

Susan Evans · Marcus Evans



DISFORIA DE GÉNERO

Un modelo terapéutico
para trabajar con niños, adolescentes
y adultos jóvenes



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

SUSAN EVANS
MARCUS EVANS

DISFORIA DE GÉNERO

**Un modelo terapéutico para trabajar
con niños, adolescentes y adultos jóvenes**

Traducción: Francisco Campillo Ruiz

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:

GENDER DYSPHORIA

A Therapeutic Model for Working with Children, Adolescents and Young Adults

© 2021 Susan Evans y Marcus Evans

© 2021 Karnac Books Limited, Bicester, Oxfordshire, United Kingdom

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER S. A., 2025

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3293-5

Depósito Legal: BI-1705-2024

Impresión: Grafo S. A. - Basauri

Índice

Agradecimientos	11
Prólogo a la edición española de <i>Neri Daurella y Teresa Ribalta</i> .	13
Prefacio a la edición inglesa <i>David Bell</i>	17
Prólogo a la edición inglesa <i>Stephen B. Levine</i>	23

Primera parte

El contexto social

1. Por qué hemos escrito este libro	39
2. Tendencias sociales, culturales y políticas y sus efectos sobre el entorno clínico.	53
3. Destransicionadores	85

Segunda parte

Desarrollo y disforia de género

4. Desarrollo temprano dentro del contexto familiar	111
5. Separación-individuación y estados mentales fijos	131

6. Adolescencia	155
7. La excitación como defensa psíquica frente a la pérdida. . .	179

Tercera parte

Disforia de género y comorbilidad

8. El vínculo entre ideación suicida y disforia de género.	199
9. Pacientes con un trastorno de personalidad emocionalmente inestable y disforia de género en contextos de atención a la salud mental	217
10. Problemas de salud mental comórbidos y disforia de género	239

Cuarta parte

Teoría psicoanalítica, evaluación y dificultades técnicas en el abordaje terapéutico

11. Concepción psicoanalítica de la disforia de género	261
12. Evaluación y dificultades del abordaje terapéutico	287
Epílogo.	317

Apéndice

Términos prácticos psicoanalíticos y clínicos utilizados en el libro.	321
Bibliografía	325

Agradecimientos

En primer lugar nos gustaría darles las gracias a nuestros pacientes, que nos hicieron partícipes de sus pensamientos y sus sentimientos, y de los que hemos aprendido tantas cosas. También les estamos agradecidos a las personas que relataron públicamente sus experiencias únicas con la disforia de género.

Nos gustaría también darles las gracias a los terapeutas y compañeros de profesión que comparten sus experiencias relativas a su labor en este ámbito, lo que contribuye al tan necesario desarrollo de un corpus de comprensión y de conocimiento.

Les estamos agradecidos a las siguientes personas que generosamente han brindado su tiempo y sus conocimientos especializados para hacer posible la redacción de este libro: Annie Pesskin, Ian Williamson, Richard Stephens, Margot Waddell, Frances Grier y Ema Syrulnik, además de a nuestros compañeros de la SEGM, Sociedad para la Medicina de Género basada en la Evidencia.

Le estamos agradecidos a Kate Pearce de la empresa editorial Phoenix por ofrecerse a publicar este libro.

Prólogo a la edición española

Celebramos que, por fin, llegue a manos de los lectores de habla española este libro tan necesario, publicado por primera vez en Gran Bretaña en 2021. Un año antes de su publicación, en diciembre de 2020, la prensa británica se hizo eco de una noticia que nos impactó profundamente, como psicólogas clínicas con formación psicoanalítica influida por la escuela inglesa: El 12 de diciembre de 2020, *The Economist* publicó un editorial titulado “Primero, no hacer daño” con el subtítulo de “Otros países deberían aprender de un veredicto transgénero emitido en Inglaterra”. Este veredicto cuestionaba los tratamientos que se estaban aplicando a niños y adolescentes en el Servicio para el Desarrollo de la Identidad de Género (*GIDS*) de la Tavistock, una clínica que para nosotras estaba asociada a un modelo de abordaje psicodinámico y respetuoso con los pacientes (no en vano allí se inició la práctica de los grupos Balint).

Pronto nos enteramos de que bastantes profesionales de la Tavistock estaban cuestionando este giro de enfoque que se les estaba imponiendo para atender a los menores que consultaban por disforia de género. El portavoz de estos disconformes, el psicoanalista David Bell, dice en su prólogo a la edición inglesa que este libro lo escribieron dos de estos profesionales, Susan y Marcus Evans, antes de que el tribunal cuestionara la legalidad de administrar bloqueadores de la pubertad u hormonas cruzadas a los jóvenes que atendían en el Servicio.

En el grupo de trabajo del Colegio de Psicología de Catalunya, “Psicoanálisis y Sociedad”, invitamos a David Bell y a otros profesionales españoles de diferentes disciplinas a compartir su experiencia en este tema tan controvertido. En una jornada de reflexión sobre la cuestión trans en la infancia y la adolescencia que se celebró el 23 de octubre de 2021. <https://www.youtube.com/watch?v=p56VV6VQoss>

En nuestro contexto, la atención ofrecida en estos casos desde el sistema público de salud era similar a la que se ofrecía en el *GIDS* inglés: modelo afirmativo y rápido acceso a bloqueadores de la pubertad y hormonación cruzada, seguido en muchos casos de intervenciones quirúrgicas para cambiar la apariencia corporal (mastectomías, faloplastias, etc.). Los psicólogos que buscábamos un modelo de atención diferente tuvimos noticia de la publicación de este libro, que nos ofrecía un modelo terapéutico alternativo para trabajar con niños, adolescentes y jóvenes que acudían a la consulta psicológica por su malestar en relación con su identidad de género. No fue fácil lograr que una editorial española asumiera la responsabilidad de traducir y editar este libro, y por eso llegará a los lectores cuatro años después de su primera edición en inglés. Nunca es tarde si la dicha es buena.

Mientras tanto, el panorama ha cambiado bastante en Inglaterra. El Servicio Nacional de Salud inglés encargó a la pediatra Hillary Cass una revisión independiente de los servicios de identidad de género para niños y jóvenes. Tras cuatro años de exhaustivo trabajo, en abril de 2024 se publicó el llamado Informe Cass, que asume el cuestionamiento iniciado por los Evans, David Bell y otros críticos de la Tavistock. El informe concluye que no hay evidencia de que el tratamiento mediante bloqueadores de la pubertad y hormonas cruzadas ofrezca garantías de seguridad ni efectividad para niños y jóvenes que sufren malestar en relación con su género, ni de que mejore su salud mental o reduzca el riesgo de suicidio. Sugiere investigar las razones detrás del aumento exponencial de derivaciones a los servicios de atención a los malesares relacionados con la identidad de género, especialmente en chicas adolescentes con problemas mentales y sociales complejos, y explorar cuál puede ser la mejor manera de ayudarlas. Además, recomienda que estos menores reciban una atención holística similar a la requerida en otras áreas de la salud infanto-juvenil.

Sin embargo, hasta ahora, la falta de un modelo teórico clínico especializado ha dificultado la labor de los profesionales que trabajan con este grupo de pacientes en su práctica clínica. Este libro no sólo ofrece un modelo, sino que también proporciona una amplia visión multidimensional y estrategias prácticas novedosas para abordar los retos del tratamiento de la disforia de género.

Los autores presentan un modelo respaldado por una vasta experiencia clínica y por la psicoterapia psicodinámica. Este enfoque se mantiene neutral respecto a la decisión de hacer la transición, defendiendo la necesidad de ofrecer a los pacientes la oportunidad de explorar y comprender tanto sus razones conscientes como las que permanecen ocultas e inconscientes, que los llevan a rechazar el sexo biológico con el que nacieron.

Además, los autores proponen un enfoque exhaustivo para la evaluación, que, partiendo de un diagnóstico en profundidad, incluye el análisis de síntomas y traumas psicológicos, la evaluación de la estructura de la personalidad y de la comorbilidad, problemas psicosociales (como dificultades importantes en la relación con el padre o la madre o la convivencia con familiares con afecciones graves que afectan al funcionamiento familiar) y problemas ambientales y de funcionamiento global.

En cuanto al desarrollo, los autores diferencian entre la disforia de género que surge en la niñez temprana y la “disforia de género de inicio rápido” (DGIR) en adolescentes que anteriormente no mostraban signos de malestar. Argumentan que las predicciones basadas en el diagnóstico psiquiátrico durante la niñez y adolescencia no son fiables, ya que los menores cambian a medida que maduran. Recomiendan mantener abierto el proceso evaluativo hacia la adultez y afirman, basándose en su extensa experiencia clínica, que no se deben tomar decisiones a largo plazo, ni médicas ni sociales, fundamentadas en diagnósticos hechos en la niñez, incluso si estos parecen consistentes y persistentes. A través de descripciones y análisis de casos clínicos, demuestran que las personas pueden quedar estancadas en estados mentales y emocionales que evitan enfrentarse a la realidad. Estos estilos defensivos disociados o de “pensamiento concreto” centrados en el cuerpo, pueden llevar a la errónea creencia de que la transición puede eliminar el dolor psíquico y la confusión mediante el control del cuerpo.

El libro también ofrece una rica y condensada revisión de la concepción psicoanalítica aplicada a la disforia de género, incluyendo conceptos como las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, la identificación proyectiva de Melanie Klein y el concepto de continente-contenido de Bion. Se destacan también el duelo por la pérdida del *self* ideal, la triangulación y el papel del padre, así como los retos de afrontar las realidades dolorosas de la dependencia infantil y las diferencias entre los sexos y generaciones.

Finalmente, siguiendo la teoría psicoanalítica los autores enfatizan la experiencia vivencial de la transferencia y la contratransferencia en la relación paciente/terapeuta, lo cual ayuda a acceder a las defensas inconscientes frente a las verdades psíquicas dolorosas. Además, subrayan la importancia de la supervisión clínica como instrumento de apoyo fundamental para los profesionales que trabajan con pacientes que presentan pensamientos concretos o estados mentales disociados.

Así que, la publicación de la versión española no puede ser más oportuna. Basado en la amplia experiencia clínica de sus autores, este libro ilustra a aquellos que buscan profundizar en la complejidad del fenómeno, evitando los abordajes simplistas más propios de las guerras culturales o ideológicas que proliferan en torno a la disforia de género en la infancia y la adolescencia. Estos enfoques simplistas reducen las opciones del profesional de la psicología a una disyuntiva binaria, excluyente y iatrogénica: terapia afirmativa versus terapia de conversión. Bienvenida sea esta aportación a un enfoque holístico y reflexivo, que promueve una atención integral a niños, niñas, adolescentes y familias en tiempos de confusión y turbulencia.

Neri Daurella de Nadal

*Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Psicoanalista.
Miembro de la SEP- IPA y de IPR-IARPP.*

Teresa Ribalta Torrades

*Psicóloga especialista en Psicología Clínica.
Supervisora por la ISTFP. Directora de Fundación Orienta.*

Prefacio a la edición inglesa

Estoy escribiendo este prefacio justamente unas pocas semanas después de que saliera el resultado de la revisión judicial para llegar a una resolución respecto de la legalidad de la prescripción de los fármacos conocidos como “bloqueadores de la pubertad” a niños y adolescentes. La sentencia falló en favor de las denuncias contra la Tavistock & Portman NHS Foundation Trust y el University College Hospital, dictaminando que es sumamente improbable que los menores de edad sean capaces de dar un consentimiento informado para la administración de bloqueadores de la pubertad para el tratamiento de la disforia de género. La sentencia fue necesariamente limitada respecto de su ámbito de aplicación, pero sus consecuencias más amplias son muy considerables. La lectura del fallo judicial, incluso en mi condición de persona que ha estado profundamente implicada en esta cuestión durante algunos años, todavía tiene el efecto de dejarme impresionado respecto de cómo es posible que un “tratamiento” para el que no disponemos de ninguna evidencia sólida y fiable, para el que los menores no pueden dar ningún consentimiento razonable (debido a su edad, y también a la falta de cualquier hecho o prueba sobre cuya base pudiera otorgarse razonablemente dicho consentimiento) y que tiene unas consecuencias tan dañinas, pueda haber sido aplicado y proseguido durante un período tan largo y pueda haber tenido un éxito semejante desde la perspectiva de la captura profesional e institucional por parte de los grupos de presión.

En un artículo titulado “¿Está Inglaterra entrando FINALMENTE en razón respecto de la locura transgénero?”, publicado en el *Mail on Sunday* el 3 de marzo de 2019, escribe James Kirkup:

Durante una carrera parlamentaria que empezó como joven investigador de la Cámara de los Comunes 25 años atrás, jamás me había encontrado con un movimiento que se haya propagado tan rápidamente y con tanto éxito, y que haya rechazado tan ferozmente cualquier cuestionamiento a su ortodoxia... El movimiento transgénero ha ido avanzando a lo largo de todas las instituciones británicas a una velocidad extraordinaria. La única cosa más extraordinaria que la vertiginosa difusión de esta nueva ortodoxia es la tan escasa investigación por la que ha tenido que pasar y la intolerancia agresiva dirigida contra todas aquellas personas que se atreven a cuestionarla.

Cómo se llegó a imponer esta casi hegemonía constituye una historia extraordinaria y es un relato con el que tendremos que lidiar durante mucho tiempo.

Este libro, escrito antes de que se conociera oficialmente el resultado de la revisión judicial, es obra de dos profesionales clínicos que se han mantenido firmes frente al intento de silenciar cualquier debate que ha venido caracterizando a este ámbito de atención sanitaria. Susan Evans, ya en una fecha tan lejana como el año 2005, formuló algunas preocupaciones muy serias con respecto al tratamiento que llevaba a cabo el Servicio para el Desarrollo de la Identidad de Género (GIDS) de la Tavistock. En 2019, un número importante de empleados que trabajaban en el servicio procedieron a ponerse en contacto conmigo, en mi papel de delegado de personal en el consejo de administración de la Fundación. Lo hicieron con el fin de plantear algunas preocupaciones éticas y clínicas muy graves respecto del servicio. Sobre esta base redacté un informe con objeto de trasladar estas preocupaciones a la atención urgente de la Fundación. Estas preocupaciones incluían la falta de un consentimiento adecuado por parte de los pacientes y los familiares, intimidación hacia los empleados, injerencia inadecuada en el servicio por parte de grupos de presión altamente politizados, hacer caso omiso de las preocupaciones manifestadas por los padres, y falta de apoyo a los menores de edad quienes, por diversas razones (por encima de todo la homofobia inter-

nalizada), se mostraban incapaces de aceptar que se sentían atraídos por su mismo sexo (lo que para ellos significaba erróneamente que eran “trans”). Todos estos problemas respecto del servicio giraban en torno a una única cuestión central –la ausencia de una actitud clínica adecuada (el servicio había adoptado el modelo de la afirmación de género, en lugar de la neutralidad). La Fundación respondió a este informe tratando de negar su importancia y desautorizando a las personas que habían formulado las preocupaciones. Esto generó la dimisión de Marcus Evans de la junta directiva, una decisión honesta y motivada por sus principios.

Es preciso poner estos hechos dentro de contexto. Durante aproximadamente los últimos diez años venimos presenciando un incremento exponencial en el número de niños y de adolescentes que se presentan en los servicios clínicos alegando disforia de género, pero disponemos de escasos conocimientos y comprensión respecto de los factores que subyacen a este fenómeno. Aun así, creo que podemos afirmar con un cierto grado de fiabilidad que dicho fenómeno debe ser el resultado de la combinación singular de una propensión interna y una transformación cultural. Vimos algo similar muchos años atrás con el inesperado aumento vertiginoso de personas que sufrían el “síndrome de los recuerdos falsos”.

En los años 80 del pasado siglo, de una chica que manifestara sentir una profunda aversión hacia su condición de mujer, que se vistiera con ropa masculina y se cortara el pelo como un chico, se podría haber pensado que era un tanto rara. Si sus padres y su vecindario fueran razonablemente tolerantes y abiertos de mente, se la podría haber considerado como una chica poco femenina (*tomboy*). Muchas de estas chicas acabarían más adelante reconociéndose como lesbianas, algunas de las cuales seguirían pareciendo más masculinas y otras no. También había quienes dejarían atrás esta fase de su desarrollo y se convertirían en unas mujeres heterosexuales más convencionales. Pero absolutamente nadie habría pensado de una chica de tales características que “*en realidad* era un chico”. Sin embargo, si esta misma chica hubiese nacido treinta años después y manifestara una conducta similar en el mundo de hoy en día, correría el peligro de que la “afirmaran” de inmediato como varón, procediendo a tomar hormonas del sexo contrario y sometándose a procedimientos

de cirugía mayor tales como mastectomía, extirpación de los órganos sexuales y creación de un pene artificial.

Este libro realiza una contribución muy importante a nuestra comprensión de la disforia de género. Si bien durante los últimos años han visto la luz varios artículos especializados excelentes, además de algunos textos consagrados a este tema, el presente libro es único en lo relativo a aportar una concepción amplia y profunda del fenómeno de la disforia de género, junto con un modelo clínico psicoanalítico de trabajo. Además de ofrecer una explicación general del fenómeno de la disforia de género, los autores nos introducen de lleno en las profundidades de la situación clínica. En el texto ponen de manifiesto cómo la adopción de una actitud clínica adecuada (basada en una concepción psicoanalítica) puede facilitar un contexto que permita abordar y comprender el complejo mundo interno de estos jóvenes. Dicha actitud no supone afirmación ni oposición, sino una forma de neutralidad profundamente implicada que sienta las bases para el establecimiento de un compromiso real, meditado y razonado. Me acuerdo de un paciente mío al que un amigo le preguntó en qué consistía psicoanalizarse. “Bueno”, respondió el paciente, “es como tener a alguien a tu lado... pero *sin* ponerse de tu lado... eso último sería algo totalmente diferente”. Es esta diferenciación, esencial para la relación con un profesional de la salud mental (sea un terapeuta, enfermero o médico) la que ha venido dejándose de lado con unas consecuencias tan catastróficas en la mayoría de los servicios clínicos que tratan a niños y adolescentes que presentan estos problemas. Supone obviamente un pesar enorme para mí que la Clínica Tavistock, renombrada por la profundidad de su compromiso psicoanalítico, tanto a nivel de la labor clínica realizada como del pensamiento desarrollado acerca de consideraciones culturales más amplias, se haya convertido en rehén de esta “irreflexividad”, que genera un daño a los menores de edad y al prestigio de la Fundación.

Tratar de pensar detenidamente acerca de estos hechos a la vez que estando atrapado en ellos no es tarea fácil y el presente libro, fruto de esta larga y ardua labor, es ejemplar en su rigurosidad y minuciosidad. El texto aportará una valiosa fuente para los profesionales que trabajan con personas que manifiestan su sufrimiento a través de una perturbación en la relación entre su mente y su cuerpo sexuado.

Y dado que los autores logran hablar de esta compleja cuestión de una forma que será comprensible para los que no sean expertos, sin hacer concesiones ni simplificar las cosas, revestirá un interés considerable para quienes, pese a no estar directamente implicados en trabajar con personas que padecen disforia de género, aspiren a comprenderla en profundidad.

—*David Bell, psiquiatra consultor y antiguo presidente
de la Sociedad Psicoanalítica Británica*

Prólogo a la edición inglesa

A lo largo de los últimos cuarenta años en la mayoría de las culturas se ha establecido firmemente una nueva categoría socio-psicológica de identidad de género. La identidad trans, que anteriormente era un fenómeno completamente oculto, comenzó a evolucionar en 1948 cuando el endocrinólogo Harry Benjamin publicó un libro sobre su terapia de feminización hormonal de adultos varones. Cinco años después, Christine Jorgensen apareció en los titulares de la prensa de todo el mundo a raíz de saberse que este soldado norteamericano se había hecho extirpar los genitales en Dinamarca y regresó a Estados Unidos como mujer. Durante las tres décadas siguientes, a los hombres y mujeres que querían cambiar de “sexo” se los denominaba transexuales.

Hoy en día las comunidades transgénero son mucho más diversas en lo relativo a su edad de presentación, su sexo biológico de nacimiento y sus aspiraciones. Los jóvenes que se identifican con el sexo contrario, y a los que se solía conocer como marimachos y mariquitas, están siendo percibidos de una forma diferente. Se ha producido un aumento fulminante en el número de jóvenes que nunca antes se habían reconocido como adolescentes de género atípico y que ahora se identifican como trans. Se estima que entre el 1-2% de los adolescentes y adultos han modificado sus cuerpos con hormonas y cirugía o están considerando la posibilidad de hacerlo. Algunos aspiran únicamente a tomar hormonas, otros quieren definir su género de manera

diferente combinando características masculinas y femeninas de una forma única, también hay quienes rechazan totalmente las categorías de género y finalmente están los que se sienten indecisos respecto de su identidad de género actual y futura. Los profesionales diferencian ahora entre quienes aspiran a vivir como personas del sexo opuesto –la población de género binario– y el grupo cada vez más extendido que quiere otra cosa –la población de género no binario. No sólo ha cambiado la sociedad, también lo han hecho las formas de expresión de la incongruencia o discordancia de género.

La percepción de las organizaciones de salud mental respecto de los fenómenos trans ha evolucionado desde la concepción que tenía el DSM de 1983 de la transexualidad como una psicopatología, a las declaraciones actuales de las organizaciones psiquiátricas y psicológicas respecto de que ninguna modalidad de identidad de género constituye una anormalidad psicológica inherente. A pesar de ello, el DSM-5 de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) incluye el diagnóstico psiquiátrico de “disforia de género” para aquellas personas que se sientan perturbadas por la discordancia entre su cuerpo (sexo biológico) y su identidad de género (sexo psicológico). Dicha contradicción institucional interna se deriva del hecho de que las políticas organizativas específicas son el resultado de la existencia de pequeños comités psiquiátricos; el mismo fenómeno tiene lugar dentro de las sociedades psicológicas, pediátricas y endocrinológicas. Estas políticas institucionales han alarmado a los miembros de algunas familias, quienes consideran que el hecho de que su descendiente, su cónyuge o su progenitor se defina como trans constituye una indicación de la necesidad de recibir tratamiento psiquiátrico, más que de una afirmación y transición de género. Tanto estas personas como los profesionales sanitarios que los atienden recurren a la ciencia en busca de respuestas. Sobre la base de las políticas institucionales, muchos profesionales clínicos dan por sentado que la ciencia ya ha determinado cuál es el mejor enfoque. Puede que se sorprendan al saber que, si bien la afirmación de género, la transición de género, las terapias hormonales y la cirugía están ampliamente aceptadas, la base científica para establecer una definición o tipificación continúa estando poco clara. Cientos de estudios transversales han confirmado la presencia de elementos problemáticos a nivel social y de salud mental en todas las fases de la transición de género, pero el

número de las clínicas de afirmación de género continúa aumentando. Si bien algunas publicaciones recientes reconocen las consecuencias inciertas a largo plazo para los menores, adolescentes y adultos que han sido afirmados en su autodeterminación de género, estos autores identifican habitualmente unos resultados positivos a pesar de las muchas limitaciones metodológicas reconocidas (Bränström & Pachankis, 2019; Costa *et al.*, 2015). Irónicamente, al día siguiente de escribir esta última declaración el *American Journal of Psychiatry* publicó una revisión de los datos de Bränström y Pachankis (2019) a raíz de recibir numerosas cartas al editor. La conclusión principal de los autores respecto de que la cirugía afirmativa de reasignación de género mejora la salud mental fue retirada (Kalin, 2020).

Los profesionales clínicos se preguntan por qué después de transcurrido más de medio siglo de cuidados y atención sanitaria a las personas trans, esta especialidad organizada a nivel internacional jamás ha llegado a un acuerdo respecto de cómo hacer una evaluación completa de los resultados y/o las consecuencias a nivel psicológico, social y médico. Tres preguntas específicas continúan sin encontrar respuesta:

1. ¿Cuánto tiempo debería transcurrir después de una intervención afirmativa para poder realizar dicha evaluación de resultados?
2. ¿Qué medidas de resultados deberían utilizarse?
3. ¿Cuál sería un grupo apropiado de control?

La falta de certeza científica ha posibilitado que sean otros factores los que determinen la dirección de los cuidados trans y las respuestas culturales a los mismos.

Posicionamientos dentro de la guerra cultural

Las sociedades modernas están enzarzadas en una guerra cultural acerca de este tema. Si bien esta batalla tiene altibajos junto con las noticias que le hacen la competencia en los medios de comunicación, la preponderancia del enfoque de cambiar o corregir el cuerpo es evidente. Los fenómenos transgénero suscitan fácilmente y de inmediato unas reacciones emocionales intensas. Tales pasiones, que constituyen

la antítesis de las apreciaciones científicas objetivas, se derivan de ocho fuentes humanas, clínicas y científicas que se solapan entre sí. Su confluencia hace que sea difícil juzgar su contribución relativa a cómo perciben las personas o instituciones la atención sanitaria trans.

1. La fascinación por el cambio de sexo. La intrigante pregunta: “¿Se puede cambiar de ‘sexo’?” viene siendo explorada en las artes, donde durante siglos hombres y mujeres han sido representados bajo la apariencia del sexo opuesto en el ámbito de la comedia, el drama, la danza, la ópera y la música popular. Actualmente comprendemos mejor que, en el sentido biológico básico, el sexo no se puede cambiar, pero la presentación externa o expresión de género sí, con ayuda médica o sin ella.
2. Sensibilidades políticas. La derecha puede considerar el transgenerismo como algo inmoral y peligroso para la salud de la sociedad, y contemplar los estudios y los servicios clínicos con escepticismo. La izquierda puede ver el transgenerismo como una búsqueda valiente de la propia autodeterminación personal, como un derecho civil y como otro movimiento social encomiable para eliminar la discriminación, y contemplar los estudios y los servicios clínicos desde una óptica positiva.
3. Sensibilidades religiosas. Dichas actitudes se derivan de supuestos teológicos y pueden asemejarse a una u otra de las dos grandes ideologías políticas mencionadas en el apartado anterior. En los Estados Unidos, las instituciones religiosas más ruidosas o propagandistas tienden a inclinarse hacia la derecha política.
4. Sensibilidades relacionadas con la orientación sexual. La pertenencia a la comunidad heteronormativa o bien a las minorías sexuales puede influir en la incomodidad o la aprobación ante el fenómeno transgénero.
5. Sensibilidades intuitivas. Cuando las personas no son ni religiosas ni políticas, pueden tener una especie de “instinto visceral” respecto de que se debería apoyar o recelar del fenómeno trans. Dichas sensibilidades aparecen reflejadas de la mejor forma a través de los distintos grupos de edad; las personas más jóvenes y las más mayores tienen experiencias vitales diferentes en las que basar sus intuiciones.

6. Experiencia clínica personal. El equipo encargado de la redacción de la 7ª edición de las *Normas de Atención para la Salud de las Personas Transexuales, Transgénero y Disconformes con su Género*, publicadas por la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH), redujo la importancia de una evaluación exhaustiva y detallada de las comorbilidades psiquiátricas a la hora de decidir el siguiente paso a dar (Coleman *et al.*, 2011). Se daba por sentado que los adultos y los adolescentes más mayores sabían mejor que nadie lo que había que hacer, pese a sus frecuentes comorbilidades psiquiátricas. Esta normativa disminuyó la frecuencia de experiencias clínicas desagradables entre los pacientes que querían recibir un servicio transicional de inmediato y los profesionales clínicos, conscientes de la directriz ética de “Lo primero, no hacer daño” (*Primum non nocere*) y que pensaban que sería prudente analizar detenidamente la situación. Dependiendo de las actitudes de los pacientes hacia estos profesionales clínicos y del conocimiento de los profesionales respecto de los resultados o las consecuencias para sus pacientes, el personal clínico podía adoptar una actitud positiva o negativa.
7. Informes clínicos de profesionales innovadores. Los estudios de resultados aplicados a los tratamientos transgénero se componen habitualmente de series de casos retrospectivos sin grupos de control. Alentados por estos pioneros, otros profesionales empezaron a ofrecer cuidados y formaron grupos nacionales e internacionales de especialistas para informar de sus experiencias. Con el tiempo, los grupos que inicialmente tenían la función de compartir conocimientos respecto de cómo ayudar a estas personas, se convirtieron en activistas defensores de su terapia especializada específica, enseñando a los profesionales más jóvenes cómo atender a estos pacientes. Una vez que los profesionales facilitan la transición de género, tienden a creer que están favoreciendo unas vidas felices, exitosas y productivas.
8. Estudios científicos. Los estudios grupales demuestran unos rasgos particulares a diferencia de los estudios individuales. Se da por supuesto que la prioridad de los datos científicos es preponderante, pero a veces se ignora. Por ejemplo, la totalidad de once estudios ha demostrado los elevados porcentajes de desistimiento

en los jóvenes trans, pero un comité de pediatras elaboró una normativa para apoyar la transición de género en jóvenes estudiantes de instituto [9° a 12° curso en el Reino Unido, edades comprendidas entre los 14 y los 17 años] (Cantor, 2020). Es preciso estudiar más y entender mejor las fuerzas que determinan la interpretación de los estudios y que generan las políticas normativas.

Fundamento científico de las intervenciones médicas para las personas transgénero

Los principios de la medicina basada en la evidencia clasifican las series de casos no controlados y la opinión de los expertos como el elemento menos fiable dentro de su jerarquía de validez. Son muchas las preguntas en todos los ámbitos de actuación que no han sido respondidas mediante unos procesos científicos reconocidos. La voluntad reciente de ofrecer rápidamente afirmación social y hormonas se deriva de la felicidad y la esperanza respecto del futuro observadas en los receptores. Queda pendiente una cuestión ética preocupante: ¿la felicidad a corto plazo del paciente constituye una justificación suficiente para la afirmación de género dados los problemas basados en datos observacionales y empíricos respecto de las consecuencias a largo plazo? Más específicamente, ¿los servicios transicionales les permiten a los pacientes tener unos mayores beneficios a nivel social, psicológico, económico, vocacional y de salud física? La intensidad de la preocupación ética es mayor cuanto más joven sea el paciente. A pesar de que hasta la fecha los datos de que disponemos no son extraordinariamente positivos, las terapias transicionales están aumentando. No existen unos planes internacionales coordinados para identificar mejores formas de responder a estas preguntas.

Ciencia versus activismo

Existen unas diferencias fundamentales entre la ciencia clínica y el activismo. La ciencia representa el compromiso de formular preguntas que se responderán con la ayuda de unos parámetros predefinidos de mediciones, con el fin de generar unos datos objetivos. Los métodos pueden y deben variar para poder establecer un hecho.

Sus procesos se benefician de la duda, el escepticismo y la valoración crítica tanto antes como después de su publicación. Los hallazgos requieren de una replicación, el perfeccionamiento de las preguntas siguientes y mejoras en los métodos de medición. A pesar del hecho de que en la ciencia clínica rara vez se alcanza la certeza, idealmente los estudios de tales características deberán preceder a la defensa pública.

Por contraste, la defensa pública empieza por tener un objetivo social en mente. Los profesionales de la salud mental están llamados éticamente a defender y apoyar. Por ejemplo, tratamos de desestigmatizar el trastorno por consumo de alcohol enfatizando que se trata de un problema crónico de adicción que tiene una base cerebral, o abogamos por la obtención de mayores subvenciones para ayudar a las personas con enfermedades mentales graves. Todas las modalidades de defensa presentan hechos para respaldar un objetivo. El activismo ignora la evidencia de signo contrario. No ve con buenos ojos el escepticismo; tiende a estar seguro de que el objetivo que se pretende permitirá acceder a un bien mayor. Ni el activismo ni la ciencia están libres de influencias políticas. Si bien toda ciencia médica y de la conducta es filosóficamente una búsqueda de la verdad, sus diferentes partes interesadas valoran la evidencia de una forma diferente.

Evidencia de una desadaptación continuada

Numerosos estudios transversales han demostrado que la salud mental, la salud física y el bienestar educativo, vocacional, social y económico de la población trans son elementos problemáticos, en comparación con la población general (Dhejne *et al.*, 2016). Las personas transgénero son descritas frecuentemente como un grupo marginado vulnerable con grandes desigualdades a nivel de salud, que se enfrentan a una serie de barreras importantes para acceder a la atención sanitaria (Ard & Keuroghlian, 2018). Estudios realizados en diferentes países han encontrado una prevalencia elevada de ideación suicida, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de alimentación, violencia doméstica y suicidio entre los sujetos transgénero. No se han establecido diferenciaciones consistentes entre los hombres trans, las mujeres trans y los grupos de género no binario. Un estudio registral nacional de 2011 de todas las personas de nacionalidad sueca que se

sometieron a cirugía transicional a lo largo de un período de treinta años documentó un aumento de las tasas de mortalidad, incidencia de cáncer y enfermedades cardiovasculares, delincuencia, intentos de suicidio y suicidio consumado, en comparación con los controles de ambos sexos apareados por edad (Dhejne *et al.*, 2011). La reducción de la esperanza de vida y la elevada incidencia de suicidios quedaron demostrados en un estudio de treinta años realizado en Dinamarca (Simonsen *et al.*, 2016) y en una revisión ulterior de la experiencia de Suecia (Suecia, Junta Nacional de Salud y Bienestar Social, 2020). A nivel mundial, la incidencia del sida entre las mujeres trans económicamente pobres es llamativamente más elevada que en la población general.

Los tratamientos afirmativos se han venido aplicando en base a suponer que estas indicaciones de vulnerabilidad se explican en gran medida por los prejuicios sociales, el estrés asociado a la condición de minoría sexual y la desconfianza de las comunidades trans hacia los profesionales sanitarios. Los profesionales afirmativos albergan la esperanza de que, a medida que el mundo se vaya volviendo más amigable con las personas trans, el sufrimiento de este grupo disminuirá. Prefieren ver la identidad trans en cualquier edad como el despliegue del verdadero yo inmutable. Existen dos hipótesis que raramente se mencionan:

1. La identidad trans constituye un síntoma de un proceso evolutivo problemático subyacente.
2. Independientemente de la forma como finalmente se establezca, la identidad trans genera una nueva relación sintomática preocupante con la propia persona, con los demás y con los cometidos del desarrollo.

Estas hipótesis confluyen en sugerir que la génesis de la identidad trans reside en el interior de la persona, pero que los obstáculos externos reales para una adaptación satisfactoria se derivan de las consecuencias de la decisión de hacer la transición de género. Lo más que los defensores de la causa trans llegan a aproximarse a esta idea es su noción de que los fenómenos trans tienen su origen en unos procesos biológicos embrionarios, idea que todavía está en proceso de encontrar una evidencia convincente.

Disforia de género: un modelo terapéutico para trabajar con niños y adolescentes

Este libro supone una contribución sumamente positiva al debate cultural profesional respecto del tratamiento de los menores trans. Ofrece un potente argumento, particularmente en favor de un debate político internacional sobre el tratamiento que debe darse a este problema. El texto sugiere escepticismo en relación con la sabiduría clínica y social de la rápida ayuda hormonal y apoyo interpersonal para los niños y adolescentes que quieren habitar el género del sexo opuesto. Los autores ofrecen una guía para los terapeutas que piensan que es prudente y ético escudriñar y esclarecer las razones conscientes, socialmente ocultas, e inconscientes que mueven a los pacientes que repudian el sexo biológico con el que han nacido. Los autores ven la identidad trans como una solución y les piden a las demás personas que consideren cuál sería el problema que se está resolviendo mediante esta redefinición radical del *self*. Son agudamente conscientes de las dificultades que afrontan los profesionales de la salud mental al sugerir un proceso prolongado de exploración para esclarecer esta importante cuestión. En el contexto actual, los profesionales clínicos (o el paciente, los padres, los hermanos) que reaccionan alarmados respecto de la identidad trans son tachados de transfóbicos. Esto pudiera parecer algo negativo. Pero una lectura detenida de estos capítulos pondrá de manifiesto que dicha alarma, en lugar de ser deplorable, es razonable.

A los profesionales clínicos se les permite preocuparse por las consecuencias a largo plazo para estas personas y sus familiares. Las identidades transgénero han sido separadas y disociadas de las características de los otros diversos y numerosos aspectos de la identidad que es bien sabido que evolucionan con el tiempo (Levine, 2020). Estas identidades trans son presentadas como un caso especial que requiere una pericia y habilidad clínica que no se encuentra entre los profesionales tradicionales de la salud mental debidamente formados y experimentados tales como los autores de este libro. Dichas identidades requieren unos profesionales que tengan unas determinadas creencias ideológicas, respecto de las cuales el escepticismo no es una actitud que se valore ni acepte de buen grado. El desarrollo psicológico y sus consecuencias intrapsíquicas no han cambiado durante los últimos

veinte años, pero sí lo ha hecho la forma de concebirlos y de abordarlos. Actualmente, interferir en los diferentes aspectos del desarrollo biológico, social, psicológico y sexual mediante la administración de hormonas que bloquean la pubertad, hormonas del sexo contrario y la cirugía en adolescentes está justificado por el principio del respeto a la autonomía del paciente. Estas intervenciones se están aplicando a pesar de que por edad, maduración, sintomatología psiquiátrica y la existencia de adversidades notorias pasadas, puede que los pacientes y sus familiares no sean capaces de tomar seriamente en consideración los riesgos que están asumiendo.

Los defensores de la comunidad trans enarbolan un argumento persuasivo. Antes de 1973, la sociedad y su representante, la profesión de la salud mental, veían a los hombres y mujeres homosexuales como personas mentalmente enfermas, con gran perjuicio para ellas. Le correspondió a la ciencia acabar con esta percepción. Los defensores trans alegan que las personas que ahora se muestran escépticas están simplemente repitiendo lo que la sociedad proclamaba antaño respecto de las personas homosexuales. El objetivo de los defensores de la causa trans, de forma similar a la causa homosexual, es el de hacer que el mundo sea un lugar seguro para las personas trans, independientemente de que sean binarios o no binarios. Ven el aplazamiento de las intervenciones físicas con objeto de poder hacer psicoterapia como una forma de denegar un tratamiento que ya ha demostrado ser altamente eficaz en lo relativo a aliviar el dolor asociado a la disforia de género. Según mi experiencia, la mayoría de los profesionales clínicos están a favor de los derechos civiles y la igualdad de oportunidades para las personas trans, a pesar de su preocupación respecto de los tratamientos hormonales a edades tempranas.

Sugiero no perder de vista diez cuestiones durante la lectura de este enfoque terapéutico

1. ¿Se puede nacer con el sexo equivocado? Esta es una pregunta relativa a la etiología que, en este momento dentro de la historia de la psiquiatría, sería un tanto académica y teórica, dado que es bien sabido que la mayoría de los fenómenos mentales y conductuales vienen establecidos por la biología, la psicología individual, las relaciones interpersonales y la cultura.

2. ¿La identidad de género es algo inmutable? Una pregunta relacionada sería: ¿la interpretación y la calificación personal de la propia identidad a lo largo del continuo masculino-femenino están sujetas a la evolución personal de por vida? ¿Qué debemos pensar cuando escuchamos a un profesional sostener que un menor de preescolar que prefiere jugar como miembro del sexo opuesto conoce su identidad futura?
3. ¿La identidad de género y la orientación sexual son fenómenos separados que no se influyen entre sí? Mientras que la ideología trans proclama que sí lo son, es fácilmente reconocible que existen manifestaciones frecuentes propias del sexo contrario dentro de las minorías sexuales.
4. ¿En qué momento la parafilia entraría a formar parte del cuadro clínico trans? Tanto la orientación sexual como la identidad de género desempeñan un papel en la determinación del tercer componente de la identidad sexual: la intención, respecto de la cual la mayoría de los investigadores y de los profesionales clínicos guardan silencio. La intención alude a cómo la persona se imagina o se comporta con una pareja sexual; el modelo convencional es el de una reciprocidad pacífica; el modelo peculiar y a veces obligado para sentirse excitado es un modelo parafilico. Las fantasías y conductas parafilicas, particularmente las de tipo sado-masoquista, forman parte integrante de los procesos evolutivos adolescentes de muchos sujetos de cualquier orientación sexual o identidad de género. La sexualidad parafilica es relevante debido a que cuestiona la viabilidad a largo plazo de la vida en pareja, lo que constituye una de las dificultades adultas de las personas transgénero (Levine, 2016).
5. ¿Toda identidad de género constituye una variante normal de la identidad sexual, como asevera la ideología trans? Si no se permite pensar en estas identidades como algo desadaptativo, es decir, predisponente a desarrollar unas consecuencias adversas, es preciso encontrar otra explicación para la presencia de una mayor incidencia de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, abuso de sustancias, ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios consumados, trastornos de la alimentación, otras modalidades de conductas autolesivas y muerte prematura en

las poblaciones trans. Se alude a las comunidades trans con el calificativo de vulnerables y marginados.

6. ¿La afirmación de género previene el suicidio? La tasa de suicidios consumados y la presencia de ideación suicida son más elevadas en las poblaciones trans que en otras minorías sexuales y en las personas convencionales. La medida en la que ello es así varía de un estudio a otro (McNeil, Ellis & Eccles, 2017). La vasta mayoría de personas trans no se suicidan, aunque la mayoría puede haberlo pensado alguna vez. Cuando un profesional clínico les pregunta a los padres: “¿Preferiría tener una hija viva a un hijo muerto?” no está hablando a partir de una base de conocimientos. En la aplicación del principio médico ético de la honestidad, el conocimiento científico –no la ideología social ni política– es la base correcta para fundamentar lo que los profesionales clínicos les comunican a los pacientes y a sus familiares.
7. ¿Qué han puesto de manifiesto los estudios aleatorizados, prospectivos, controlados, respecto de la eficacia de las hormonas bloqueadoras de la pubertad administradas a los preadolescentes y las hormonas del sexo contrario administradas a los adolescentes o adultos? La explicación habitual para la ausencia de estos datos es que no sería ético privar de un tratamiento eficaz a estas personas sufrientes que creen firmemente que estas intervenciones médicas les ayudarán. Los estudios complejos son costosos, tardan años en llevarse a cabo, incluyen a un equipo de profesionales y requieren de una relevancia y una necesidad ampliamente admitidas.
8. ¿Qué se sabe respecto del resultado de las psicoterapias aplicadas a los menores y los adolescentes que se autodefinen como trans? Los capítulos especializados de este libro que hablan de un desarrollo intrapsíquico sumamente defensivo ofrecen evidencia de que algunas psicoterapias pueden posibilitar que algunos de estos pacientes decidan desistir de adherirse a una identidad trans. Aquellos de entre nosotros que tenemos fe en el beneficio derivado de una labor semejante, al margen de cuál sea la decisión última del paciente respecto de su expresión de género, no disponemos de datos convincentes en apoyo de nuestra creencia. Adoptamos la misma actitud de fe que tienen quienes están a

favor de los tratamientos hormonales inmediatos, en lo referente a cuál debería ser el primer paso más apropiado.

9. ¿La ideología psiquiátrica del terapeuta juega algún papel en relación con los resultados a corto plazo? No se debe confundir el psicoanálisis propiamente dicho con lo que se describe aquí. Los autores nos ofrecen descripciones respecto de cómo entendieron la mentalidad defensiva y cómo les hablaron a los pacientes para darles la libertad de ser más honestos y expresar con más claridad lo que pensaban, sentían y deseaban. Los estudios indican que la ideología del terapeuta es menos importante en lo relativo a generar un resultado positivo a corto plazo que la calidad de la relación con el paciente. La calidez, amabilidad, ausencia de hostilidad y captación de lo que el paciente está diciendo y sintiendo parecen predisponer a obtener mejores resultados. La percepción profunda o *insight* es crucial (Hogland, 2018). La ideología de estos autores es de utilidad. Les permitirá a algunos terapeutas revisar su labor y trabajar su contratransferencia de una forma más provechosa. Ayudará a los padres a entender qué es lo que puede estar pasando en las sesiones de terapia de sus jóvenes retoños. Las historias de casos pueden despertar los recuerdos de algunos pacientes y darles esperanzas respecto de que se les puede ayudar a estar mejor equipados para afrontar su futuro.
10. ¿Existe una normativa definida que deba cumplirse antes de poder recomendar la transición de género, el tratamiento hormonal o la cirugía? El valor de la investigación controlada es la definición minuciosa de los criterios de inclusión y de exclusión. La labor clínica es más subjetiva y requiere tener confianza en los juicios clínicos de los profesionales respecto de la salud mental. Dado lo que los autores de este libro y otros profesionales han observado acerca de las recomendaciones y directrices que figuran en internet respecto de cómo realizar la evaluación, debemos mantener ciertas dudas en relación con nuestros juicios.

Sean bienvenidos a los aspectos profesionales de las guerras culturales más amplias que se están librando en la sociedad actual.

—*Stephen B. Levine, MD, profesor clínico de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Case Western Reserve University*