado de manera coherente que la mayoría de los resultados constituyan mejoras estadísticamente significativas. La evidencia de la calidad de vida y de la capacidad funcional de adultos que habían sido sometidos al cambio de sexo de hombres a mujeres era muy escasa. La evidencia respecto de medidas de bienestar menos amplias en adultos que se sometieron al uso de hormonas del sexo opuesto era directamente aplicable a pacientes con disforia de género, pero era escasa y/o conflictiva. Los diseños de los estudios no permiten conclusiones de causalidad y en general los estudios mismos tenían debilidades vinculadas a su propia ejecución. Hay riesgos potenciales a largo plazo para la seguridad de los pacientes que están relacionados con la terapia hormonal, pero ninguno ha sido demostrado ni descartado de manera concluyente”.*⁴⁰

En relación con el tratamiento de niños con disforia de género a base del uso de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH, por sus siglas en inglés) y de hormonas del sexo opuesto, Hayes, Inc., le adjudicó su más baja puntuación. Al respecto, la firma señaló que la bibliografía es “muy escasa y los estudios [que existen son] muy limitados como para sugerir conclusiones”.⁴⁰

Las clínicas de género proliferan por todo EEUU a pesar de la falta de evidencia médica

En 2007, el Dr. Norman Spack, endocrinólogo pediátrico y fundador de la primera clínica de género de la nación, en el Boston Children’s Hospital, lanzó el paradigma de la supresión de la pubertad.⁴¹ Este paradigma consiste en primero afirmar el falso concepto que el niño tiene de sí mismo por medio del establecimiento de cambios de nombres y pronombres, así como de la facilitación de la interpretación del sexo opuesto dentro y fuera del hogar. Luego viene la supresión de la pubertad por medio de agonistas de

la GnRH tan temprano como los 11 años de edad. Finalmente, los pacientes reciben suministros de hormonas del sexo opuesto a la edad de 16 años, para prepararse para la cirugía de cambio de sexo a finales de la adolescencia o en la adultez.⁴²

Las directrices de la Sociedad Endocrina actualmente prohíben el uso de hormonas del sexo opuesto antes de los 16 años de edad. Pero se está reconsiderando esta prohibición.⁴³ Algunos especialistas de género ya están obviando la supresión de la pubertad y, en vez de ello, están sometiendo a menores de apenas 11 años de edad directamente bajo el suministro de hormonas del sexo opuesto.⁴⁴ El argumento que usan para justificar este modo de proceder es que el niño va a experimentar el desarrollo de la pubertad del sexo deseado y, de esa manera, va a evitar la angustia iatrogénica [angustia causada por una medicina o tratamiento] que resulta de mantener una apariencia anterior a la pubertad, mientras que sus pares avanzan por la trayectoria natural de su pubertad.

En 2014, hubo 24 clínicas de género concentradas principalmente a lo largo de la costa este de California. Un año después, hubo 40 a través de toda la nación. La Dra. Ximena López, una endocrinóloga pediátrica del Children's Medical Center, en Dallas, Texas, y miembro del programa de este hospital, Gender Education and Care, Interdisciplinary Support (“Apoyo Interdisciplinar de la Educación y la Atención del Género”) – Genecis – declaró: “[El uso de este protocolo] está aumentando rápidamente. Y la razón principal es que los padres lo están exigiendo y están trayendo pacientes a la puerta [de los consultorios] de los endocrinólogos pediátricos, porque saben que ello está disponible”.⁴⁵ Obsérvese que la razón *principal* por la cual el protocolo ha aumentado es la demanda de los padres y no la medicina que se basa en la evidencia.

Riesgos de los agonistas de la GnRH

Entre los agonistas de la GnRH que se usan para suprimir la pubertad en menores de edad que tienen disforia de género hay dos que han sido aprobados para el tratamiento de la pubertad precoz: leuprolida, que se suministra mensual o trimensualmente por inyección intramuscular, y la histrelina, un implante subcutáneo que se suministra anualmente.³⁴ Además de impedir el desarrollo de las características sexuales secundarias, los agonistas de la GnRH detienen el crecimiento óseo; disminuyen el acrecentamiento de la densidad ósea; impiden la organización y la maduración, dependientes de esteroides sexuales, del cerebro del adolescente; e inhiben la fertilidad al impedir el desarrollo del tejido gonadal y de gametos maduros mientras dure el tratamiento. Si el niño descontinúa el suministro de los agonistas de la GnRH, la pubertad sobrevendrá.^{34,42} Debido a ello es que la Sociedad Endocrina sostiene que estos agonistas, así como la vida social de estos menores de edad como si fuesen del sexo opuesto, son intervenciones reversibles que no presentan ningún riesgo de daño permanente para estos niños.⁴² Sin embargo, la teoría del conocimiento social, la neurociencia y el estudio del seguimiento individual de los adolescentes que han sido sometidos a la supresión de la pubertad, que describimos a continuación, cuestionan esta aseveración.

En un estudio de seguimiento a los primeros 70 candidatos pre-púberes que fueron sometidos a la supresión de la pubertad, de Vries y colegas documentaron que todos los sujetos eventualmente aceptaron la identidad transexual y pidieron recibir hormonas del sexo opuesto.⁴⁶ Ello es causa de preocupación. Normalmente, del 80 al 95% de la juventud pre-púberes que padece de disforia de género la supera espontáneamente. Hacer que el 100% de estos niños pre-púberes elijan recibir hormonas del sexo opuesto sugiere que el propio protocolo inevitablemente cause que el menor se identifique como transexual.

Aquí nos encontramos ante un proceso que evidentemente se cumple a sí mismo. En efecto, al incentivar a estos niños que tienen disforia de género a comportarse socialmente como si fuesen del sexo opuesto, para luego someterlos a la supresión de su pubertad, el resultado es el que se esperaba: que el menor se identifique como transexual. Debido al bien establecido fenómeno de la neuroplasticidad, la repetición de

una conducta de interpretación del sexo opuesto alterará, de alguna manera, la estructura y el funcionamiento del cerebro del niño – potencialmente de tal manera que haga que sea menos probable que el niño conforme su identidad sexual a su sexo biológico. Ello, junto a la supresión de la pubertad que impide la ulterior masculinización o feminización endógena del cerebro, hará que el menor siga estando inconforme con su sexo masculino o femenino mientras se presenta disfrazado de niña o de niño pre-púbere. Como sus pares se desarrollan normalmente como jovencitos o jovencitas, estos niños quedan aislados psicosocialmente. Serán menos capaces de identificarse como los seres biológicamente masculinos o femeninos que de hecho son. Un protocolo de interpretación del sexo opuesto y de la supresión de la pubertad que se encamina hacia un único e inevitable resultado (la identificación transexual) y que exige el uso de por vida de tóxicas hormonas sintéticas, que dan como resultado la infertilidad, no es plenamente reversible ni tampoco inocuo.

Los agonistas de la GnRH, las hormonas del sexo opuesto y la infertilidad

Debido a que los agonistas de la GnRH impiden la maduración del tejido gonadal y de los gametos en ambos sexos, la juventud que se somete a la supresión de la pubertad a los 11 años de edad) y reciben hormonas del sexo opuesto, quedarán estériles y no podrán tener descendencia genética, ya que carecerán de tejido gonadal y de gametos para la crío-preservación. El mismo resultado tendrá lugar si a los niños pre-púberes se les suministran hormonas del sexo opuesto sin suprimir la pubertad. A los adolescentes de más edad que no quieran ser sometidos a la supresión de la pubertad, se les aconsejará que consideren la crío-preservación de sus gametos antes de comenzar a recibir hormonas del sexo opuesto. Ello les permitirá concebir descendencia genética en el futuro por medio de la tecnología de reproducción asistida, [con todos los graves problemas éticos que ello conlleva]. Si bien hay casos que han sido documentados de adultos transexuales que pararon de recibir hormonas del sexo opuesto, para poder permitir que sus cuerpos produjeran gametos, concibieran y tuvieran prole, no hay garantía absoluta de que esta opción sea viable a largo plazo. Además, las personas transexuales que se someten a la cirugía de cambio de sexo y a quienes se les extirpan sus órganos reproductores quedan permanentemente estériles.^{34,35,36}

Riesgos adicionales vinculados a las hormonas del sexo opuesto

La constatación de los riesgos potenciales del uso de hormonas del sexo opuesto en niños con disforia de género se basa en la bibliografía acerca de la experiencia en personas adultas. Recordemos que respecto de esta bibliografía, el informe de la firma Hayes declara que “Hay potenciales riesgos a largo plazo para la seguridad que están vinculados a la terapia hormonal, aunque ninguno ha sido demostrado ni descartado de manera concluyente”.⁴⁰ Por ejemplo, la mayoría de los especialistas concuerdan en que hay un aumento del riesgo de la enfermedad arterial coronaria en los adultos transexuales de hombre-a-mujer, cuando se someten al estradiol etínfilico por vía oral. Por ello, les recomiendan fórmulas alternas de estrógeno. Sin embargo, hay un estudio en estos adultos transexuales que han recibido estas fórmulas alternas que arrojó que hay un aumento similar de riesgo. Por consiguiente, este riesgo no ha sido establecido, pero tampoco ha sido descartado.^{47,48,49}

Los niños que se someten al cambio de sexo requerirán estas hormonas del sexo opuesto durante un tiempo significativamente más largo que sus contrapartes adultos. En consecuencia, tendrán más probabilidad, desde una perspectiva teórica, de experimentar morbilidades fisiológicas, aunque éstas no se han observado con frecuencia en adultos. Con estas advertencias, es más preciso decir que el suministro oral de estrógeno a varoncitos *puede* hacerlos correr el riesgo de sufrir trombosis/tromboembolia, enfermedad cardiovascular, aumento de peso, aumento de los triglicéridos, presión arterial elevada, disminución de la tolerancia a la glucosa, enfermedad de la vesícula biliar, prolactinoma (tumor benigno de la glándula pituitaria) y cáncer de seno.^{47,48,49} De manera similar, las niñas que reciban testosterona *pueden* sufrir un aumento del riesgo de bajo colesterol protector (HDL) y triglicéridos elevados; aumento de los niveles de la homocisteína (ácido amínico elevado que pueden causar endurecimiento de las

arterias y coágulos); enfermedad del hígado; aumento excesivo de las células rojas; apnea del sueño; resistencia a la insulina y efectos desconocidos en los senos y en los tejidos endometriales y ováricos.^{47,48,49} Además, las niñas podrán obtener legalmente una mastectomía tan pronto cumplan los 16 años de edad luego de recibir terapia de testosterona durante por lo menos un año. Esta cirugía comporta su propio conjunto de riesgos irreversibles.³⁴

El adolescente post-púbere con disforia de género

Como observamos anteriormente, del 80 al 95% de los niños pre-púberes con disforia de género la superarán espontáneamente para finales de la adolescencia si no han sido sometidos a la afirmación social de su disforia y al intervencionismo médico. Ello significa que del 5 al 20% de esos niños persistirá en su disforia de género cuando alcancen la juventud adulta. Los niños pre-púberes con disforia de género que persistan en su disforia más allá de la pubertad tienen más probabilidad de también persistir en ello en la adultez. Por esa razón, la Sociedad Endocrina y otros grupos o especialistas, incluyendo el Dr. Zucker, sostienen que es razonable el afirmar a estos niños en su disforia de género más allá de la pubertad y proceder a darles hormonas del sexo opuesto cuando tengan 16 años de edad.⁴²

El Colegio de Pediatras de EEUU no está de acuerdo con esta postura por las siguientes razones. Primera, no todos los adolescentes con disforia de género inevitablemente se identificarán como transexuales, sin embargo, el suministro de hormonas del sexo opuesto inevitablemente dará como resultado que surjan cambios en todos los pacientes. Segunda, el adolescente simplemente no es lo suficientemente maduro para tomar decisiones médicas significativas. El cerebro del adolescente no ha logrado todavía adquirir la capacidad de realizar una evaluación plena de los riesgos hasta que llegue a tener de 20 a 25 años de edad. El permitir que menores de edad sean sometidos a intervenciones médicas que causan cambios de por vida, incluyendo hormonas del sexo opuesto y, en el caso de las niñas, mastectomía bilateral, cuando son incapaces de proporcionar un consentimiento informado, constituye un significativo problema ético.

Como se dijo anteriormente, al Colegio también le preocupa la creciente tendencia en adolescentes a diagnosticarse a sí mismos como transexuales luego de saturarse de sitios de redes sociales. Si bien algunos de estos adolescentes buscarán la ayuda de un terapeuta, muchos estados en EEUU han sido presionados por sectores políticos carentes de fundamento científico a prohibir lo que ellos llaman “terapia de conversión”. Estas prohibiciones impiden a los terapeutas examinar, no solamente las atracciones e identidad sexuales del joven, sino también su identidad de género. A los terapeutas se les prohíbe preguntar por qué un adolescente cree que es transexual; examinar los problemas de salud mental de fondo; considerar la naturaleza simbólica de la disforia de género; así como examinar la posibilidad de que existan factores causantes de confusión, como el uso de las redes sociales y el contagio social.⁶

Impacto del cambio de sexo en adultos y su relación con los riesgos para los menores de edad

Las encuestas sugieren que los adultos transexuales expresan una sensación de “alivio” y “satisfacción” luego del uso de hormonas del sexo opuesto y de cirugías para cambiar de sexo. Sin embargo, estas intervenciones no causan un nivel de salud equivalente al del resto de la población.⁵⁰

Por ejemplo, un estudio de 2001 en 392 personas transexuales de hombre-a-mujer y 123 personas transexuales de mujer-a-hombre arrojó que el 62% de los transexuales de hombre-a-mujer y el 55% de los transexuales de mujer-a-hombre estaban deprimidos. El 32% de cada población había intentado suicidarse.⁵¹ De manera similar, en 2009, Kuhn y colegas hallaron que el nivel de satisfacción existencial y de salud en general era considerablemente inferior en 52 transexuales de hombre-a-mujer y 3 de mujer-a-hombre quince años luego de someterse a intervenciones para cambiar de sexo que los sujetos de control.⁵² Finalmente, un estudio de seguimiento que duró 30 años de pacientes transexuales suecos que se habían operado para cambiar de sexo arrojó que la tasa de suicidio en estas personas era casi 20 veces

mayor que la de la población general. Seamos claros, nada de lo anterior demuestra que el cambio de sexo cause un aumento del riesgo de suicidio u otras morbilidades psicológicas. Más bien, ello indica que el cambio de sexo por sí solo no proporciona a la persona un nivel de salud mental a la par con la población general. Los autores resumieron sus hallazgos de la siguiente manera:

*“Las personas transexuales, luego de cambiar de sexo, tienen riesgos considerablemente más elevados de mortalidad, de conducta suicida y de morbilidad psiquiátrica que la población general. Nuestros hallazgos sugieren que el cambio de sexo, aunque alivia la disforia de género, puede no ser suficiente como tratamiento para el transexualismo y debe fomentar una mejor atención psiquiátrica y somática luego de efectuado el cambio de sexo en este grupo de pacientes”.*⁵⁰

Vale la pena observar que estas disparidades en la salud mental se han hallado en una de las naciones, Suecia, que más acepta a las lesbianas, los homosexuales, los bisexuales y los transexuales (LGBT). Ello sugiere que estas diferencias, en cuanto a la salud se refiere, no se deben principalmente a la presión social, sino al estado o estilo de vida transexual. Ello también coincide con un estudio, publicado en 2008, en el *Journal of LGBT Health* (“Revista de Salud LGBT”), que arrojó que la discriminación no es capaz de explicar la existencia de discrepancias, en cuanto a la salud se refiere, en las personas que se identifican como LGBT en comparación con la población heterosexual.⁵³

Al margen del intervencionismo hormonal y quirúrgico, solo del 5 al 20% de los niños pre-púberes con disforia de género enfrentará una adultez transexual que parece predisponerlos a ciertas morbilidades y a un aumento del riesgo de muerte temprana. En contraste con ello, el único estudio en niños pre-púberes con disforia de género que fueron sometidos a la supresión de la pubertad establece claramente que el 100% de ellos enfrentará una adultez transexual. Por consiguiente, el intervencionismo actual en las clínicas pediátricas de género que afirma la transexualidad producirá, estadísticamente hablando, este resultado para el resto del 80 al 95% de los niños pre-púberes con disforia de género, que de otra manera se hubiera identificado con su sexo biológico al llegar a la adultez.

Recomendaciones para la investigación

Los estudios en gemelos idénticos establecen que los factores ambientales post-natales ejercen una influencia significativa en el desarrollo de la disforia de género y el transexualismo. Los datos también reflejan una superación de esta disforia superior a la tasa del 80% en los niños pre-púberes que la padecen. En consecuencia, el centro de la atención de los estudios debe volcarse sobre la identificación de dichos factores que desencadenan la disforia de género en niños vulnerables. Se debe prestar una particular atención al impacto de eventos adversos y del contagio social durante la infancia. Otro campo que necesita ser objeto de intensa investigación es el de la psicoterapia. Se necesitan con urgencia, y se deberían haber iniciado hace mucho tiempo, estudios amplios y a largo plazo, en los cuales se elijan al azar niños con disforia de género y sus familias para recibir tratamiento por medio de distintos métodos psicoterapéuticos, así como ser evaluados por medio de múltiples criterios de salud física y mental. También se necesitan estudios de seguimiento, que sean amplios y a largo plazo, que evalúen criterios objetivos de salud física y mental de adultos transexuales que se han sometidos a intervenciones para cambiar de sexo, y que incluyan un grupo de control conformado por adultos transexuales que no se han sometido a este tipo de intervenciones. Esta es la única manera de probar la hipótesis de que las intervenciones para cambiar de sexo pueden causar más daños que beneficios a las personas que de otra manera se hubieran sometido solamente a la psicoterapia.

Conclusión

La disforia de género en menores de edad es un término que se usa para describir un estado psicológico en el cual un niño experimenta una marcada incongruencia entre el género que él o ella siente que es y el género vinculado a su sexo biológico. Los estudios realizados en gemelos idénticos demuestran que la disforia de género no es un rasgo congénito. Además, al margen de la afirmación social y de la intervención para cambiar de sexo en pre-púberes, del 80 al 95% de los niños con disforia de género aceptarán la realidad de su sexo biológico para finales de su adolescencia.

Los tratamientos de cambio de sexo para abordar la disforia de género infantil constituyen una experimentación a gran escala en menores de edad, así como su esterilización. Se trata de personas que, por razón de su corta edad, son cognitivamente incapaces de dar su consentimiento informado ni de comprender la magnitud y el largo alcance de sus decisiones. Este tipo de intervencionismo constituye, por lo tanto, un grave problema ético.

La ética por sí sola exige que se detenga de inmediato este tipo de intervenciones en menores de edad. El Colegio también recomienda el cese de la promoción de la ideología de género que se lleva a cabo por medio del plan de estudios en las escuelas y de políticas legislativas. La atención de la salud, el currículo de estudios y la legislación deben permanecer anclados en la realidad física. La investigación científica debe centrar su atención en una mejor comprensión de los problemas psicológicos de fondo de este desorden, en óptimas terapias familiares e individuales, y en establecer con claridad las diferencias entre los niños que resuelven el problema por medio de una supervisada espera, aquellos que lo resuelven por medio de intervenciones psicoterapéuticas y aquellos que persisten en él a pesar de dichas intervenciones.

Autora principal: Michelle Cretella, MD

Updated translation by Marcelo Lacayo, MD

Junio de 2017

El Colegio de Pediatras de EEUU es una asociación nacional de médicos y profesionales de la salud con licencia, que se especializan en la atención de recién nacidos, niños y adolescentes. La misión del Colegio es la de hacer posible que todos los niños alcancen un bienestar y salud óptimas a nivel físico y emocional.

Notas:

1. Shechner T. Gender identity disorder: a literature review from a developmental perspective. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2010;47:132-138.

2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed; 2013:451-459.

3. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2003;31:41-53.

4. Singal J. How the fight over transgender kids got a leading sex researcher fired. *New York Magazine*, Feb 7, 2016. Available at: <http://nymag.com/scienceofus/2016/02/fight-over-trans-kids-got-a-researcher-fired.html>. Accessed May 15, 2016.

5. Bancroft J, Blanchard R, Brotto L, et al. Open Letter to the Board of Trustees of CAMH; Jan 11, 2016. Available at: ipetitions.com/petition/boardoftrustees-CAMH. Accessed May 15, 2016.

6. Youth Trans Critical Professionals. Professionals Thinking Critically about the Youth Transgender Narrative. Available at: <https://youthtranscriticalprofessionals.org/about/>. Accessed June 15, 2016.

7. Skipping the puberty blockers: American “transgender children” doctors are going rogue; Nov 4, 2014. Available at: <https://gendertrender.wordpress.com/2014/11/11/skipping-the-puberty-blockers-american-transgender-children-doctors-are-going-rogue/>. Accessed May 15, 2016.
8. Brennan, W. Dehumanizing the Vulnerable: When word games take lives. Chicago: Loyola University Press, 1995.
9. Kuby, G. The Global Sexual Revolution: Destruction of freedom in the name of freedom. Kettering, OH: Angelico Press, 2015.
10. Jeffeys, S. Gender Hurts: A feminist analysis of the politics of transgendersim. NY: Routledge, 2014 (p. 27).
11. Forcier M, Olson-Kennedy J. Overview of gender development and gender nonconformity in children and adolescents. UpToDate; 2016. Available at: www.uptodate.com/contents/overview-of-gender-development-and-clinical-presentation-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents?source=search_result&search=Overview+of+gender+nonconformity+in+children&selectedTitle=2percent7E150. Accessed May 16, 2016.
12. Rametti G, Carrillo B, Gomez-Gil E, et al. White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *J Psychiatr Res* 2011;45:199-204.
13. Kranz GS, Hahn A, Kaufmann U, et al. White matter microstructure in transsexuals and controls investigated b diffusion tensor imaging. *J Neurosci* 2014;34(46):15466-15475.
14. Gu J, Kanai R. What contributes to individual differences in brain structure? *Front Hum Neurosci* 2014;8:262.
15. Reyes FI, Winter JS, Faiman C. Studies on human sexual development fetal gonadal and adrenal sex steroids. *J Clin Endocrinol Metab* 1973;37(1):74-78.
16. Lombardo M. Fetal testosterone influences sexually dimorphic gray matter in the human brain. *J Neurosci* 2012;32:674-680.
17. Campano A. [ed]. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Human Sexual Differentiation; 2016. Available at: www.gfmer.ch/Books/Reproductive_health/Human_sexual_differentiation.html. Accessed May 11, 2016.
18. Shenk, D. *The Genius in All of Us: Why everything you’ve been told about genetics, talent, and IQ is wrong*. (2010) New York, NY: Doubleday; p. 18.
19. Diamond, M. “Transsexuality Among Twins: identity concordance, transition, rearing, and orientation.” *International Journal of Transgenderism*, 14(1), 24–38.
20. Consortium on the Management of Disorders of Sex Development. *Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood*. Intersex Society of North America; 2006. Available at: www.dsdguidelines.org/files/clinical.pdf. Accessed Mar 20, 2016.
21. Zucker KJ, Bradley SJ. Gender Identity and Psychosexual Disorders. *FOCUS* 2005;3(4):598-617.
22. Zucker KJ, Bradley SJ, Ben-Dat DN, et al. Psychopathology in the parents of boys with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:2-4.
23. Kaltiala-Heino et al. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (2015) 9:9.

24. Zucker KJ, Spitzer RL. Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis Introduced into DSM-III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality? *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2005;31:31-42.
25. Roberts A. Considering alternative explanations for the associations among childhood adversity, childhood abuse, and adult sexual orientation: reply to Bailey and Bailey (2013) and Rind (2013). *Arch Sexual Behav* 2014;43:191-196.
26. Blom RM, Hennekam RC, Denys D. Body integrity identity disorder. *PLoS One* 2012;7(4).
27. Lawrence A. Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder. *Arch Sexual Behavior* 2006;35:263-278.
28. King CD. The meaning of normal. *Yale J Biol Med* 1945;18:493-501.
29. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sexual Med* 2008;5:1892–1897.
30. Bailey MJ, Tria K. What many transsexual activists don't want you to know and why you should know it anyway. *Perspect Biol Med* 2007;50:521-534. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17951886. Accessed May 11, 2016.
31. Sadjadi S. The endocrinologist's office—puberty suppression: saving children from a natural disaster? *Med Humanit* 2013;34:255-260.
32. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002;1(3):181–185.
33. Eyler AE, Pang SC, Clark A. LGBT assisted reproduction: current practice and future possibilities. *LGBT Health* 2014;1(3):151-156.
34. Schmidt L, Levine R. Psychological outcomes and reproductive issues among gender dysphoric individuals. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2015;44:773-785.
35. Jeffreys, S. The transgenering of children: gender eugenics. *Women's Studies International Forum* 2012;35:384-393.
36. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adolesc Health* 2009;45(3):216-221.
37. US Department of Health and Human Services. Nuremberg Code; 2015. Available at: www.stat.ncsu.edu/people/tsiatis/courses/st520/references/nuremberg-code.pdf. Accessed 5/15/16.
38. World Health Organization. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. Interagency Statement; 2014. Available at: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf. Accessed May 16, 2016.
39. Hayes, Inc. Sex reassignment surgery for the treatment of gender dysphoria. Hayes Medical Technology Directory. Lansdale, Pa.: Winifred Hayes; May 15, 2014.
40. Hayes, Inc. Hormone therapy for the treatment of gender dysphoria. Hayes Medical Technology Directory. Lansdale, Pa: Winifred Hayes; May 19, 2014.

41. Kennedy P. Q & A with Norman Spack: a doctor helps children change their gender. *Boston Globe*, Mar 30, 2008. Available at http://archive.boston.com/bostonglobe/ideas/articles/2008/03/30/qa_with_norman_spack/. Accessed May 16, 2016.
42. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Wall HA, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94:3132-3154.
43. Reardon S. Transgender youth study kicks off: scientists will track psychological and medical outcomes of controversial therapies to help transgender teens to transition. *Nature* 2016;531:560. Available at: www.nature.com/news/largest-ever-study-of-transgender-teenagers-set-to-kick-off-1.19637. Accessed May 16, 2016.
44. Keleman M. What do transgender children need? *Houstonian Magazine*, Nov 3, 2014. Available at: www.houstoniamag.com/articles/2014/11/3/what-do-transgender-children-need-november-2014. Accessed May 16, 2016.
45. Farwell S. Free to be themselves: Children's Medical Center Dallas opens clinic for transgender children and teenagers, the only pediatric center of its type in the Southwest. *Dallas Morning News*, Jun 4, 2015. Available at: <http://interactives.dallasnews.com/2015/gender/>. Accessed May 16, 2016.
46. De Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis, PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med* 2011;8:2276-2283.
47. Feldman J, Brown GR, Deutsch MB, et al. Priorities for transgender medical and healthcare research. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2016;23:180-187.
48. Tangpricha V. Treatment of transsexualism. *UpToDate* Available at: www.uptodate.com/contents/treatment-of-transsexualism?source=search_result&search=treatment+of+transsexualism&selectedTitle=1percent7E8. Accessed May 14, 2016.
49. Moore E, Wisniewski A, Dobs A. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88:3467-3473.
50. Dhejne, C, et.al. "Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden." *PLoS ONE*, 2011; 6(2). Affiliation: Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. Accessed 7.11.16 from <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016885>.
51. Clements-Nolle, K., et al. HIV prevalence, risk behaviors, health care use and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *Am J Public Health* 2001;91(6):915-21.
52. Kuhn, A., et al. Quality of Life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility* 2009;92(5):1685-89.
53. Burgess D, Lee R, Tran A, van Ryn M. Effects of Perceived Discrimination on Mental Health and Mental Health Services Utilization Among Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Persons. *Journal of LGBT Health Research* 2008;3(4): 1-14.

Notas explicativas de términos científicos usados:

[A]. La epigenética es el estudio de las variaciones en los rasgos físicos que son causadas por factores externos al ADN dentro de la personas o por el ambiente exterior a la persona. Estos factores afectan cómo las células

interpretan los genes, en vez de ser causados por la secuencia de los genes en el ADN. Ver (en inglés): <https://en.wikipedia.org/wiki/Epigenetics>.

[B]. Este síndrome resulta en la parcial o completa incapacidad de la célula de responder a las hormonas androgénicas que estimulan o controlan el desarrollo y la permanencia de las características masculinas fisiológicas. Ver (en inglés): https://en.wikipedia.org/wiki/Androgen_insensitivity_syndrome.

[C]. Es un desorden genético que causa en los varones una masculinización prematura, y en las niñas una masculinización que resulta en una genitalidad ambigua. Además, produce otros disturbios químicos. Ver (en inglés): https://en.wikipedia.org/wiki/Congenital_adrenal_hyperplasia.
