

Artículo

La psicología ante la disforia de género, más allá de la ideología *queer*

Marino Pérez Álvarez^{ORCID} y José Errasti^{ORCID}

Universidad de Oviedo, España

INFORMACIÓN

Recibido: Junio 3, 2022

Aceptado: Junio 20, 2022

Palabras clave

Disforia de género de comienzo rápido
Ideología *queer*
Terapia afirmativa
Detransicionistas
Espera atenta

RESUMEN

La disforia de género en la infancia y la adolescencia está hoy en día más bajo el dominio de la ideología *queer* que dentro de los conocimientos científicos y profesionales. Este dominio de la ideología se traduce en importantes consecuencias prácticas como la autodeterminación de la identidad de género con base en el sentimiento y la terapia afirmativa de la identidad sentida como la única opción aceptable. Como resultado, quedan fuera de evaluación los aspectos psicológicos y se emprenden transiciones fármaco-quirúrgicas que no resuelven el problema para todos. En particular, surge el nuevo fenómeno de los arrepentidos de haber cambiado de género y detransicionistas que quisieran volver atrás. Las profesiones sanitarias incluida la psicología, así como la psiquiatría y la pediatría, debieran reclamar ante la disforia de género los mismos estándares científicos y profesionales que aplican en los demás problemas, empezando por la exploración, la evaluación, el análisis funcional, el diagnóstico, la prudencia, la espera atenta, en vez de asumir sin más la terapia afirmativa.

Psychology and gender dysphoria: beyond queer ideology

ABSTRACT

Gender dysphoria in childhood and adolescence is today more under the domain of queer ideology than within scientific and professional knowledge. This dominance of ideology translates into important practical consequences such as self-determination of gender identity based on sentiment and affirmative therapy of felt identity as the only acceptable option. As a result, psychological aspects are left out of evaluation and pharmaco-surgical transitions are undertaken that do not solve the problem for everyone. In particular, there is the new phenomenon of those who regret having changed their gender and detransitionists who would like to reverse the process. The health professions, including psychology, as well as psychiatry and paediatrics, should claim the same scientific and professional standards for gender dysphoria as they apply to other problems, starting with exploration, evaluation, functional analysis, diagnosis, prudence, attentive waiting, instead of simply assuming affirmative therapy.

Keywords:

Rapid-onset gender dysphoria
Queer ideology
Affirmative therapy
Detransitionists
Watchful waiting

La disforia de género está hoy en día bajo el dominio de una ideología, en vez de estar dentro de los conocimientos científicos. Así, la psicología, como también la psiquiatría, están prácticamente excluidas de su aplicación a la disforia de género —referida en particular a la infancia y adolescencia— como no sea para afirmar lo que el menor sienta y diga. Excluida la exploración psicológica (Gómez-Gil et al, 2020; Rodríguez Magda, 2021a), la disforia pasa a ser asunto de endocrinólogos y cirujanos, de inyecciones y bisturís.

La ideología en cuestión no es otra que la ideología transgénero o queer. La ideología transgénero/queer es una amalgama de filosofía posmoderna y activismo político. Mientras que su filosofía se caracteriza por el descrédito del conocimiento científico, de la razón y de la verdad, y el abrazo del subjetivismo y del constructivismo lingüístico, su activismo se arroga una particular justicia social basada en las identidades sentidas y no precisamente en los derechos universales de las personas (Binetti, 2021; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022; Malo, 2021; Pluckrose y Lindsay, 2020). Es ideología, porque el término “teoría”, en tanto supone un sistema organizado de ideas y conocimientos, resulta un oxímoron en este caso dada su mezcolanza de ideas. La denominación de “filosofía queer” también sería excesiva debido a su descreimiento de la razón y contradicciones dentro de su doctrina. Ideología sería pues su mejor consideración, en el doble sentido de amalgama de ideas y de función encubridora de intereses como el “mercado de cuerpos” (Binetti, 2021).

La ideología queer es poderosa no a pesar de ser una ideología, sino precisamente por serlo de la manera que lo es. Se trata de una ideología que sintoniza con el espíritu de los tiempos, si es que ella misma no define el espíritu de la época. Aspectos clave de esta sintonía son la apelación a los sentimientos, la autodeterminación de la identidad, y la satisfacción de los deseos, todo ello dentro del lenguaje del buenismo y de la justicia social (solo tú sabes cómo te sientes, derechos humanos). De hecho, la ideología transgénero constituye un poderoso *lobby* capaz de influir no solo en el lenguaje ordinario imponiendo un neolenguaje, sino también en las instituciones, corporaciones y sociedades científicas y profesionales, entre ellas la American Academy of Pediatrics (AAP), la American Psychological Association y la American Psychiatric Association (APAs) (Ekman, 2022; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022). En particular, las APAs hacen declaraciones ideológicas en favor de la afirmación como única opción, pasando por alto los conocimientos científicos y buenas prácticas profesionales que ellas mismas sustentan en relación con todos los demás asuntos que no sean la susodicha disforia.

La ideología queer y la nueva ortodoxia que está creando tienen dos grandes implicaciones, de un lado, para el feminismo, borrando a la mujer como sujeto político en aras del generismo (Ekman, 2022; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022; Rodríguez Magda, 2021a), y de otro para la disforia de género en la infancia y la adolescencia, objeto de este artículo.

La psicología tiene mucho que decir ante la disforia de género. Para empezar, la psicología ofrece conocimientos acerca de cómo se constituye la identidad de las personas en el contexto de la cultura, la sociedad, el lenguaje y las vicisitudes del desarrollo. Desde Vygotsky a Skinner, por citar únicamente dos referentes, se sabe que el autoconocimiento es contacto social con uno mismo, no algo que brota espontáneamente. Igualmente, la psicología

ofrece conocimientos acerca de la influencia social y la formación de los sentimientos, en vez de, por ejemplo, asumir el esencialismo.

Ante la disforia de género, la psicología no plantea hacer otra cosa que lo que hace en cualquier otro tema y problema: estudiarlo y ver la mejor manera de ofrecer las ayudas correspondientes. Por otra parte, la psicología examina también la ideología y asunciones implícitas que puedan formar parte de sus conocimientos y procedimientos. Así, se cuida del esencialismo, del dualismo y del reduccionismo biomédico, tratando de ver los problemas y ayudas en el contexto de la persona y sus circunstancias, sin escatimar la crítica social e institucional con el fin de cambiar la sociedad y no meramente adaptar acriticamente a los individuos (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007; Pérez-Álvarez, 2021). El presente artículo se centra en la llamada disforia de género de comienzo rápido que se da en la infancia y la adolescencia.

La disforia de género de comienzo rápido: el canario de las minas de carbón

La llamada disforia de género de comienzo rápido, ROGD por las siglas en inglés de Rapid-Onset Gender Dysphoria, se refiere a un fenómeno descrito en 2018 por la ginecóloga e investigadora Lisa Littman, según el cual de pronto una chica se siente y declara como siendo un chico, o al revés, aunque es más frecuente (82,2%) su aparición en chicas (Littman, 2018). El trabajo consistió en una encuesta de 90 preguntas (abiertas, de opción múltiple y tipo Likert) a 256 padres reclutados en tres sitios web en los que habían informado de inicios repentinos o rápidos de disforia de género ocurrida en sus hijos adolescentes o adultos jóvenes (con una media de 15 años). Aunque para los padres fue una sorpresa, la experiencia declarada de los hijos o hijas no se presentó de la noche a la mañana. El 86.7 % de los padres refieren que su hijo en los últimos tiempos mantuvo un uso incrementado de las redes sociales, pertenecía a un grupo de amigos en el que uno o varios amigos se identificaron como transgénero, o ambas circunstancias. Según el informe de los padres, el 41 % de los hijos e hijas habían expresado una orientación sexual no heterosexual antes de identificarse como transgénero. Así mismo, muchos (62,5 %) habían sido diagnosticados con al menos un trastorno de salud mental o una discapacidad del neurodesarrollo antes del inicio de su disforia de género (Littman, 2018).

La controversia

La autora apunta al contagio social y a mecanismos de afrontamiento desadaptativos, así como a conflictos entre padres e hijos, como posibles explicaciones de la disforia repentina, que se habrían de explorar. Y añade: “Los hallazgos de este estudio sugieren que los clínicos deben ser cautelosos antes de confiar únicamente en el autoinforme cuando los chicos buscan una transición social, médica o quirúrgica. Los adolescentes y adultos jóvenes no son profesionales clínicos formados. Cuando los chicos diagnostican sus propios síntomas basándose en lo que leen en Internet y escuchan de sus amigos, es muy posible que lleguen a conclusiones erróneas. Es un deber del clínico, ante un paciente que busca la transición, realizar su propia evaluación y diagnóstico diferencial para determinar si el paciente está en lo cierto o no en su autoevaluación de sus síntomas y su convicción de que se

beneficiaría de la transición. Esto no quiere decir que las convicciones del paciente deban ser descartadas o ignoradas. Cómo no, algunos pueden beneficiarse de la transición. Sin embargo, tampoco se debe descuidar una exploración clínica cuidadosa. El hecho de que el historial del paciente sea significativamente diferente al relato de los padres sobre el historial del niño debería servir como una señal de alerta de que se necesita una evaluación más exhaustiva y que otras fuentes deben verificar la mayor cantidad de información posible sobre el historial del paciente.” (Littman, 2018, p. 37).

El trabajo de Littman resultó controvertido ya desde el primer momento, al extremo de que su propia universidad (Brown University) lo retiró del repositorio y la revista lo revisó por segunda vez incluyendo una Corrección al año siguiente (Littman, 2019), ante la presión del activismo transgénero. Mientras que su retirada por la Universidad merece todos los reproches de acuerdo con la exdecana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard (Flier, 2018), la segunda revisión no supuso ningún cambio sustantivo más que una mejor contextualización del estudio (Bartlett, 2019; Littman, 2019).

Las objeciones al estudio se centran en tres aspectos: la hipótesis del contagio social y el papel de los problemas psicológicos asociados, supuestos fallos metodológicos, y falta de evidencia clínica de la ROGD. En relación con la primera, sorprende la objeción por proponer hipótesis acerca de los hallazgos de un estudio exploratorio. Se trata de hipótesis por lo demás enteramente plausibles, y de hecho vienen apoyadas por el crecimiento exponencial del fenómeno, la concurrencia de otros malestares previos y el nuevo fenómeno de los arrepentidos y destransicionistas (Entwistle, 2020; Littman, 2021; Vandebussche, 2021). Así, por ejemplo, los arrepentidos refieren influencias que los llevaron a una transición precipitada (Alsedo, 2022a; Bell, 2021; Dagny, 2019). En relación con los supuestos fallos metodológicos, en absoluto invalidan el estudio, que, de hecho, se mantuvo prácticamente intacto (Bartlett, 2019; Littman, 2019), mostrándose al final que su metodología es coherente con la usada en el campo de la disforia de género, como muestra la autora en respuesta a sus críticos (Littman, 2020).

Un fenómeno social

Tocante a la falta de evidencia de la ROGD como entidad clínica, lo cierto es que no tiene entidad clínica, ni lo pretende. Y puestos a decirlo todo, tampoco la tienen, ni debieran pretenderla, la disforia/incongruencia de género que figuran en los sistemas diagnósticos: DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edición) y CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición). No solo la ROGD no debiera entrar en los sistemas diagnósticos venideros, sino que la disforia/incongruencia de género debiera salir de los actuales catálogos de trastornos o enfermedades mentales. Con todo, la así llamada ROGD no deja de ser un fenómeno *social* nuevo en el contexto de la historia transexual y transgénero, a tenor de su crecimiento de miles por cien en pocos años, el cambio de ratio de mujer-a-varón en vez de al revés como ocurre en el ámbito adulto y la ocurrencia cada vez en edades más tempranas (Bonfatto & Crasnow, 2018; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022, p. 195; Kaltiala-Heino et al, 2018; Zucker, 2019).

Las objeciones al estudio de Littman, más allá de la discusión que todo trabajo científico merece, responden a motivaciones ideológicas relativas a las hipótesis del contagio social y el papel de otros problemas. Estas hipótesis entran en contradicción con la supuesta condición innata, natural e inmodificable de la identidad sentida como la ideología queer quiere presentar la incongruencia/disforia de género. Lo cierto es que la llamada ROGD es un fenómeno social nuevo.

La madre del cordero

Puestos en la perspectiva de los padres, se puede entender que queden desconcertados ante la declaración —sin duda sincera, sentida y sufrida— de una niña o chica que dice sentirse y ser en realidad un niño o chico (o al revés) y que además quiere que a partir de ahora le llamen por otro nombre, puesto que ya no es quien era hasta entonces.

Los padres pronto irán viendo que el cambio ni es repentino ni carece de firmeza. La chica tiene claro, y bien aprendido, lo que dice ante cualquier reticencia y observación de los padres, incluidas expresiones de que si no la apoyan es señal de que no la quieren o quizá se vaya a suicidar. Los padres verán también que el cambio quizá ya estaba dado en el centro escolar, en el grupo de amigos y en las comunidades de las redes sociales, donde la chica ya tenía probablemente un nuevo nombre y pronombres elegidos. Los padres irán viendo también que en el centro de salud donde probablemente acudirán, los profesionales (pediatras, endocrinólogos, psiquiatras, psicólogos) ya están al cabo de la calle de lo que hay que hacer en la disforia de género. Los profesionales terminarán probablemente por decirles a los padres que tienen un hijo en vez de una hija o al revés. Y los padres verán al final que es mejor tener un hijo transgénero que muerto, según expresiones al uso. Así, llegamos a la madre del cordero.

A diferencia de como estaban los padres al principio, los centros escolares y de salud tienen una política oficial: la autodeterminación de la identidad de género por el sentimiento (identidad sentida) y la terapia afirmativa consistente en afirmar la identidad sentida sin más opción aceptable que el acompañamiento con el fin de la transición de género.

El tren trans

La transición puede tener cuatro fases. Brevemente, serían las siguientes: *transición social* de cambio de nombre, pronombres y *look*, el *bloqueo de la pubertad* (hacia los 11-12 años, dependiendo del desarrollo) mediante análogos de hormona liberadora de gonadotropina que suprimen la producción de hormonas sexuales (testosterona o estrógeno), el *tratamiento hormonal cruzado* (hacia los 16 años) a base de testosterona para chicas y estrógenos para chicos, y *operaciones quirúrgicas* de afirmación de género (a partir de 18 años, pero no sería la primera vez que se hacen antes). La cirugía de afirmación de género puede incluir mastectomía, vaginectomía y faloplastia para el cambio de mujer-a-varón (hombre transgénero), y vaginoplastia consistente en la reconversión del pene en una cavidad vaginal para el cambio de varón-a-mujer (mujer transgénero), amén de otras cirugías plásticas complementarias (Claahsen-van der Grinten et al, 2021). La Tabla 1 presenta los procedimientos quirúrgicos para varones y mujeres natales.

Tabla 1.

Procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la disforia de género (Claahsen-van der Grinten et al., 2021).

Varones natales	Mujeres natales
<p>Cirugía mamaria = mamoplastia de aumento con implantes.</p> <p>Cirugía genital (cirugía de reasignación de sexo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penectomía = extirpación del pene. • Orquiectomía = extirpación de testículos. • Vulvoplastia = creación de genitales externos femeninos incluyendo neoclitoris funcional. • Vaginoplastia = creación de genitales femeninos incluyendo una cavidad vaginal funcional utilizando el pene y piel escrotal, creación de un neoclitoris funcional. <p>Otras intervenciones quirúrgicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de feminización facial (incluyendo estructura ósea cirugía de alteración, rinoplastia, blefaroplastia, lifting de frente, lipofilling, uso de rellenos). • Liposucción o lipofilling de grasa corporal. • Cirugía de cambio de voz. • Reducción del cartilago tiroideo. • Aumento de glúteos (implantes/lipofilling). • Reconstrucción capilar (raíz capilar, alopecia tipo masculina). 	<p>Cirugía mamaria: mastectomía subcutánea, creación de un pecho y areola de pezón masculinos.</p> <p>Cirugía genital (cirugía de reasignación de sexo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histerectomía + salpingo-ooforectomía • Alargamiento de la uretra que se puede combinar con un metoidioplastia (creación de unos pequeños genitales masculinos con el uso de tejido local) o con una faloplastia (mediante por ejemplo de un colgajo libre microquirúrgico). • Vaginectomía. • Escrotoplastia. • Implantación de prótesis de erección y/o testicular. <p>Otras intervenciones quirúrgicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de la voz (poco frecuente). • Liposucción o lipofilling. • Implantes pectorales.

Para considerarse una persona transgénero no es necesario pasar por todas las fases expuestas. Incluso podría no pasarse por ninguna, ya que la autoafirmación de sentirse trans podría ser suficiente para algunos. Por su parte, la transición social ya forma parte de toda una cinta transportadora o tren que lleva a la mayoría a la siguiente fase. Esta mayoritaria continuidad de fases —empezando por la transición social— no se habría de entender que ocurre así necesariamente porque el sentimiento fuera firme y definitivo desde el principio (sin descartarlo). Puede ocurrir también debido a que la propia transición social promueve y orienta al bloqueo hormonal, y este al tratamiento hormonal cruzado, y este a intervenciones quirúrgicas. Todo ello constituye un proceso psicosocial, además de biomédico, que mete y compromete a la persona en una determinada dirección, más que supuestamente revelar un sentir prístino. Se verá que antes de que se estableciera la política afirmativa (a partir de 2013) la mayoría de las disforias remitían solas. Sin embargo, desde que tal política existe, la probabilidad de que quien entra en una fase pase a la siguiente es casi del cien por cien, en particular de la transición social al bloqueo de la pubertad y de este al tratamiento hormonal. El nuevo fenómeno que está surgiendo de arrepentidos y destransicionistas sugiere que la política de la afirmación está yendo demasiado lejos para algunos, como se verá.

Al final, aun sin ser conscientes del camino que espera, los padres se darán cuenta de que tampoco tienen más opción que afirmar y acompañar. Así, algunos padres se convierten en más afirmadores que nadie, mientras que otros se sienten abandonados por el sistema, si es que no abocados a la pérdida de la “patria potestad” o incluso a ir ellos mismos al psicólogo (Aلسedo, 2022b; Ekman, 2022, p. 280).

La autodeterminación y la afirmación que ahora obligan a todos derivan de la ideología de género que el activismo queer ha logrado imponer en las instituciones como política oficial. No derivan de la investigación ni de consensos científicos. Los consensos científicos son en realidad declaraciones ideológicas como las de la AAP y las APAs (Cantor, 2020; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022, pp. 223-229). Se suelen tomar como referencia las “Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género” (7ª edición) de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, 2012). Sin embargo, esta guía, como las demás que se

inspiran en ella, no puede ser tomada como “estándar de oro” según se considera, debido a la pobre valoración de su calidad en importantes dominios (Dahlen et al, 2021, p. 8). A la espera de la 8ª edición de las normas de la WPATH, confiando en que esté más basada en la ciencia que en la ideología, no se dispone de un consenso ético y científicamente fundado como se reclama (Clayton, 2022; Gómez-Gil et al, 2020; Griffin et al, 2021; Levine, Abbruzzese, & Mason, 2022).

Los clínicos, en el filo de la navaja

En la medida en que la ideología prevalece sobre la ciencia, la prudencia y el sentido común, la educación escolar y los profesionales de la salud fallan ya no solo a los padres, sino a los propios niños y adolescentes. La escuela falla en la medida en que prevalece el adoctrinamiento sobre el conocimiento. Los profesionales de la salud fallan también en la medida en que los niños y adolescentes con disforia de género no reciben los mismos estándares de atención clínica, evaluación y ayudas que cualquier otro niño o adolescente que accede a los servicios de salud, debido a las constricciones que impone la terapia afirmativa. Los clínicos están en el filo de la navaja: o bien corren el riesgo de ser acusados de transfobia si exploran el caso, o bien permanecen en silencio mientras asisten al experimento incontrolado de la terapia afirmativa (Griffin et al, 2021, p. 297).

Los niños y adolescentes como campo de batalla

¿Qué ha pasado? ¿De dónde ha surgido la infancia trans? La versión oficial dice que la mayor visibilidad y tolerancia hacen aflorar disforias o incongruencias de género que ya estaban ahí. Sin embargo, esta no parece ser la explicación de acuerdo con lo que se viene diciendo y se dirá después. Si la investigación científica no nos obliga a pensar de otra manera, cabe pensar que la infancia trans, más que una realidad subyacente que se destapa ahora, sería un campo de batalla donde se libra la guerra del generismo. El problema no estaría en la infancia ni en el cuerpo, sino en la sociedad con sus roles de género todavía estereotipados, y en el activismo transgénero que los naturaliza, eleva a categoría política y los convierte en ley. En este sentido, los niños y

adolescentes vendrían a ser el canario de las antiguas minas de carbón: señal de que algo falla en el sistema. ¿Qué falla en el sistema? La prevalencia de la ideología sobre la ciencia.

La prevalencia de la ideología sobre la ciencia y sus consecuencias

Las instituciones sanitarias empezando por la pediatría, la psiquiatría y la psicología, así como las educativas, fallan a los niños y adolescentes, a sus padres, y a la sociedad en general, en la medida en que adoptan acríticamente la autodeterminación de la identidad de género y la terapia afirmativa como la única opción aceptable en contra de sus conocimientos y prácticas en el resto de los ámbitos.

A este respecto es de destacar el manifiesto de los profesionales de las Unidades de Identidad de Género del sistema sanitario español, mostrando por un lado la presión ideológica y por otro reclamando el conocimiento de expertos sanitarios (Gómez-Gil et al., 2020). Así, por ejemplo, plantean un debate sobre las “Decisiones legislativas de temas sanitarios no basadas en posicionamientos ideológicos: los profesionales consideran que se están legislando aspectos sanitarios en base más a la presión de las asociaciones, posicionamientos ideológicos o intereses políticos, que a las recomendaciones de la literatura científica o a los conocimientos que pueden aportar los expertos sanitarios que trabajan en el tema, y que, a posteriori, son los que deben dar respuesta y asumir la responsabilidad de la atención.” (Gómez-Gil et al., 2020, p. 6).

¿Cuál es el problema de la ideología transgénero? Se señalarán tres: la implantación dogmática de la terapia afirmativa como la única opción aceptable, el autodiagnóstico que supone que los niños fueran sabios y las transiciones precipitadas que dan lugar al nuevo problema de las destransiciones.

Implantación dogmática de la terapia afirmativa como la única opción aceptable

Después de todo, la terapia afirmativa no es tan evidente como se da a entender. La evidencia revisada por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre los bloqueadores de la pubertad muestra que es difícil sacar conclusiones de los estudios existentes, debido a que carecen de grupo de control, son pequeños y no describen qué otros problemas de salud física y mental puede tener un joven además de la disforia de género. En definitiva, la revisión no encontró pruebas de la bondad del tratamiento (NICE, 2020a). Aunque los bloqueadores de la pubertad como intervención rutinaria para niños y jóvenes están asociados a pocos riesgos médicos conocidos, Bernadette Wren, directora asociada del Servicio de Desarrollo de Identidad del sistema de salud británico, no deja de reconocer potenciales consecuencias desconocidas y añade: “es bien sabido que faltan ensayos longitudinales rigurosos y que la evidencia disponible es de calidad limitada, aunque muchos médicos destacados escriben a su favor.” (Wren, 2019, p. 208). En particular, un estudio siguió la evolución (como mínimo de un año) de 44 adolescentes (de 12 a 15 años) con disforia de género persistente y grave tratados con bloqueadores. Aunque los participantes refieren en general una experiencia positiva, no se observaron mejorías en los malestares psicológicos, la calidad de

vida y el grado de disforia de género (Carmichael et al., 2021). Un estudio de 2015 ya había mostrado que los bloqueadores de la pubertad no fueron mejores que el apoyo psicológico en reducir malestares psicológicos (Biggs, 2019; Costa et al., 2015).

En relación con el tratamiento hormonal cruzado, una revisión del NICE encontró que la evidencia de la efectividad clínica y la seguridad de las hormonas de afirmación de género también era de calidad “muy baja”. Como señala, cualquier beneficio potencial de las hormonas de afirmación de género debe sopesarse sobre un perfil de seguridad a largo plazo hasta ahora desconocido (NICE, 2020b). Una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane concluye: “Encontramos evidencia insuficiente para determinar la eficacia o seguridad de los enfoques de tratamiento hormonal (estradiol solo o en combinación con acetato de ciproterona o espironolactona) para mujeres transgénero en transición. La evidencia es muy incompleta, demostrando una brecha entre la práctica clínica actual y la investigación.” (Haupt et al., 2020, p. 11).

Por su parte, aun cuando la cirugía afirmativa de reasignación de sexo muestra efectos saludables a corto plazo (de un año o dos), desafortunadamente, los beneficios a largo plazo en seguimientos de diez años desaparecen. Un estudio de seguimiento de una media de 10 años llevado en Suecia sobre 324 personas transexuales que, a lo largo de un periodo de treinta años (1973-2003), recibieron cirugía afirmativa muestra que tienen riesgos de mortalidad, comportamiento suicida y morbilidad psiquiátrica considerablemente mayores que la población general. En comparación con la población general, los pacientes que se sometieron a cirugía tuvieron una tasa de suicidio consumado 19 veces mayor, casi tres veces la tasa de mortalidad por todas las causas, casi tres veces la tasa de hospitalización psiquiátrica y cerca de cinco veces la tasa de intentos de suicidio (Dhejne et al., 2011). Un estudio sueco reciente muestra que la cirugía afirmativa no mejora en realidad la salud mental de las personas transgénero en comparación con las personas transgénero que no pasaron por la cirugía (Correction to Bränström and Pachankis, 2020; Van Mol et al., 2020), en contra de las conclusiones optimistas de los autores en una primera versión del artículo (Bränström & Pachankis, 2020) que tuvieron que corregir.

Un estudio retrospectivo a largo plazo de 8263 pacientes remitidos a la clínica de género de la Universidad de Amsterdam entre 1972 y 2017 encontró que la tasa anual de suicidios consumados entre los sujetos transgénero era “tres veces mayor” que la población general. La incidencia de muertes por suicidio se distribuyó casi por igual entre las diferentes etapas de la transición. En otras palabras, ni la transición social ni la médica redujeron la tasa de suicidio (Wiepjes et al., 2020). Es importante notar que la media de tiempo entre el inicio de las hormonas y el suicidio fue de 6,1 años para los varones natales y de 6,9 años para las mujeres natales (Wiepjes et al., 2020). Un estudio anterior ya había mostrado este efecto demorado. Así, en una muestra de 1331 transexuales seguidos durante una media de 18 años, mientras que no hubo suicidios en los 2 primeros años, hubo 6 después de 2 a 5 años, 7 después de 5 a 10 años y 4 después de más de 10 años desde el tratamiento hormonal cruzado (Asscheman et al., 2011). Los resultados sugieren que los estudios a corto o incluso a medio plazo pasan por alto el fenómeno del suicidio.

Estos hallazgos no implican que el tratamiento hormonal o quirúrgico *cause* el suicidio. Este ocurre porque las personas

transgénero sufren una alta incidencia de “comorbilidades” que se correlacionan con el suicidio (depresión, conducta autolesiva, anorexia, espectro autista, trauma), así como discriminaciones, falta de respeto y violencia (Biggs, 2020; Zucker, 2019). Lo que estos resultados muestran, al menos, es que ni la afirmación hormonal ni quirúrgica resuelven todos, ni del todo, los problemas iniciales ni parecen encaminar hacia una vida saludable, contrariamente al entusiasmo y la premura con la que se promueve la transición.

En la perspectiva de estos estudios no está justificada la pretendida “nueva evidencia” que supuestamente apoya la cirugía de afirmación con base en una encuesta general que, por lo demás, se limita a mostrar las probabilidades más bajas de angustia psicológica en el último mes, y de tabaquismo e ideación suicida en el último año, en comparación con personas transgénero sin antecedentes de cirugía de afirmación (Almazan & Keuroghlian, 2021). Así mismo, no está justificado el énfasis en favor de la medicación afirmativa con base en mejorías a corto plazo que, por otro lado, tampoco se puede descartar que se deban a otras cosas, como posible medicación psiquiátrica y apoyo familiar que los propios autores reconocen (Tordoff et al., 2022). La mejor ayuda a niños y adolescentes no empieza por meterlos directamente en la terapia afirmativa (D’Angelo et al., 2021; Griffin et al., 2021; Levine et al., 2022; Marchiano, 2021; Zucker, 2019).

Tampoco se justifica la premura con la que una guía clínica pediátrica recomienda las terapias afirmativas supuesto que, si “se retrasan en exceso o no existe una intervención social afirmativa de apoyo a estos menores, podría haber un incremento global de psicopatología y otras situaciones no deseables” (Moral-Martos et al., 2022, p. 3). Como reconoce la propia guía: “A pesar de que la experiencia en el manejo de los tratamientos hormonales y en los quirúrgicos es cada vez más extensa, la evidencia científica es poco sólida y relativamente escasa debido a la falta de estudios metodológicamente adecuados que valoren resultados a largo plazo, sobre todo en tratamientos iniciados en la etapa peripuberal; sin embargo —como continúa la guía—, hay evidencia que demuestra los beneficios tanto del bloqueo puberal como del tratamiento de afirmación de género sobre la salud de las personas trans.” (Moral-Martos et al., 2022, p. 3). La guía cita a este respecto como evidencia cuatro estudios (Chew et al., 2018; López de Lara et al., 2020; T’Sjoen et al., 2019; Turban et al., 2020), que curiosamente ellos mismos serían ejemplos de estudios metodológicamente inadecuados para valorar resultados a largo plazo, debido a su baja calidad reconocida o fácilmente mostrable y desde luego sin seguimiento a largo plazo. La Tabla 2 muestra lo que realmente ofrecen estos estudios.

Es inconcebible que una guía pediátrica tome tan a la ligera la supuesta evidencia de la terapia afirmativa, o sea tan ingenua, como también se verá más adelante.

Autodiagnóstico como si los niños fueran sabios

La identidad sentida y la terapia afirmativa implican el “autodiagnóstico” sin más opciones para el profesional que el acompañamiento y la talla única para todos los casos (D’Angelo et al., 2021). Por otra parte, es conocida la presencia de trastornos psicológicos en adolescentes con disforia de género, entre ellos, depresión, ansiedad, conducta autolesiva, ideación y comportamiento

Tabla 2.

Calidad y conclusiones de la pretendida evidencia de la Guía clínica de atención a menores transexuales (Moral-Martos et al., 2022).

Estudios citados:	Calidad / Conclusiones:
Chew et al., 2018	“Evidencia de baja calidad sugiere que los tratamientos hormonales para los adolescentes transgénero pueden lograr los efectos físicos previstos, pero en general falta evidencia sobre su impacto psicosocial y cognitivo.” (Abstract). “En los estudios existentes existe un riesgo de sesgo de medio a alto, dado el pequeño tamaño de las muestras, la naturaleza retrospectiva y la falta de seguimiento a largo plazo”. (p. 16).
López de Lara et al., 2020	Sesgo de la muestra consistente en “voluntariado simple” procedente de un “entorno muy favorable”; seguimiento de un año tras el inicio de la terapia hormonal cruzada; grupo de control poco relevante (reclutado de la consulta de endocrinología infantil), no por ejemplo adolescentes con incongruencia de género sin, o en espera, de terapia hormonal.
T’Sjoen et al., 2019	“La investigación actual disponible se basa principalmente en estudios transversales, con datos longitudinales limitados.” (p. 112). “Los estudios futuros deben [...] proporcionar evidencia sobre el efecto del tratamiento de afirmación de género en la población no binaria.” (Abstract).
Turban et al., 2020	A pesar de su difusión en los medios, su hallazgo deriva de estudios de baja calidad, como muestra Biggs, 2020, quien concluye que “Turban et al (2020) no contribuyen nada a nuestro conocimiento de los efectos de la supresión de la pubertad en adolescentes.”

suicida, problemas de la alimentación y espectro autista (Kaltiala-Heino et al., 2018).

Se entiende que un profesional sabe más que un niño o un adolescente. Los niños y adolescentes no son sabios ni sus sentimientos están exentos de influencias sociales, como las demás personas. Para proporcionar la mejor ayuda posible, un profesional necesita, cómo no, estudiar y conocer los diferentes aspectos implicados en el sufrimiento de las personas. La psicología dispone de conocimientos y recursos para comprender a las personas con el fin de saber lo que les pasa y tomar las mejores decisiones. La relación profesional tiene su base en el respeto y la empatía, pero el respeto no consiste necesariamente en afirmar todo lo que diga el consultante, como si fuera el cliente de unos grandes almacenes. Ni la empatía consiste meramente en asentir, sino en tomar en serio lo que nos cuentan de acuerdo con los conocimientos profesionales. De hecho, asentir a todo podría ser una falta de respeto, tanto más en un contexto científico, ético y profesional.

Considérense estas situaciones. En el contexto de una psicoterapia para la depresión, la ansiedad, el espectro autista, la anorexia o la conducta autolesiva, la consultante dice que es un chico. ¿Ha terminado aquí la psicoterapia? ¿La disforia/incongruencia de género recién declarada explica todo? ¿Debe el profesional centrarse en el problema inicial al margen de la disforia? ¿Debe aplicar la terapia afirmativa al margen de los otros problemas? ¿Debiera el profesional incluir la disforia en la psicoterapia en curso? ¿Al incluirla no incurriría en el riesgo de ser acusado por supuestamente aplicar “terapia de conversión” en vez de la preceptiva terapia afirmativa? En el contexto del acompañamiento de una terapia afirmativa emergen problemas de depresión, ansiedad, espectro autista, anorexia o conducta autolesiva. ¿Deben

dejarse estos problemas de lado y proseguir con la terapia afirmativa? ¿Deben tratarse en paralelo? ¿Se ha de suponer sin más que estos problemas derivan de la disforia de género y esperar que la terapia afirmativa los vaya a resolver? ¿Qué hay si estos problemas fueran anteriores a la disforia y todo pareciera indicar que ésta deriva de aquéllos? Son dilemas a los que aboca la política sobre la disforia de género, en contra del saber y del proceder aplicables en el resto de los problemas.

Se aduce que la aplicación de la psicología a la disforia equivaldría a su patologización. Aparte de que en absoluto se puede hacer esa correspondencia —psicología-patologización—, la ironía es que nada supone una mayor patologización que una terapia fármaco-quirúrgica como la terapia afirmativa. Si se considera que la disforia/incongruencia de género es un malestar psicosocial con el propio cuerpo (ya que nadie nace en un cuerpo equivocado), la terapia afirmativa viene a ser una psicoterapia con bisturí que convierte a una persona sana en paciente de por vida.

Transiciones precipitadas que dan lugar al nuevo problema de las destransiciones

Sin negar que la transición pueda ser la mejor opción para alguien, es cierto también el nuevo fenómeno de quienes se arrepienten de la transición emprendida y quisieran destransicionar cuando ya hay daños irreversibles (Shrier, 2021). Aunque el movimiento transactivista trata de negar o minimizar su existencia, lo cierto es que los arrepentidos que quieren volver atrás es un fenómeno nuevo hasta ahora subestimado. Hoy por hoy, no hay predictores que permitan saber por anticipado para quiénes la transición sería la mejor opción. Se presenta aquí el dilema entre el sufrimiento por la espera en vez de la transición *ya*, y los daños irreversibles debidos al apresuramiento en esta. A lo que parece, el transactivismo está a favor de la primera opción. Sin embargo, la espera puede traer la solución o llevar a la opción requerida a partir de los 18 años, mientras que los daños irreversibles son para siempre. No hay predictores, pero sí hay una tasa creciente de arrepentidos y destransicionistas. De acuerdo con un estudio llevado en el Reino Unido, un 6,9 % de personas tratadas con terapia afirmativa eran destransicionistas dentro de los 16 meses de empezar el tratamiento, y otro 3,4 % tenían un patrón de atención médica sugerente de destransición (Hall, Mitchell, & Sachdeva, 2021, p. 6).

Otro estudio también del Reino Unido encontró que un 12% de quienes habían empezado con tratamientos hormonales o bien destransicionaron o requerían evaluaciones adicionales, y un 20% cesaron el tratamiento por una variedad de razones. Como concluyen los autores, “la tasa de destransición encontrada en esta población es nueva y se plantean cuestiones acerca del fenómeno del sobrediagnóstico, sobretratamiento, o daño iatrogénico como se encuentra en otros campos médicos.” (Boyd, Hackett, & Bewley, 2022, p. 13).

Un estudio llevado a cabo online, con el propósito de describir una población de personas que experimentaron disforia de género, eligieron someterse a una transición fármaco-quirúrgica y luego abandonaron, reclutó a cien participantes, 69 mujeres natales y 31 hombres natales (Littman, 2021). El estudio se interesaba, entre otras cosas, por las razones tanto de la transición como de la destransición. La **Tabla 3** muestra algunas de las razones de la transición y la **Tabla 4** de la destransición.

Tabla 3.
Razones de la transición (Littman, 2021).

(Más de una respuesta es posible)	Mujer	Varón
	69%	31%
Quería ser percibido de acuerdo con el género deseado	77%	77%
Pensé que la transición era mi única opción para sentirme mejor	72%	68%
Sentía mal mi cuerpo de la manera que estaba	72%	68%
No quería que me asociaran con mi sexo/género natal	74%	61%
Me hizo sentir incómodo ser percibido románticamente/sexualmente como miembro de mi sexo/género natal	71%	58%
Pensé que la transición eliminaría mi disforia de género	39%	29%
No estaba satisfecho con los resultados físicos de la transición-insuficientes	62%	71%
Sentí que me convertiría en mi verdadero yo	61%	71%

Tabla 4.
Razones de la destransición (Littman, 2021).

(Más de una respuesta es posible)	Mujer	Varón
	69%	31%
Me sentí más cómodo identificándome con mi sexo natal	65%	48%
Me preocupaban posibles complicaciones médicas de la transición	58%	29%
Mi salud mental no mejoró durante la transición	49%	35%
No estaba satisfecho con los resultados físicos de la transición/sentía que el cambio era demasiado	50%	16%
Descubrí que mi disforia se debía a otra cosa (trauma, abuso, salud mental)	40%	32%
Mi salud mental empeoró durante la transición	39%	29%
No estaba satisfecho con los resultados físicos de la transición	32%	35%
Encontré formas más efectivas de ayudarme con la disforia de género	36%	22%
Mi salud física empeoró durante la transición	30%	35%

Otro estudio online, en este caso con el propósito de analizar las necesidades específicas de los destransicionistas, reclutó 237 participantes, de los cuales 217 (92%) eran mujeres natales y 20 (8%) varones natales (Vandenbussche, 2021). La **Tabla 5** muestra extractos de experiencias de exclusión de comunidades LGBT+ referidas por los destransicionistas.

Igualmente, el estudio muestra experiencias médicas negativas durante la destransición (“Cuando le mencioné por primera vez a mi médico que quería dejar la testosterona, fueron muy desdeñosos y condescendientes al respecto”. “Tan pronto como ‘destransicioné’ me dieron de alta de todos los servicios de género, a pesar de pedir ayuda para lidiar con la disforia sexual en caso de que volviera a surgir” ...) y dificultades para encontrar terapeutas amigables con destransicionistas (Vandenbussche, 2021, p. 11).

Después del entusiasta apoyo para la transición, el abandono en el que quedan las personas que se arrepienten y quieren destransicionar les lleva a constituir grupos de autoayuda, iniciativa que también emprenden grupos de madres y padres. La **Tabla 6** recoge algunos de estos grupos de autoayuda. Más allá de estas ayudas se requieren “guías clínicas” para la destransición acordes con su tipología si está motivada por el cese de la identidad de transgénero o por otras razones (Boyd et al, 2022; Expósito-Campos, 2021).

Tabla 5.

Extractos de experiencias de exclusión de comunidades LGBT+ referidas por destransicionistas (Vandenbussche, 2021).

- “La comunidad LGBT+ no apoya a los destransicionistas y perdí a todos los amigos LGBT+ que tenía porque me consideraban transfóbico/terf, solo los amigos no LGBT+ me apoyaron”.
- “Donde vivo, la mayoría de la comunidad LGBT ve mal a los destransicionistas, por lo que es difícil hablar de eso con libertad”.
- “Es inaceptable que, al menos en mi experiencia, la destransición no sea algo de lo que se permita hablar en espacios LGTB”.
- “Solo me ayudaron las lesbianas y las feministas. La comunidad trans y queer me satanizó y me marginó por mi reidentificación”.
- “Perdí mucho apoyo y atraje mucha hostilidad de las personas trans cuando hice la destransición social”.
- “Las organizaciones LGBT no quieren hablar de destransición. No me sentí bienvenido en los eventos lgbt después de que renuncié a la transición”.
- “Decirles a mis amigos trans que desisto es casi imposible. La comunidad es demasiado tóxica para permitir cualquier tipo de discusión sobre alternativas a la transición, fuentes de disforia más allá de “eso es lo que eres”, o historias sobre los destransicionistas”.
- “He sido rechazado por la mayoría de mis amigos que se identifican como trans. Tuve que dejar a mi antiguo médico, terapeuta y grupo LGBT por vergüenza”.
- “Tengo varios amigos des-trans que tuvieron alteraciones corporales permanentes de las que se arrepintieron y que les provocaron más disforia, y eventualmente sus suicidios. Los factores más importantes fueron la falta de apoyo médico y el rechazo absoluto de comunidades LGBT”.
- “Todavía tengo amigos transgénero que no quieren que hable sobre la destransición. Están bien conmigo, pero no quieren que critique la transición o discuta sus efectos negativos”.

Tabla 6.

Algunos grupos de autoayuda para destransicionistas y padres

Grupos de autoayuda para destransicionistas:

- Detrans Voices. <https://www.detransvoices.org/about/>
- Detransition Advocacy Network. <https://www.detransadv.com/about>
- Pique Resilience Project. <https://www.piqueresproject.com>
- Post Trans. <https://post-trans.com/About-Us>
- r/detrans | Detransition Subreddit reddit.com/r/detrans

Grupos de ayuda para padres:

- Amanda (Agrupación de Madres de Adolescentes y Niñas con Disforia de Género)
- Bayswater Support Group. <https://www.bayswatersupport.org.uk/>
- Cardinal Support Network. <https://www.cardinalsupportnetwork.com/>
- No Corpo Certo. <https://nocorpocerto.com/>
- Our Duty. <https://ourduty.group/>
- Parents of ROGD Kids. <https://www.parentsofrogdkids.com/>

La narrativa predominante sobre la destransición dice que la mayoría de las personas que hacen la destransición volverán a hacer la transición y que las razones de la destransición son la discriminación, las presiones de los demás y la identificación no binaria (Turban et al., 2021). Aunque eso también ocurre, los estudios de caso arrojan luz sobre una gama más amplia y compleja de experiencias que incluyen una variedad de problemas psicológicos, empeoramiento de la salud mental tras la transición, reidentificación con el sexo natal y dificultad para separar la orientación sexual de la identidad de género (D’Angelo, 2020; De Celis Sierra, 2021; Expósito-Campos et al, 2022; Levine, 2018; Pazos Guerra et al., 2020; Withers, 2020). El estudio de cada caso es irremplazable si se quiere conocer y reconocer la realidad de un sufrimiento con muchas dimensiones y ofrecer las ayudas a la medida de las personas más allá de la talla única que impone la terapia afirmativa.

¿Qué hacer en lugar de la terapia afirmativa?

Lo que hacen todos los clínicos en todos los casos: evaluación, exploración, análisis funcional, clarificación, preguntas, confrontación, sentido común, prudencia, espera atenta, ayudas en función de las necesidades y problemas. No “café para todos”. La cuestión probablemente no debería ser tanto diagnosticar si uno es realmente transgénero o no, como ayudar en función de los problemas, incluido el apoyo para la transición. El empeño en diagnosticar si alguien es o no es realmente trans supone un doble prejuicio —esencialista y biomédico— que no se corresponde con la dinámica fluida, no-lineal, del desarrollo de la identidad de género (Pullen Sansfaçon et al, 2020), incluida la desistencia (Steensma et al, 2011). El consentimiento debidamente informado debiera ser un proceso más que un evento (Levine et al, 2022; Wren, 2019).

Sin embargo, por increíble que parezca, todo lo que hacen los clínicos en los demás problemas está prohibido aquí, bajo la acusación de “terapia de conversión”. Afortunadamente, hoy no se aplica la terapia de conversión, por más que se utiliza como descalificación para todo lo que no sea terapia afirmativa. De acuerdo con Roberto D’Angelo y colaboradores, la psicoterapia exploratoria, que no es ni afirmativa ni de conversión, debiera ser la primera línea de ayuda para niños y adolescentes con disforia de género, evitando así procedimientos médicos invasivos e irreversibles (D’Angelo et al, 2021, p.13). Siquiera fuera por el principio hipocrático “Lo primero, no hacer daño”, la terapia afirmativa debiera ser el último recurso, no el primero.

¿Qué pasaría sin la terapia afirmativa?

La mayoría de los niños y adolescentes resolvería de forma natural la incongruencia de género, del orden del 60% al 90% según los estudios (Cantor, 2020; Levine et al, 2022; Ristori, & Steensma, 2016; Singh, Bradley, & Zucker, 2021). Esto ocurría antes de la actual política afirmativa que, en la práctica, ya empieza con la transición social.

Así, un estudio de seguimiento de una media de 20 años llevado en Canadá entre 1975-2009 siguió la evolución de niños (varones) con disforia de género de una media de edad de 7 años. De los 139 participantes, 17 (12,2%) fueron clasificados como persistentes y los restantes 122 (87,8%) como desistidores. Los datos sobre la orientación sexual en la fantasía de 129 participantes fueron: 82 (63,6 %) se clasificaron como bifílicos/andrófilos, 43 (33,3 %) como ginefílicos, y 4 (3,1 %) informaron que no tenían fantasías sexuales. En cuanto a la orientación sexual en el comportamiento de 108 participantes: 51 (47,2%) fueron clasificados como bifílicos/androfílicos, 29 (26,9%) fueron clasificados como ginefílicos y 28 (25,9%) no informaron comportamientos sexuales (Singh et al, 2021). Similarmente, en un estudio de seguimiento (de una media de 23 años) de 25 niñas con disforia de género de una media de edad de 9 llevado también en Canadá entre 1975 y 2004 mostró que el 12% continuaba con disforia y el 88% había remitido. En cuanto a la orientación sexual, 8 participantes (32%) fueron clasificados como bisexuales/homosexuales en fantasía, y 6 (24%) fueron clasificados como bisexuales/homosexuales en el comportamiento (Drummond et al, 2008).

Un estudio de seguimiento de una media de 10 años llevado en los Países Bajos entre 1989 y 2005 siguió a 77 niños con disforia de género (59 niños y 18 niñas con una edad media de 8 y 5 años respectivamente). El 27% (12 niños y 9 niñas) seguían con disforia de género y el 43% (28 niños y 5 niñas) ya no tenían disforia de género. El otro 30% (19 niños y 4 niñas) no volvieron para el seguimiento. Cabe suponer razonablemente que los que no han vuelto pudieran ser desistidores, si se tiene en cuenta que en los Países Bajos el tratamiento es accesible y gratuito y el único sitio donde se aplica es en la clínica donde se hizo el estudio (Wallien, & Cohen-Kettenis, 2008, p. 1430). En otro estudio realizado también en los Países Bajos, de 127 adolescentes (79 chicos y 48 chicas) que tenían 15 años o más durante el período de seguimiento de 4 años entre 2008 y 2012, el 37% (23 niños, 24 niñas) fueron identificados como persistentes, solicitaron tratamiento médico y fueron considerados elegibles para llevarlo a cabo. Mientras que el 63% restante (56 chicos y 24 chicas) no volvieron a la clínica, por lo que cabe suponer que su disforia remitió, de acuerdo con lo dicho acerca de los servicios en los Países Bajos (Steensma et al, 2013, p. 583).

Sin embargo, en la actualidad los estudios muestran una escasa desistencia y alta persistencia. Así, un estudio llevado en EEUU entre 2013 y 2017 sobre 317 niños transgénero de una media de edad de 8 años (208 niñas transgénero y 104 niños transgénero) encontró que el 94% mantenía la identidad transgénero cinco años después de iniciada la transición social (Olson et al, 2022). Otro estudio consistente en una revisión retrospectiva observacional de las historias clínicas de todos los menores de 18 años que acudieron a la Unidad de Identidad de Género de Cataluña entre 1999 y 2016, encontrándose una persistencia del 97,6% en un seguimiento de una media de 2,6 años (De Castro et al, 2022). La alta persistencia encontrada en estos estudios, sin ser los únicos, contrasta con la desistencia anterior a veces resumida en la controvertida cifra del “80% de desistencia”, objeto de réplicas (Temple Newhook et al, 2018) y contrarréplicas (Steensma, & Cohen-Kettenis, 2018; Zucker, 2018).

Entre las razones para esta discrepancia se aducen la mayor visibilidad y aceptación de la disforia de género en nuestra época, de modo que puede facilitar su “expresión”, así como el apoyo familiar (De Castro et al, 2022; Olson et al, 2022). Sin embargo, las cosas no son tan simples. Por un lado, la supuesta “expresión” de la disforia gracias a la visibilidad y la aceptación lleva implícita la asunción de que la disforia de género estaba ahí ya habitando un cuerpo equivocado, explicación metafísica e ideológica donde las haya (Errasti y Pérez-Álvarez, 2022; Moschella, 2021; Sadjadi, 2019).

Por otro, la propia visibilidad y aceptación conllevan ellas mismas funciones de modelado y moldeamiento, de acuerdo con procesos bien conocidos de la psicología. Más específicamente, la transición social ya forma parte del tratamiento de la disforia de género de estudios actuales (Olson et al, 2022; De Castro et al, 2022, p.7). Lejos de ser una expresión neutral, espontánea, natural, la transición social ya supone un modelo, un ritual, una aprobación, un estilo y un modo de ser, no ya solo aceptable sino incluso particularmente valorable (héroe, *cool*, guay). No quiere decir que no haya diferencias extremas de género previas a la transición social (Rae et al, 2019), pero en el contexto actual, la transición social ya forma parte del tren o cinta transportadora de la terapia afirmativa.

Los contextos clínicos tienen asumida la transición social con toda naturalidad y la mejor intención del mundo. Sin embargo, los clínicos no están siendo neutrales ni permitiendo la libre expresión de lo que uno es, como acaso creen. La asunción acrítica, y ya no se diga entusiasta, de la transición social supone confirmar y validar un discurso y un estado de cosas que puede que todavía estuviera por ver qué es. En un contexto clínico, la transición social ya implica un tratamiento psicosocial (Cass, 2022; Levine et al, 2022; Zucker, 2018).

La ya citada guía pediátrica indica: “Dirigirse al menor por el nombre sentido, que es el nombre elegido para él/ella, y con respeto a la identidad de género manifestada. Si es una identidad no binaria, preguntar con qué pronombre y nombre quiere ser nombrado.” (Moral-Martos et al, 2022, p. 3). Sin embargo, lo que hace el clínico no es un mero trato social (por más que intencionadamente respetuoso), sino un tratamiento psicosocial, una especie de “psicoterapia silvestre” (recordando la célebre expresión de Freud) que valida y orienta en una determinada dirección y no en otra o en ninguna. Orienta hacia la terapia afirmativa fármaco-quirúrgica, y sin demora, como continúa la citada guía: el “acompañamiento psicológico”, dice, “no ha de implicar posponer una posible terapia” afirmativa. No se propone aquí la invalidación de la experiencia y del sufrimiento, sin duda reales. La cuestión es cómo han llegado a ser reales, sin dar por hecho que son la expresión prístina de una esencia interior o alma inscrita en el cuerpo (Sadjadi, 2019). Lejos de ser irrelevante la investigación de la desistencia (Ashley, 2021), es fundamental para una mejor comprensión del curso natural de la disforia y la mejor ayuda para cada uno, en vez de la talla única para todos (D’Angelo et al, 2021).

Es un asunto delicado poner reparos al “apoyo familiar” y a la “afirmación”. Pero si los padres quieren lo mejor para sus hijos, como sin duda es así, y como también los clínicos para sus consultantes, entonces deben pensar más acerca de lo que hacen, en vez de seguir mantras. ¿Qué haría el clínico si por ejemplo recibe a una adolescente anoréxica caquética que se ve demasiado gorda y quiere adelgazar, o a un adolescente con ideas suicidas convencido de que la vida no tiene sentido y lo mejor es morir? ¿Apoyar y afirmar? ¿Qué harían los padres si sus hijos les dijeran que son felices quedando en casa jugando con el móvil en vez de ir a la escuela o al instituto?

¿Cómo hemos llegado aquí?

¿Cómo esta ideología se ha impuesto en la práctica profesional por encima de los conocimientos y de los estándares en otros ámbitos? ¿Cómo lo queer ha pasado de la marginalidad a ser la nueva ortodoxia? ¿Cómo un pequeño número de organizaciones ha influido en organismos públicos, instituciones, prácticas profesionales, así como el lenguaje común? ¿Cómo una minoría intolerante se impone a la mayoría? Quizá esta última cuestión se explica por la regla de la minoría intransigente dispuesta a jugarse la piel de Nassim Taleb (Taleb, 2019). De las demás, no cabe aquí responder cumplidamente, pero tampoco se pueden dejar de plantear. Puesto que ni los hallazgos científicos ni la práctica basada en la evidencia justifican la nueva ortodoxia que se impone, se requiere mirar más allá. Se señalarán algunos hilos de los que una investigación sistemática seguramente habría de tirar.

Como el bambú

Hay un cúmulo de condiciones próximas y distantes entreveradas. Nada surge de la nada ni de pronto. La ideología del generismo queer/trans, como el bambú, ha crecido rápido, pero ha tomado su tiempo en echar raíces en la sombra. Las condiciones próximas en la sombra son esas raíces que de pronto sorprenden con su crecimiento. Pero todo depende de un terreno y clima propicios: sus condiciones distantes.

En relación con las condiciones distantes, tenemos que situarnos en la sociedad occidental, abierta, democrática, cosmopolita, y opulenta, aun cuando ni la riqueza y ni el bienestar están igualmente distribuidos. Esta sociedad abierta es también una sociedad líquida con un particular espíritu de los tiempos caracterizado por el individualismo subjetivista, expresivo y narcisista, que se plasma en un individuo flotante (líquido, flexible, fluido). El sexo y el género fluidos no son ajenos a la sociedad líquida que vivimos. La identidad de género *sentida* no es algo independiente del individualismo subjetivista, por más que a cada uno le pareciera que brota de su naturaleza primigenia, su verdadero ser o algo así. De que la gente lo crea, se encarga la ideología.

En este contexto, no se dejarían de citar la decadente natalidad (Douthat, 2021), el declive de las relaciones sexuales (Herbenick et al, 2022; South, & Lei, 2021) y la irrelevancia del sexo biológico (Ekman, 2022; Miyares, 2022; Stock, 2022) como caldo de cultivo de la ideología transgénero que a su vez esta realimenta. Más específicamente, el individualismo subjetivista —expresivo y narcisista— es propio del capitalismo neoliberal que se caracteriza precisamente por la creación de deseos como si fueran expresiones de esencias naturales que uno llevara dentro. Y he aquí para asombro de la historia que este individualismo subjetivista es la razón de ser de la izquierda identitaria, que convierte los deseos en derechos, sea por caso, la disforia de género, que curiosamente satisface el capitalismo neoliberal con su industria fármacoquirúrgica. A diferencia de la izquierda clásica universalista que creía en la ciencia, en la verdad y en los derechos universales, y ponía de relieve las contradicciones del capitalismo, la izquierda identitaria viene a ser la mejor aliada del capitalismo neoliberal. Estamos ante un ejemplo de “cómo teorías o posturas que en un principio se pensaban progresistas y de izquierdas, no sólo han mostrado su ineficacia política, sino que han sido asumidas con éxito por el neoliberalismo.” (Rodríguez Magda, 2021a, p. 20).

La ideología queer/trans tiene como bandera la justicia social y los derechos humanos, por lo que es de suponer que tiene el beneplácito de todo el mundo. Es difícil encontrar a alguien que no esté a favor de la justicia social y de los derechos humanos. Sin embargo, no todo es como parece. La justicia social del movimiento queer se ha convertido en una “nueva religión”, una religión secular hostil a la razón, a la falsación y a cualquier desacuerdo que no sea su propia verdad, una verdad basada en la “experiencia vivida” de las personas y grupos marginados, que por el hecho de serlo estarían “iluminados” y declaran incapaces de entender nada a los demás. Ya no estaríamos hablando de una justicia social universal capaz de entender las condiciones objetivas de la realidad, sino de una justicia social experiencial y tribal, según la tribu a la que se pertenece (Errasti y Pérez-Álvarez, 2022, cap. 6; Malo, 2021, cap. 6). Tocante a los derechos humanos, no es fácil ver si están tomados en serio, o tienen un uso partidista (a juzgar

por el abandono en el que quedan los destransicionistas, como se ha visto) y estratégico, como se dirá. Sin duda es fácil situarse del lado queer, porque se supone que es el lado bueno y se presta a señalar lo virtuoso que es uno, una forma de posturo ético (*virtue signaling*).

Con todo, no se llegaría aquí sin las causas próximas —cómo las raíces brotaron de pronto—, referidas en particular al *lobby trans*. Por no hablar de las redes sociales, sin las cuales nada sería igual. Por lo que aquí respecta, baste recordar las estrategias del activismo transgénero, sin dejar de “seguir el dinero”.

Estrategias del activismo

Las estrategias del activismo transgénero se describen en el documento destapado por James Kirkup (Kirkup, 2019; 2021) que elaboraron la firma de abogados Dentons, la Fundación Thomson Reuters y la Organización Internacional de Jóvenes y Estudiantes Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Queer e Intersex (Iglyo) titulado “¿Solo adultos? Buenas prácticas en el reconocimiento legal del género para jóvenes” (Dentons, Thomson Reuters e Iglyo, 2019). En la *Tabla 7* se enumeran las tácticas del lobby para cambiar las leyes de manera que la autodeterminación de la identidad de género sin mínimo de edad prevalezca sobre lo que digan los padres y profesionales (Dentons et al, 2019, p. 15).

Tabla 7. Estrategias para promover la autodeterminación de género en menores (Dentons et al, 2019).

1. Elegir como objetivo políticos jóvenes.
2. Desmedicalizar la campaña, “a fin de que el reconocimiento del género pueda ser visto a los ojos del público como distinto de los tratamientos de confirmación del género” (p. 18).
3. Uso de estudios de caso de gente real.
4. Anonimizar las narrativas.
5. Adelantarse a la agenda política de los gobiernos con propuestas legislativas que vayan calando en la gente (p. 19).
6. Uso de los derechos humanos como un punto de la campaña, sabido que “los argumentos de los derechos humanos han sido instrumento de éxito en varias campañas para promover las leyes más progresistas del reconocimiento del género” (p. 19).
7. Ligar la campaña a una reforma más popular, por ejemplo, la igualdad matrimonial, de modo que sirva de gancho para apoyos más difíciles de obtener como la identidad de género.
8. Evitar la cobertura y exposición excesiva en la prensa.
9. Carpe diem. “Los activistas necesitan capitalizar el momento político” (p. 20).
10. Trabajar juntos (con otras organizaciones domésticas).
11. Ser cautelosos con el compromiso (porque es un arma de doble filo, sin comprometerse demasiado).

Respecto a “seguir el dinero”, se encuentran corporaciones y familias millonarias que financian el generismo queer (Bilek, 2018; 2020; *Contra el Borrado de las mujeres*, 2020; Miyares, 2022, pp.113-115). Lejos de ser marginal, el movimiento queer es ahora un rico y poderoso lobby.

Nada de todo esto niega las buenas intenciones de los activistas. Pero, las intenciones no garantizan que se esté haciendo lo mejor. De acuerdo con la conocida frase del premio nobel de física Steven Weinberg: “con religión o sin ella, la gente buena hace cosas buenas y la gente mala hace cosas malas. Pero para que la gente buena haga cosas malas se necesita una religión”.

Se podría pensar que es progresista

Se podría pensar que la identidad de género es una idea progresista y liberadora. Pero es en realidad retrógrada y opresora. Es retrógrada por lo siguiente:

1. Reintroduce los estereotipos sexuales a cuenta de la identidad de género, no vaya a ser, por ejemplo, que una niña a la que le guste el fútbol sea en realidad un niño según los protocolos de identidad de género (Ekman, 2022; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022).
2. Niega que exista la mujer como sujeto político definida por su cuerpo biológico y, en su lugar, ofrece una definición tautológica según la cual “mujer es quien se siente mujer”. (Ekman, 2022; Rodríguez Magda, 2021b; Miyares, 2022; Stock, 2022).
3. Reintroduce el dualismo alma/cuerpo, donde ahora el alma es la identidad de género sentida, atrapada en un cuerpo equivocado que hay que corregir (Moschella, 2021; Sadjadi, 2019).
4. Mientras que se impulsa la desmedicalización de las personas trans adultas, los menores con disforia de género son medicados cada vez más. (Grup d'ètica CAMFiC, 2022).

Es opresora por lo siguiente:

1. Impone la terapia afirmativa como la única opción aceptable, no solo sin apoyo que la justifique, sino con pruebas en contra, como se ha visto.
2. Impone una neolengua que tergiversa el sentido de las cosas, sean por caso el “sexo asignado al nacimiento”, y los circunloquios para evitar la palabra “mujer” (“personas gestantes”, etc.).
3. Impide el debate sobre la cuestión transgénero so pretexto de que es cosa de derechos humanos, utilizados en realidad como estrategia, por no hablar de la socorrida acusación de transfobia usada como comodín que cancela el debate.
4. Chantajea a los padres con la disyuntiva “transición o muerte”, “preferible un hijo trans a un hijo muerto”, “si no apoyan es que no le quieren” y “probablemente se suicide”.

¿Qué hacer?

Corresponde considerar la Declaración sobre cuestiones LGBTIQ+ de la Red de Psicología Internacional de Asuntos Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero e Intersexuales (IPsyNet, 2018). Se está de acuerdo en una variedad de propuestas, entre ellas en incrementar el conocimiento psicológico de la diversidad humana en temas de orientación sexual, identidades de género, expresiones de género, y en aplicarlo en apoyo del bienestar y del goce pleno de los derechos humanos, de cuerdo también en la despatologización de las personas LGBTIQ+, en la diferenciación entre la orientación sexual y la identidad de género, así como en el rechazo tanto de la terapia de conversión como del reforzamiento de estereotipos de género. Sin embargo, no se pueden pasar por alto los supuestos que adopta la Declaración de IPsyNet y las incoherencias en las que incurre.

La Declaración adopta los llamados principio de Yogyakarta, que ni se basan en conocimientos científicos, ni debieran tener más relevancia que la propuesta privada de un grupo de presión. Así,

como mínimo, es muy discutible su definición de la identidad de género como un “profundo sentir interno”, que, como se ha dicho, supone una concepción esencialista que no se corresponde con el proceso cambiante y la fluidez de la identidad de género. Por no hablar de la expresión “sexo asignado al nacer”, enteramente ideológica, amén de contrafactual. La Declaración incurre en flagrantes incoherencias. Si, por un lado, afirma que las identidades y orientaciones “no requieren intervenciones terapéuticas para ser cambiadas” (punto 3), por otro, a continuación, apoya “las aproximaciones afirmativas” y, en el punto 4, reclama el acceso a los “tratamientos disponibles”, referidos de nuevo a la transición afirmativa que, como es sabido, incluye intervenciones farmacológicas quirúrgicas irreversibles. En general, la Declaración está orientada a la terapia afirmativa. Su rechazo de la terapia de conversión que, según parece, incluye todo lo que no sea la afirmación, pasa por alto que entre la afirmación y la conversión hay una variedad de alternativas. Dada la insistencia en la afirmación cabe sugerir que la mayor terapia de conversión es en realidad la terapia afirmativa, sabido que no deja espacio a posibles desistidores que siempre había y conocido el nuevo fenómeno de los arrepentidos y destransicionistas.

Otra incoherencia se encuentra entre la declarada diferenciación entre orientación sexual e identidad de género y su continuo uso como si fueran a la par. Asimismo, se dice que la “orientación sexual y la identidad de género permanecen bastante constantes durante toda la vida”, para añadir a continuación que “los cambios en la orientación e identidad de género pueden ocurrir a través de las etapas del desarrollo dentro del trayecto vital”. Finalmente, la Declaración asume que las dificultades psicológicas asociadas a la incongruencia de género ocurren únicamente debido al estigma y la discriminación, sin considerar la posibilidad de que los propios malestares de la identidad resulten de una variedad de problemas psicológicos previos.

Dada su consideración más juiciosa y ponderada, se proponen cuatro ideas tomadas del Grupo de Ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Grup d'ètica CAMFiC, 2022):

- a) Empezar por el derecho de los menores al libre desarrollo de la identidad, en vez de anteponer el derecho a la transición. Tener en cuenta a los padres, tutores y educadores a la hora de tomar decisiones que impliquen consecuencias importantes e irreversibles.
- b) Reclamar la evaluación profesional. La autodeterminación en menores no puede ser incondicional y afirmativa.
- c) Implantar la espera atenta como alternativa a la terapia afirmativa, así como la evaluación y la exploración psicológica.
- d) Aceptar que la exploración y el cuestionamiento del deseo de transicionar para nada supone estar en contra de las personas (progenitores o menores). Se debe tratar a la persona que presente disforia/incongruencia de género como una persona individual, no como un colectivo.

Conclusiones

La disforia de género de comienzo rápido (ROGD) es un fenómeno social, no una entidad clínica, ni un malestar que se deba patologizar. Como malestar supone un sufrimiento que se ha de

entender y atender de acuerdo con las circunstancias de cada persona.

El estudio psicológico de la disforia de género no implica en absoluto su patologización como errónea y tendenciosamente se asume al excluir la exploración psicológica o psiquiátrica en aras de la terapia afirmativa.

Nadie está atrapado en un cuerpo equivocado, si acaso en discursos equivocados basados en estereotipos sexuales presentados como identidades de género, al amparo del generismo que los naturaliza y esencializa. La identidad de género viene a ser una nueva versión del alma dentro del cuerpo, el dualismo redivivo.

La autodeterminación de la identidad con base en el sentimiento y la terapia afirmativa como la única opción aceptable constituyen la ideología que domina las profesiones sanitarias, en vez del conocimiento científico, la práctica basada en la evidencia y la prudencia.

La terapia afirmativa debiera ser el último recurso, no el primero como se ha establecido.

La psicoterapia exploratoria, el análisis funcional de la conducta, la evaluación psicológica, y la vigilancia atenta son ejemplos de prácticas por las que empezar a entender la disforia de género con miras a la mejor ayuda para cada persona. Ninguna de estas prácticas es terapia de conversión, ni tampoco terapia afirmativa.

“Tratar a las personas trans con dignidad, respetando su autonomía y derecho a decidir, no significa acceder acríticamente a sus demandas de tratamiento. Significa otorgar a su sufrimiento la misma preocupación, consideración y valor que al resto de personas. Tratar a las personas trans con igualdad no significa tratarlas igual, sino tener en cuenta sus necesidades únicas para que tengan las mismas oportunidades de alcanzar una vida lo más plena posible.” (Esteve de Antonio, Expósito-Campos y Gómez-Gil, 2021, p. 150).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between Gender-Affirming Surgeries and mental health outcomes. *JAMA surgery, 156*(7), 611–618. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952>
- Alsedo, Q. (2022a). A me en el laberinto del género: “Creí que era trans, pero me equivocaba”. *El Mundo*, 19 de abril de 2022. <https://www.elmundo.es/papel/historias/2022/04/18/625d96cbfdddfbbe598b4585.html>
- Alsedo, Q. (2022b). “Dicen que mi hija es un chico, pero en realidad tiene depresión”. *El Mundo*, 27 de abril de 2022.
- Ashley, F. (2021). The clinical irrelevance of “desistance” research for transgender and gender creative youth. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000504>
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A., de Ronde, W. P., van Trotsenburg, M. A., & Gooren, L. J. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology, 164*(4), 635–642. <https://doi.org/10.1530/EJE-10-1038>
- Bartlett, T. (2019). “Journal issues revised version of controversial paper that questioned why some teens identify as transgender”. *The Chronicle of Higher Education*. Consultada el 28/4/2022.
- Bell, K. (2021). Keira Bell, la chica arrepentida de convertirse en hombre, gana el juicio con polémica. *Nius*. https://www.niusdiario.es/vida/visto-oido/keira-bell-chica-transgenero-gana-juicio-terapia-hormonal-transexuales_18_3052095284.html (consultado el 1/5/2022).
- Biggs M. (2019). A letter to the editor regarding the original article by Costa et al: Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Sexual Medicine, 16*(12), 2043. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.002>
- Biggs M. (2020). Puberty blockers and suicidality in adolescents suffering from Gender Dysphoria. *Archives of sexual behavior, 49*(7), 2227–2229. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01743-6>
- Bilek, J. (2018). Who are the rich, white men institutionalizing transgender ideology?. *The Federalist*. <https://thefederalist.com/2018/02/20/rich-white-men-institutionalizing-transgender-ideology/> consultado el 20/5/2022)
- Bilek, J. (2020). The Stryker Corporation and the Arcus Foundation: Billionaires behind The New ‘LGBT’ Movement. *Uncommon Ground Media*. <https://uncommongroundmedia.com/stryker-arcus-billionaires-lgbt/> (consultado el 20/5/2022)
- Binetti, M. J. (2021). La ideología queer y sus dispositivos económico-políticos para sustituir el “sexo” por la “identidad de género”. *Red Sociales, 8*, 15-30.
- Bonfatto, M., & Crasnow, E. (2018). Gender/ed identities: An overview of our current work as child psychotherapists in the Gender Identity Development Service. *Journal of Child Psychotherapy, 44*(1), 29-46. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2018.1443150>
- Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. (2022). Care of transgender patients: A general practice quality improvement approach. *Healthcare, 10*(1), 121. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010121>
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2020). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after Gender-Affirming Surgeries: A total population study. *American Journal of Psychiatry, 177*(8), 727–734. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>
- Cantor J. M. (2020). Transgender and gender diverse children and adolescents: Fact-checking of AAP policy. *Journal of Sex & Marital Therapy, 46*(4), 307–313. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1698481>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS one, 16*(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Cass, H. (2022). *Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*. <https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf>
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with Gender Dysphoria: A systematic review. *Pediatrics, 141*(4), e20173742. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>

- Claahsen-van der Grinten, H., Verhaak, C., Steensma, T., Middelberg, T., Roeffen, J., & Klink, D. (2021). Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. *European Journal of Pediatrics*, 180(5), 1349–1357. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03906-y>
- Clayton, A. (2022). The Gender Affirmative Treatment Model for youth with Gender Dysphoria: A medical advance or dangerous medicine? *Archives of Sexual Behavior*, 51(2), 691–698. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02232-0>
- Contra el Borrado de las mujeres (2020). El Lobby. La financiación del generismo queer. <https://contraelborradodelasmujeres.org/financiacion/> (consultado el 20/5/2022)
- Correction to Bränström and Pachankis. (2020). *American Journal of Psychiatry*, 177(8), 734. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.1778correction>
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2206–2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>
- D'Angelo, R. (2020). The man I am trying to be is not me. *International Journal of Psycho-analysis*, 101(5), 951–970. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810049>
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7–16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- Dagny (2019). Ex-‘trans man’ wants the world to know that social media fuels kids’ decision to change sex. *LifeSite*. <https://www.lifesitenews.com/news/ex-trans-man-wants-the-world-to-know-that-social-media-fuels-kids-decision-to-change-sex/> (consultado el 1/5/2022).
- Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: systematic review and quality assessment. *BMJ open*, 11(4), e048943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943>
- De Castro, C., Solerdelcoll, M., Plana, M. T. et al. (2022). High persistence in Spanish transgender minors: 18 years of experience of the Gender Identity Unit of Catalonia, *Revista de Psiquiatria y Salud mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.02.001>
- De Celis Sierra, M. (2021). Pensar analíticamente sobre el transgenerismo, una tarea urgente. (Reseña de una controversia y un caso clínico en el IJP de noviembre de 2020). *Aperturas Psicoanalíticas* (66), Artículo e10. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001148>
- Dentons, Thomson Reuters e Iglyo. (2019). Only adults? Good practices in legal gender recognition for Youth. International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and Intersex Youth & Student Organisation. https://www.iglyo.com/wp-content/uploads/2019/11/IGLYO_v3-1.pdf (consultado 25/5/2022).
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Douthat, R. (2021). *La sociedad decadente. Cómo nos hemos convertido en víctimas de nuestro propio cuerpo*. Ariel.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- Ekman, K. E. (2022). *Sobre la existencia del sexo. Reflexiones sobre la nueva perspectiva de género*. Cátedra.
- Entwistle K. (2021). Debate: Reality check - Detransitioners’ testimonies require us to rethink Gender Dysphoria. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 15–16. <https://doi.org/10.1111/camh.12380>
- Errasti, J. y Pérez-Álvarez, M. (2022). *Nadie nace en un cuerpo equivocado: éxito y miseria de la ideología de género*. Deusto/Planeta.
- Esteva de Antonio, I., Expósito-Campos, P., y Gómez-Gil, E. (2021). Atención sanitaria a la transexualidad. Necesidad de experiencia interdisciplinar. En R. M. Rodríguez Magda (Coord.), *El sexo en disputa. De la necesaria recuperación jurídica de un concepto* (pp. 129-152). Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Expósito-Campos P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270–280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>
- Expósito-Campos, P., Gómez-Balaguer, M., Hurtado-Murillo, F., García-Moreno, R. M., & Morillas-Ariño, C. (2022). Medical detransition following transgender identity reaffirmation: two case reports. *Sexual Health*, 18(6), 498–501. <https://doi.org/10.1071/SH21089>
- Flier, J. S. (2018). As a former Dean of Harvard Medical School, I question Brown’s failure to defend Lisa Littman. *Quillette*. Consultada el 28/4/2022.
- Gómez-Gil, E., Esteva de Antonio, I., Fernández Rodríguez, M. et al. (2020). Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: Demandas, controversias y reflexiones. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 16 de noviembre e202011123.
- González-Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Alianza.
- Griffin, L., Clyde, K., Byng, R., & Bewley, S. (2021). Sex, gender and gender identity: A re-evaluation of the evidence. *BJPsych Bulletin*, 45(5), 291–299. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.73>
- Grup d’ètica CAMFiC (2022). Protecció a menors con disconformidad-dissidència de sexo-gènere. *Blog del Grup de Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria*. <https://ecamfic.wordpress.com/2022/05/09/proteccio-als-menors-amb-disconformitats-dissidencies-de-sexe-genere/> (consultado el 18/5/2022).
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6), e184. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>
- Haupt, C., Henke, M., Kutschmar, A., Hauser, B., Baldinger, S., Saenz, S. R., & Schreiber, G. (2020). Antiandrogen or estradiol treatment or both during hormone therapy in transitioning transgender women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD013138. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013138.pub2>
- Herbenick, D., Rosenberg, M., Golzarri-Arroyo, L. et al. (2022). Changes in penile-vaginal intercourse frequency and sexual repertoire from 2009 to 2018: Findings from the National Survey of Sexual Health and Behavior. *Archives of Sexual Behavior* 51, 1419–1433. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02125-2>
- IPsyNet (2018). *Declaración sobre cuestiones LGBTQ+, por parte de The International Psychology Network for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Issues (IPsyNet), la Red de Psicología Internacional de Asuntos Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero e Intersexual*. <https://www.apa.org/ipsynet/advocacy/policy/statement-context-spanish.pdf> (consultado 18/5/2022)

- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläljärvi, M., & Frisén, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31–41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- Kirkup, J. (2019). The document that reveals the remarkable tactics of trans lobbyists. *The Spectator*. <https://www.spectator.co.uk/article/the-document-that-reveals-the-remarkable-tactics-of-trans-lobbyists> (consultado 26/5/2022)
- Kirkup, J. (2021). Revealed: the secret trans-rights lobbying operation in parliament. *The Spectator*. <https://www.spectator.co.uk/article/revealed-the-secret-trans-rights-lobbying-operation-in-parliament> (consultado el 26/5/2022)
- Levine, S. B. (2018). Transitioning back to maleness. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 1295–1300. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1136-9>
- Levine, S. B., Abbruzzese, E., & Mason, J. W. (2022). Reconsidering informed consent for trans-identified children, adolescents, and young adults. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1–22. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221>
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE* 13(8): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE* 14(3): e0214157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>
- Littman, L. (2020). The use of methodologies in Littman (2018) is consistent with the use of methodologies in other studies contributing to the field of Gender Dysphoria research: Response to Restar (2019). *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 67–77. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01631-z>
- Littman, L. (2021). Individuals treated for Gender Dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
- López de Lara, D., Pérez Rodríguez, O., Cuéllar-Flores, I. et al. (2020). Evaluación psicosocial en adolescentes transgénero. *Anales de Pediatría*, 93, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.01.019>
- Malo, P. (2021). *Los peligros de la moralidad. Por qué la moral es una amenaza para las sociedades del siglo XXI*. Deusto.
- Marchiano, L. (2021). Gender detransition: a case study. *Journal of Analytical Psychology*, 66(4), 813-832. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12711>
- Miyares, A. (2022). *Delirio y misoginia trans. Del sujeto transgénero al humanismo*. Catarata.
- Moral-Martos, A., Guerrero-Fernández, J., Gómez-Balaguer, M. et al. (2022). Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso. *Anales de Pediatría*, 96(4), 349.e1-349.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.02.002>
- Moschella, M. (2021). Trapped in the wrong body? Transgender identity claims, body-self dualism, and the false promise of Gender Reassignment Therapy. *Journal of Medicine and Philosophy*, 46(6), 782–804. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhab030>
- NICE (2020a). *Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*. <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070905/attachment>
- NICE (2020b). *Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria*. <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070871/attachment>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Pazos Guerra, M., Gómez Balaguer, M., Gomes Porras, M., Hurtado Murillo, F., Solá Izquierdo, E., & Morillas Ariño, C. (2020). Transexualidad: Transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España [Transsexuality: Transitions, detransitions and regrets in Spain]. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 67(9), 562–567. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: Más allá de la corriente principal*. Alianza,
- Pluckrose, H. y Lindsay, J. (2020). *Cynical theories: How universities made everything about race, gender, and identity*. Faber And Faber
- Pullen Sansfaçon, A., Medico, D., Suerich-Gulick, F., & Temple Newhook, J. (2020). “I knew that I wasn’t cis, I knew that, but I didn’t know exactly”: Gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care. *International Journal of Transgender Health*, 21(3), 307–320. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1756551>
- Rae, J. R., Gülgöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science*, 30(5), 669–681. <https://doi.org/10.1177/0956797619830649>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender Dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Rodríguez Magda, R. M. (2021a). La identidad de género y la imposible autodeterminación del sexo. En R. M. Rodríguez Magda (Coord.), *El sexo en disputa. De la necesaria recuperación jurídica de un concepto* (pp. 17-56). Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Rodríguez Magda, R. M. (Coord.), (2021b). *El sexo en disputa. De la necesaria recuperación jurídica de un concepto*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Sadjadi, S. (2019). Deep in the brain: Identity and authenticity in pediatric gender transition. *Cultural Anthropology*, 34(1), 103-129. <https://doi.org/10.14506/ca34.1.10>
- Shrier, A. (2021). *Un daño irreversible: La locura transgénero que seduce a nuestras hijas*. Deusto/Planeta.
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with Gender Identity Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>
- South, S. J., & Lei, L. (2021). Why are fewer young adults having casual sex? *Socius*. <https://doi.org/10.1177/2378023121996854>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood Gender Dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2018). A critical commentary on “A critical commentary on follow-up studies and “desistence” theories about transgender and gender non-conforming children”. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 225–230. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468292>
- Stock, K. (2022). *Material girls. Por qué la realidad es importante para el feminismo*. Shackelton.

- T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, *40*(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>
- Taleb, N. N. (2019). *Jugarse la piel. Asimetrías ocultas en la vida cotidiana*. Paidós.
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 212–224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open*, *5*(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, *145*(2), e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, *8*(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Van Mol, A., Laidlaw, M. K., Grossman, M., & McHugh, P. R. (2020). Gender-Affirmation Surgery conclusion lacks evidence. *The American Journal of Psychiatry*, *177*(8), 765–766. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.19111130>
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, *69*(9), 1602–1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M., Bremmer, M. A., Nota, N. M., de Blok, C., Coumou, B., & Steensma, T. D. (2020). Trends in suicide death risk in transgender people: Results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972-2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(6), 486–491. <https://doi.org/10.1111/acps.13164>
- Withers, R. (2020). Transgender medicalization and the attempt to evade psychological distress. *Journal of Analytical Psychology*, *65*(5), 865–889. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12641>
- WPATH (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf (consultado 20/5/2022).
- Wren, B. (2019). Ethical issues arising in the provision of medical interventions for gender diverse children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *24*(2), 203–222. <https://doi.org/10.1177/1359104518822694>
- Zucker, K. J. (2018). The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender non-conforming children” by Temple Newhook et al. (2018). *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 231–245. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293>
- Zucker, K. J. (2019). Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Archives of Sexual Behavior*, *48*(7), 1983–1992. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8>