

Artículo

En favor de la Psicología Afirmativa, crítica del libro *Nadie nace en un cuerpo equivocado*

Gabriel J. Martín¹ 

IPsNet, España

INFORMACIÓN

Recibido: Junio 2, 2022
Aceptado: Junio 22, 2022

Palabras clave

Transsexualidad
Estudios queer
Identidad de género
Psicología afirmativa
LGBT
Directrices

RESUMEN

En las siguientes páginas se realiza un análisis de las afirmaciones sobre la “Terapia Afirmativa” centrada en personas *trans*³ que aparecen en el libro “*Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género*” (Errasti y Pérez, 2022). Para ello se aportan los estudios que refutan las informaciones que este manual presenta sobre asuntos como el *ROGD*, las *detransiciones* o la supuesta laxitud del enfoque afirmativo.

In favor of Affirmative Psychology, review of the book “*Nadie nace en un cuerpo equivocado*”

ABSTRACT

In the following pages, an analysis is made of the statements concerning affirmative therapy on trans people appearing in the book “*Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género*” [Nobody is born in the wrong body: the success and misery of gender identity] (Errasti & Pérez, 2022). To this end, studies are provided that refute the information presented in this manual on issues such as *ROGD*, *detransitions*, and the alleged laxity of the affirmative approach.

Keywords:

Transsexuality
Queer studies
Gender identity
Affirmative psychology
LGBT
Guidelines

1 Experto en Psicología Afirmativa Gay, coordinador del grupo de trabajo de psicología afirmativa LGBT del Col·legi de Psicologia de Catalunya y representante del Consejo General de la Psicología de España en IPsyNet, la red internacional de expertos en psicología afirmativa LGBT de la American Psychological Association.

2 Errasti y Pérez hablan de “terapia afirmativa”, no de psicología afirmativa. Bajo este término a veces se refieren a actuaciones médicas y, otras veces, a la terapia psicológica.

3 En este artículo se prefiere la nomenclatura “trans” frente a “transsexual” o “transgénero” en conformidad a las directrices internacionales.

Introducción

El libro “*Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género*” ha generado una oleada de reacciones. Muchos profesionales han mostrado su preocupación acerca del papel que les corresponderá si se aprueba una ley *trans* en nuestro país creyendo que en el mencionado libro se hace un diagnóstico realista de la atención para las personas *trans* promovida por el enfoque afirmativo. Tanto en IPsyNet como en los diferentes grupos de trabajo de los Colegios de Psicología hemos recibido numerosas consultas de psicólogos y psicólogas sobre las afirmaciones vertidas en este manual. Así, pensamos que es nuestra obligación aclarar aquellas imprecisiones y falsedades que aparecen en dicho ensayo.

De los diez capítulos que componen el libro, los seis primeros están dedicados a la filosofía *queer* (más propiamente a los “Estudios *Queer*”), el capítulo séptimo habla sobre las infancias *trans* y solo el capítulo octavo aborda el trato de la transexualidad desde la Terapia Afirmativa. Los capítulos nueve y diez regresan a la temática *queer*. Lo relativo a este pensamiento filosófico deberá discutirse con filósofos, el presente análisis se centra en la Psicología analizando y discutiendo aquellas afirmaciones de los capítulos séptimo y octavo que carecen de validez científica y que, por tanto, deben ser rechazadas.

El Rapid Onset on Gender Dysphoria

En el capítulo dedicado a las infancias *trans* se habla con profusión del ROGD (*Rapid Onset on Gender Dysphoria*), concepto que surge del estudio Littman (2018). Este estudio fue fuertemente criticado e incluso dio nombre a una polémica (“*Rapid-onset gender dysphoria controversy*”). Obligada a rectificar por la revista PLOS ONE, Littman publicó lo siguiente:

“The post-publication review identified issues that needed to be addressed to ensure the article meets PLOS ONE’s publication criteria. Given the nature of the issues in this case, the PLOS ONE Editors decided to republish the article, replacing the original version of record with a revised version in which the author has updated the Title, Abstract, Introduction, Discussion, and Conclusion sections, to address the concerns raised in the editorial reassessment. The Materials and methods section was updated to include new information and more detailed descriptions about recruitment sites and to remove two figures due to copyright restrictions. Other than the addition of a few missing values in Table 13, the Results section is unchanged in the updated version of the article”.

Al respecto, el editor de *PLOS One*’s editor escribió

“The corrected article now provides a better context of the work, as a report of parental observations, but not a clinically validated phenomenon or a diagnostic guideline”.

Es decir, las conclusiones del estudio original se basaron en lo que los padres pensaban, no en la presencia de un trastorno diagnosticado por un profesional. La corrección completa se puede leer en (Littman, 2019) donde se afirma:

“This study of parent observations and interpretations serves to develop the hypotheses that rapid-onset gender dysphoria is a phenomenon and that social influences, parent-child conflict, and maladaptive coping mechanisms

may be contributing factors for some individuals. Rapid-onset gender dysphoria (ROGD) is not a formal mental health diagnosis at this time. This report did not collect data from the adolescents and young adults (AYAs) or clinicians and therefore does not validate the phenomenon”.

Además de las críticas a la validez interna (Restar, 2020), la única conclusión que permite el trabajo de Littman es que, desde la perspectiva de los padres, para muchos parece como si su hijo/a “se hubiese vuelto *trans* de repente”. De hecho, es habitual que los menores *trans* no informen a sus progenitores sobre su identidad de género hasta que lo han elaborado mentalmente por completo y esto hace que los progenitores se queden desconcertados ante lo aparentemente repentino del suceso (Sorbara et al., 2021). Así, muchos de los padres y madres de menores *trans* reciben la noticia con sorpresa y no saben cómo procesar lo que está ocurriendo. La evidencia, además, demuestra que los datos clínicos no permiten sostener el concepto de ROGD (Bauer et al, 2021):

We did not find support within a clinical population for a new etiologic phenomenon of rapid onset gender dysphoria during adolescence. Among adolescents under age 16 years seen in specialized gender clinics, associations between more recent gender knowledge and factors hypothesized to be involved in rapid onset gender dysphoria were either not statistically significant, or were in the opposite direction to what would be hypothesized. This putative phenomenon was posited based on survey data from a convenience sample of parents recruited from websites, and may represent the perceptions or experiences of those parents, rather than of adolescents, particularly those who may enter into clinical care. Similar analyses should be replicated using additional clinical and community data sources. Our finding of lower anxiety severity/impairment scores in adolescents with more recent gender knowledge suggests the potential for longstanding experiences of gender dysphoria (or their social complications) playing a role in development of anxiety, which could also be explored in future research.

Por último recordar que el concepto “*rapid onset on gender dysphoria*” ha sido ampliamente rechazado por la comunidad científica (Coalition for the Advancement and Application of Psychological Science, 2021).

“In 2021, the Coalition for the Advancement and Application of Psychological Science released a statement calling for the elimination of the concept of ROGD from clinical and diagnostic use, as “there are no sound empirical studies of ROGD and it has not been subjected to rigorous peer-review processes that are standard for clinical science.” The statement also states that the term “ROGD” is likely to stigmatize and cause harm to transgender people, and that misinformation surrounding ROGD is used to justify laws suppressing the rights of transgender youth. The statement was cosigned by the American Psychiatric Association, the American Psychological Association, the Society of Behavioral Medicine, the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, and the National Association of School Psychologists”.

Conclusión: Las afirmaciones que aparecen en el libro analizado sobre el ROGD carecen por completo de fundamento y validez científica.

El incremento de pacientes derivados a unidades de género

Al comenzar el capítulo sobre las infancias trans, los autores muestran el incremento de menores derivados a estas unidades como si ese aumento fuese indicativo de un exceso (p. 277-278⁴).

Las clínicas de género de todo el mundo informan de un aumento en el número de derivaciones con edades más tempranas y, en particular, de niñas. Así, por ejemplo, referido al Reino Unido, mientras que hace nueve años sólo se derivaron 40 niñas para el tratamiento de transición de sexo, esa cifra es ahora de 1.806, un aumento del 4.515 por ciento. Por su lado, el número de niños aumentó de 56 a 713 en ese mismo tiempo. Una referencia de Suecia habla del 1.500 por ciento de incidencia incrementada. España sigue tendencias similares.

Varias explicaciones, probablemente interconectadas, se han ofrecido para dar cuenta de este aumento: 1) la visibilidad dada a cuestiones transgénero en los medios, 2) internet, con sus innumerables sitios sobre la disforia de género, 3) la paulatina despatologización y reducción del estigma con respecto a la disforia de género y la identidad transgénero, 4) la disponibilidad de tratamiento biomédico, empezando por la supresión del desarrollo puberal, y 5) el enfoque «afirmativo» de atención adoptado por muchas clínicas y equipos de identidad de género. Algo está pasando en la infancia.

Sin embargo, lo cierto es que dicho incremento se debe a una mejora en la atención a un colectivo que estaba muy desatendido. En el caso concreto de Reino Unido, esto se ve ratificado por un informe sobre este servicio (Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, 2020) donde se afirma:

“The service was difficult to access. There were over 4600 young people on the waiting list. Young people waited over two years for their first appointment”.

No solo es que hayan aumentado las derivaciones, es que el servicio fue deficitario durante años y aún hoy quedan miles de jóvenes en lista de espera que siguen sin ser atendidos. La referencia que aparece en el libro sobre la situación en Suecia no es un informe científico sino una noticia de The Guardian de febrero de 2020 (Orange, 2020) que expone la polémica surgida a raíz de la emisión de un show televisivo donde se habló de un informe sobre las personas trans en Suecia. Cuando buscamos y llegamos al informe sobre el que parten estas noticias, leemos⁵:

En una primera versión de este comunicado de prensa, se indicó una cifra incorrecta por mil con respecto a qué parte de la población en 2018 tenía algún tipo de disforia de género. Esto ha sido corregido [...] El aumento que se ha observado en los últimos diez años se aplica principalmente entre los niños y adultos jóvenes y especialmente entre aquellos que han sido registrados como niñas al nacer. La cantidad de casos nuevos de disforia de género diagnosticada entre personas de 13 a 17 años ha aumentado en casi un 1500 por ciento desde 2008 [...] Peter Salmi, investigador de la Junta Nacional de Salud y Bienestar afirmó que: “- Sí, no hay duda de que el aumento es claro, sin embargo, no sabemos a qué se debe el aumento”.

La realidad es que, tal como se recoge más adelante en este mismo informe, una vez producido este incremento del 1500%, el total de personas diagnosticadas en Suecia no llega ni a 6.000, el 0,6 por mil de la población. Es decir, han tenido que aumentar 1500% las atenciones a las personas trans para que estas lleguen a representar el 0,6 por mil de la población. Esto lo que dibuja realmente es un paisaje desolador sobre las atenciones que recibían estas personas anteriormente. En lo referente a España, el artículo que citan Errasti y Pérez (el de Becerra, 2020) dice:

Algunos estudios sugieren que entre el 0,17 y el 1,3% de los adolescentes y adultos jóvenes se identifican como transgénero, y este aumento ha sido calificado por algunos como un «brote»⁶. [...] En España este fenómeno también alcanza dimensiones parecidas y con explicaciones similares. La existencia de Unidades de Identidad de Género (UIG) en el sistema sanitario público en casi todas las comunidades autónomas ha cubierto de manera importante las necesidades sanitarias de la población. Además, debemos destacar la publicación en las distintas autonomías de leyes que han permitido estimular tanto la asistencia sanitaria pública como la consecución de derechos personales y sociales.

¿El 0,17% o el 1,3% pueden considerarse un “brote”? Para comprender mejor la verdadera dimensión de las diferentes prevalencias mencionadas, debe decirse que no sabemos exactamente cuántas personas trans hay en el mundo porque el criterio para evaluar esta prevalencia puede cambiar de un estudio a otro (Collin et al., 2016). Sin embargo, se habla de cifras en torno al 0,9 en USA (Meerwijk y Sevelius, 2017) y el 1% en Reino Unido (Glen y Hurrell, 2012; Reed et al., 2009). Incluso algunas revisiones llegan a cifras del 4,6% en Europa (Arcelus et al., 2015). Así, el 1% no pueden considerarse sino lo “normal” en el más estricto sentido estadístico. Por tanto, si, por ejemplo, la población de UK son 67 millones, el 1% serían 670.000 personas trans en Reino Unido. Atender las 713 personas/año mencionadas en el libro puede ser un número hasta bajo, muy al contrario de lo que sugieren los autores del libro analizado. Lo mismo puede decirse del resto de países y cifras.

Conclusión: el incremento del número de derivaciones se debe a un mal funcionamiento previo de los centros y una insuficiente atención a personas trans pero no a ningún tipo de moda o ideología imperante como se sugiere en el libro.

El Estudio de Dhejne et al. (2011)

Al referirse al enfoque afirmativo, los autores se pronuncian de la siguiente forma (p. 327-330):

“Estudios de seguimiento de personas transexuales que han pasado por la cirugía de reasignación de sexo no muestran, desafortunadamente, los beneficios con los que se presenta el enfoque afirmativo. Un estudio de seguimiento de más de diez años realizado en 2011 -no citado en el informe de la APA- indica que «aun cuando la reasignación de sexo alivia la disforia de género, es necesario identificar y tratar la morbilidad psiquiátrica concurrente no sólo antes, sino después de la reasignación”

⁴ Nótese que la paginación corresponde a la versión electrónica del libro. Este, en concreto, lo leí en la plataforma de lectura Nextory.

⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/vanligt-med-flera-psykiatriska-diagnoser-hos-personer-med-konsdysfori/>

⁶ Este informe también habla de ROGD y otros mitos aunque sitúa el porcentaje de detransicionadores entre el 1 y el 8%

El estudio de seguimiento al que se refieren es el de [Dhejne et al \(2011\)](#) el cual no evalúa la eficacia del enfoque psicológico afirmativo sino la de las cirugías de reasignación como muy bien indica su título. Equiparar “enfoque afirmativo” con “cirugías” es engañoso como se verá más adelante pero no nos anticipemos. El estudio referido concluye lo siguiente:

“Persons with transsexualism, after sex reassignment, have considerably higher risks for mortality, suicidal behaviour, and psychiatric morbidity than the general population. Our findings suggest that sex reassignment, although alleviating gender dysphoria, may not suffice as treatment for transsexualism, and should inspire improved psychiatric and somatic care after sex reassignment for this patient group”.

Dhejne y colegas piden que se mejore la atención a las personas *trans* y que esta no se limite a unas meras cirugías. Estos autores remarcan la necesidad de crear mejores atenciones psicológicas para seguir apoyando a las personas *trans* durante más tiempo y la necesidad de un mundo con menos transfobia. En este sentido, es importante recordar que los estudios a largo plazo incluyen personas que han sufrido cirugías experimentales que no les han aportado mayor calidad de vida. Lo que se afirma, finalmente, es que las personas *trans* son un colectivo tan vulnerable y tan victimizado que no basta con la reasignación ni con un apoyo psicológico limitado al periodo de su transición para solucionar sus problemas de salud mental y emocional. Muchas necesitan apoyo psicológico durante mucho más tiempo y el estudio de Dhejne et al., quiere hacer hincapié en ello. Si eso es lo que Errasti y Pérez pretendían decir, obviamente no se puede estar en desacuerdo. El problema es que el libro sugiere que la Terapia Afirmativa se limita a promover cirugías y no menciona que la psicología afirmativa, justamente al contrario de lo que se indica, aboga por una intervención mucho más amplia que una simple cirugía:

Psychologists are encouraged to inform public policy to reduce negative systemic impact on TGNC⁷ people and to promote positive social change. Psychologists are encouraged to identify and improve systems that permit violence; educational, employment, and housing discrimination; lack of access to health care; unequal access to other vital resources; and other instances of systemic inequity that TGNC people experience (APA, 2015).

Conclusión: que las cirugías no son la panacea es, precisamente, lo que sostiene la Terapia Afirmativa.

El mantra del 80% de detransiciones

Los autores afirman que los criterios de la Terapia Afirmativa son laxos y que no está sostenida por la evidencia de acuerdo con la revisión de Cantor (p. 316-318):

Aun cuando las declaraciones de la AAP y de la APA psicológica se apuntalan en abundante literatura científica, revisiones más cuidadosas de la evidencia disponible muestran que el enfoque afirmativo no es tan evidente ni otras alternativas se pueden descartar. Por su lado, la declaración de la APA psiquiátrica es un documento de poco más de una página, sin referencias, en favor del tratamiento

afirmativo y oponiéndose enfáticamente a todo intento que impidiera el acceso al citado tratamiento. Así pues, procede analizar las declaraciones de dichas academias de pediatría y de psicología.

La declaración de política (Policy Statement) de la AAP en favor del enfoque afirmativo no está sostenida por la evidencia de acuerdo con la revisión de James Cantor. Los problemas de esta declaración, de acuerdo con Cantor, se refieren tanto a lo que deja fuera, como a la interpretación parcial de las fuentes que cita. Deja fuera los numerosos estudios -al menos once- de seguimiento de la disforia de género de la infancia y la adolescencia, los cuales muestran invariablemente que la mayoría de quienes presentan disforia desisten, por no hablar del creciente número de detransicionistas. Esto sugiere dos cosas: una es que el enfoque afirmativo «cuanto antes» puede ser precipitado y otra que la espera atenta sería más prudente.

El artículo de [Cantor \(2020\)](#), que, según los autores, parece capaz de desmontar la abundante evidencia sobre la que descansa la terapia afirmativa, en realidad solamente se refiere a niños y adolescentes y se limita a preguntarse sobre la persistencia del diagnóstico de “disforia de género” pasada la adolescencia. Además de que parece muy poco material para desmontar todo la evidencia acumulada a favor del enfoque afirmativo, hay algo importante que aclarar sobre los “desistidores” o “detransicionadores” a los que se refiere este estudio.

Sobre el concepto de “detransicionador” ha habido mucha polémica hasta el punto de que el 80% al que me refiero con el título del epígrafe se ha convertido en un mantra que repiten sectores conservadores sobre el porcentaje de menores que “desisten” de sentirse transexuales. Lo explicaré en detalle pero, antes, es importante aclarar que es rotundamente falso que las directrices de la APA ([APA, 2015](#)) se tomen las transiciones a la ligera. Muy al contrario, las directrices, en lo referente a menores son muy cautelosas y recuerda que nuestro papel es el de acompañar, no el de prescribir tratamientos médicos. Además, tienen muy presentes que la no conformidad de género podría ser transitoria. Decir que la APA es muy laxa o que anima a transicionar es faltar a la verdad ([APA, 2015](#)):

“Because gender nonconformity may be transient for younger children in particular, the psychologist’s role may be to help support children and their families through the process of exploration and self-identification (Ehrensaft, 2012). Additionally, psychologists may provide parents with information about possible long-term trajectories children may take in regard to their gender identity, along with the available medical interventions for adolescents whose TGNC identification persists (Edwards-Leeper & Spack, 2012)”.

Volviendo a los detransicionadores, en otro artículo similar al que citan Errasti y Pérez ([Kaltiala et al., 2018](#)) se afirma que el 80% de los menores desisten de su transexualidad:

“Evidence from the 10 available prospective follow-up studies from childhood to adolescence (reviewed in the study by Ristori and Steensma) indicates that for ~80% of children who meet the criteria for GDC, the GD⁸ recedes with

⁷ TGNC: TransGender y NonConforming: transgénero y personas no conformes con los estereotipos de género.

⁸ Gender Disforia y Gender Disforia Criteria respectivamente.

puberty. Instead, many of these adolescents will identify as non-heterosexual”.

Sigamos el hilo comenzando por acudir al artículo original citado, el de Ristori y Steensma (2016) donde encontramos:

“The conclusion from these studies is that childhood GD is strongly associated with a lesbian, gay, or bisexual outcome and that for the majority of the children (85.2%; 270 out of 317) the gender dysphoric feelings remitted around or after puberty (see Table 1).”

En este artículo, la autora expresa una duda razonable sobre la persistencia de la DG⁹ una vez estas criaturas se hacen adultas y sobre la conveniencia de aplicar tratamientos irreversibles. Esta misma cautela se expresa en otros artículos recientes (Singh et al., 2021) en el que, por cierto, también se reconocen defectos metodológicos en aquellos estudios que hablan de las detransiciones:

“In recent years, there have been various criticisms of these follow-up studies (Rafferty, 2018; Winters, 2019); for a rebuttal, see Zucker, 2018 particularly with regard to the putatively high percentage of desistance. It has been questioned, for example, to what extent the patients in these studies truly had GID/GD. For example, in the early studies, prior to the publication of DSM-III, one could reasonably argue that the diagnostic status of the patients was unclear because there were no formal diagnostic criteria to rely upon. However, one could argue in return that the behavior of these boys was phenomenologically consistent with the subsequent DSM criteria”.

Al clarificar el criterio diagnóstico, muchos de los que antes entraban en la muestra, dejan de formar parte pues ya no se les considera personas con disforia de género. No se han “curado” ni “desistido” sino que anteriormente habían sido erróneamente consideradas “disfóricas”. Aún así, sin embargo, sí que existe un porcentaje de “detransicionadores” pero de los que, publicaciones más recientes, niegan que sean un grupo tan amplio. Por ejemplo, Winters (Op. Cit.) dice:

“The most pervasive and damaging stereotype about transgender children that is used to frighten parents, therapists, and medical professionals is that the vast majority of them are “going through a phase.” The “80% desistance” dictum alleges that gender dysphoria, defined as distress with their physical sex characteristics or associated social roles, and identification as trans will remit for approximately 80% of young trans children. It predicts that most young trans boys will spontaneously revert to identifying as girls by puberty and develop into cisgender lesbian women, and that most young trans girls will spontaneously revert to identifying as boys by puberty and develop into cisgender gay men. A growing body of research is focused on transgender children with supportive families and care providers and is refuting the stereotype that most trans or gender dysphoric children are “confused” and will become cisgender gay or lesbian adults. Socially transitioned trans children supported by their families exhibit far less psychopathology than previously reported among closeted

and unsupported youth. Prospective studies in progress will no doubt shed much more light on the outcomes of trans children who are supported in socially authentic gender roles”.

Parece que, en todo caso, un porcentaje (menor, como veremos) desiste debido a las presiones de sus familiares y entornos sociales ya que esta “vuelta atrás” no se produce en adolescentes que cuentan con el apoyo familiar. En la misma dirección encontramos las aportaciones de Ashley, F. (2021) quien, desde su abstract explica:

“In recent years, the suggestion that over 80% of trans and gender creative children will grow up cisgender has been strongly criticized in the academic literature. Although concerns over the methodology of these studies, known as desistance research, has shed considerable doubt regarding the validity of the reported number, less attention has been paid to the relevance of desistance research to the choice of clinical model of care. This article analyzes desistance research and concludes that the body of research is not relevant when deciding between models of care. Three arguments undermining the relevance of desistance research are presented. Drawing on a variety of concerns, the article highlights that “desistance” does not provide reasons against prepubertal social transition or peripubertal medical transition, that transition for “desisters” is not comparably harmful to delays for trans youth, and that the wait-and-see and corrective models of care are harmful to youth who will grow up cis. The assumed relevance of desistance research to trans youth care is therefore misconceived. Thinking critically about the relationship between research observations and clinical models of care is essential to progress in trans health care”.

Como se ve, es más irreparable el daño de no poder transicionar. Sin embargo, Errasti y Pérez insisten mucho en lo peligroso del enfoque afirmativo y en el riesgo que suponen las detransiciones (p. 330-332):

La detransición es un fenómeno emergente que pone de relieve dos cosas: las secuelas del enfoque afirmativo y los problemas añadidos de lidiar con la propia detransición, entre ellos, el sentimiento de arrepentimiento, el abandono, la soledad, la vergüenza y los cambios físicos y sociales llevados a cabo. Aunque se desconoce la prevalencia de la detransición, es probable que esté subestimada. Lo cierto es que no existe una narrativa única para explicar las experiencias de todos los que la emprenden. Algunos detransicionistas vuelven a identificarse con su sexo de nacimiento, otros asumen (o mantienen) una identificación no binaria, y algunos continúan identificándose como transgénero. Asimismo, algunos detransicionistas lamentan haber realizado la transición y otros no. Otros refieren experiencias que apoyan la hipótesis de la disforia de comienzo rápido, según la cual su disforia de género comenzó durante o después de la pubertad y que problemas de salud mental, traumas, compañeros, redes sociales, comunidades en línea y dificultades para aceptarse a sí mismos como lesbianas, gais o bisexuales estaban relacionados con su disforia de género y su deseo de transición.

⁹ “Disforia de Género” o Gender Dysphoria (GD) en los originales en inglés. Muchos de estos autores emplean esta nomenclatura hoy en desuso y no aconsejada desde la Psicología Afirmativa.

Esta colección de imprecisiones requiere una larga exposición que comienza por explicar el estudio de [Vandenbussche \(2022\)](#), la primera referencia del párrafo. Este estudio toma su muestra de una encuesta online hecha desde plataformas destinadas a personas que han “detransicionado”:

“A cross-sectional survey was conducted, using online social media to recruit detransitioners. Access to the questionnaire was open from the 16th of November until the 22nd of December 2019. Any detransitioner of any age or nationality was invited to take part in the study. The survey was shared by Post Trans (www.post-trans.com)-a platform for female detransitioners-via public posts on Facebook, Instagram and Twitter. Participants were also recruited through private Facebook groups and a Reddit forum for detransitioners (r/detrans). Some of the latter platforms were addressed exclusively to female detransitioners”.

Sinceramente, con este método de reclutamiento, sorprende que solamente el 50% de la población afirme haber detransicionado. Pero, además de la cuestionable selección de la muestra de este estudio, la propia definición de “detransicionador/a” resulta confusa y esto no es un problema menor ya que se trata de la variable principal del estudio:

“The term “detransitioner” will be used here to refer to someone who possibly underwent some of these medical and/or social detransition steps and, more importantly, who identifies as a detransitioner. It is important to add this dimension, because the act of medical/social detransition can be performed by individuals who did not cease to identify as transgender and who do not identify as detransitioners or as members of the detrans community. Furthermore, some individuals might identify as detransitioners after having ceased to identify as trans, while not being in a position to medically or socially detransition due to medical or social concerns. As [Hildebrand-Chupp \(2020\)](#) puts it: “[B]ecoming a detransitioner involves a fundamental shift in one’s subjective understanding of oneself, an understanding that is constructed within these communities.”(p.802). More qualitative research should be conducted in order to better understand how members of the detrans community define themselves and make sense of their own detransition process. However, this goes beyond the scope of this study”.

¿Cómo es posible que algunas personas puedan identificarse como detransicionadores sin dejar de identificarse como transgénero? Me resulta llamativo que Errasti y Pérez critiquen fuertemente en otros capítulos que una persona pida ser reconocida como “lo que siente” aunque esta identificación íntima no se manifieste en su expresión de género y, a la vez, se apoyen en un estudio donde los participantes son personas que quieren ser reconocidas como algo que no expresan externamente y cuya autora afirma que “convertirse en detransicionador implica un cambio fundamental en la comprensión subjetiva de sí mismo”. Esto contradice las tesis que Errasti y Pérez sostienen en los capítulos sobre el pensamiento *queer* pero, como ya dije, esos capítulos no son objeto de mi análisis. Solo me parecía oportuno subrayar esta impresionante ceremonia de la confusión. En cualquier caso, insisto: si un estudio no define bien sus variables,

las conclusiones a las que llega no puede ser tomadas demasiado en serio. Y esto es lo que sucede con el trabajo de [Vandenbussche \(2022\)](#) que, por cierto, todavía añade más confusión al informar sobre las razones para detransicionar que aducen los participantes de su muestra:

“The most common reported reason for detransitioning was realized that my gender dysphoria was related to other issues (70%). The second one was health concerns (62%), followed by transition did not help my dysphoria (50%), found alternatives to deal with my dysphoria (45%), unhappy with the social changes (44%), and change in political views (43%). At the very bottom of the list are: lack of support from social surroundings (13%), financial concerns (12%) and discrimination (10%). 34 participants (14%) added a variety of other reasons such as absence or desistance of gender dysphoria, fear of surgery, mental health concerns related to treatment, shift in gender identity, lack of medical support, dangerosity of being trans, acceptance of homosexuality and gender non-conformity, realization of being pressured to transition by social surroundings, fear of surgery complications, worsening of gender dysphoria, discovery of radical feminism, changes in religious beliefs, need to reassess one’s decision to transition, and realization of the impossibility of changing sex”.

Vemos que el mayor motivo para detransicionar era “mi disforia de género estaba relacionada con otros asuntos” pero no especifica cuáles eran esos asuntos. Además, no niega la persistencia de la disforia, solo afirma que la transición médica no fue la panacea (cosa que ya hemos analizado). Solo en el 14% “cajón de sastre” se menciona que el motivo fuese que la disforia de género hubiese desaparecido.

Una vez analizado este estudio y sus problemas metodológicos, debemos preguntarnos: ¿es cierto lo que afirman sobre el porcentaje de “detransicionadores”? La evidencia dice que no lo es. En un artículo con población española ([Pazos Guerra et al., 2020](#)) se habla de 8 detransiciones de 796 casos atendidos, eso supone el 1%. En población USA ([Turban et al. 2021](#)¹⁰) se ofrecen los siguientes resultados:

“A total of 17,151 (61.9%) participants reported that they had ever pursued gender affirmation, broadly defined. Of these, 2242 (13.1%) reported a history of detransition. Of those who had detransitioned, 82.5% reported at least one external driving factor. Frequently endorsed external factors included pressure from family and societal stigma. History of detransition was associated with male sex assigned at birth, nonbinary gender identity, bisexual sexual orientation, and having a family unsupportive of one’s gender identity. A total of 15.9% of respondents reported at least one internal driving factor, including fluctuations in or uncertainty regarding gender identity”. Las detransiciones informadas tuvieron que ver con falta de apoyo familiar o descubrir que eran personas no binarias.

Recientemente se ha publicado el preprint del seguimiento más actualizado sobre menores *trans* ([Olson et al., 2022](#)) y sus conclusiones son claras:

¹⁰ Por cierto, Cantor se quejaba de que Turban no le había contestado a su artículo. Parece que Turban sí le contestó pero a través de esta publicación.

“These results suggest that detransitions are infrequent. More commonly, transgender youth who socially transitioned at early ages continued to identify that way. Nonetheless, understanding retractions is crucial for clinicians and families to help make them as smooth as possible for youth”.

Conclusión: existiendo detransiciones: (1) se dan en un porcentaje muchísimo menor del que los autores del libro afirman y (2) la mayoría de esas detransiciones se relacionan no con que las personas no sean trans, sino con otros factores como que sean personas no binarias o con la falta de apoyo familiar o la discriminación social. El problema es la transfobia, no el enfoque afirmativo.

Sobre la terapia afirmativa

Además de lo dicho anteriormente, los autores del libro siembran dudas sobre la terapia afirmativa en otros lugares de su libro como por ejemplo (p. 316-318):

El enfoque afirmativo, por bien intencionado que sea, no está exento de problemas. Para empezar, no todos los casos son iguales como para ofrecerles una «talla única». Por otra parte, puede ocasionar daños irreversibles para quienes quieran volver atrás, un fenómeno cada vez más frecuente. Finalmente, no resuelve todos los problemas, incluso a aquellos para quienes sea la opción más adecuada. En realidad, el enfoque afirmativo es más políticamente correcto que correcto científicamente.

Para ilustrar su aseveración, sobre la “talla única” citan a [D’Angelo et al. \(2021\)](#). Para la segunda afirmación (los “daños irreversibles”) se basan en un libro polémico y acusado de las mismas tergiversaciones y errores que estamos analizando aquí y también publicado por la misma editorial ([Shrier, 2021](#)). La cita de su tercera afirmación es el estudio de Dhejne et al. del que ya hemos hablado y del que no merece la pena repetir que sus autores no pretenden decir lo que han interpretado Pérez y Errasti. Analicemos, por tanto, el artículo de [D’Angelo](#), donde se afirma que:

We believe that exploratory psychotherapy that is neither “affirmation” nor “conversion” should be the first-line treatment for all young people with GD, potentially reducing the need for invasive and irreversible medical procedures. This is especially critical now, when we are witnessing an exponential rise in the incidence of young people with GD who have diverse and complex mental health presentations and require careful assessment and treatment planning.

Pareciera que el enfoque afirmativo, tal y como lo describen Errasti y Pérez, no tuviese más propósito que enviar a las personas trans, tengan la edad que tengan, a procesos de reasignación sin más consideración. Y también pareciera que los autores no se hubiesen leído las directrices de la APA para las personas trans por más que las mencionen con cierta frecuencia. Lo digo así porque desde la primera directriz se huye completamente del “modelo de talla única” con el que estos autores pretenden caricaturizar el enfoque afirmativo:

Largely because of self-advocacy of TGNC individuals and communities in the 1990s, combined with advances in research and models of trans-affirmative care, there is greater recognition and acknowledgment of a spectrum of

gender diversity and corresponding individualized, TGNC-specific health care (la negrita es mía).

Al hablar de la Terapia Afirmativa y sus alternativas (“espera atenta” y “exploración psicoterapéutica”), también se falta a la verdad (p. 408-410):

Frente al enfoque afirmativo consistente en la aceptación y afirmación de la identidad de género expresada por el niño y el adolescente, en orden a acompañar y asesorar el proceso de transición sin más miramientos, se ha documentado que no tiene la evidencia que se le supone para mejorar los problemas psicológicos por los que se adopta. También hemos mostrado la estrategia tendenciosa consistente en etiquetar como «terapia de conversión» todo lo que no sea la adherencia al enfoque afirmativo. Las declaraciones de adhesión al enfoque afirmativo que hacen sociedades profesionales y científicas se realizan sobre motivaciones ideológicas, no sobre bases propiamente científicas. Así, por ejemplo, la Asociación Estadounidense de Psicología, así como la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, pasan por alto cantidad de conocimientos y procedimientos de sus propias disciplinas que desaconsejarían el enfoque afirmativo como el único aceptable, sin que esto implique excluirlo. Alternativas al enfoque afirmativo como la espera atenta, la exploración psicoterapéutica y la evaluación psicológica pueden ser convenientes en muchos casos, y serían un mejor punto de partida que la «talla única» de la afirmación. Al final, el propio enfoque afirmativo se revela él mismo como una «terapia de conversión», empeñada desde el principio en transiciones irreversibles.

No es cierto que la “espera atenta” o la exploración sean alternativas a la Terapia Afirmativa porque esta última también las incluye. Identifican Terapia Afirmativa con un procedimiento donde la persona, sí o sí, va a ser conducida a transicionar y eso tampoco es cierto. La persona será acompañada en su transición sin hacerla pasar por pruebas como el “test de la vida real” (propio de enfoques sobre la transexualidad previos a la psicología transafirmativa) solo cuando la persona tenga clara su identidad. Si una persona tiene dudas, ningún profesional de la psicología tratará de convencerla de que es trans sino acompañarla todo el tiempo que sea necesario para que explore su identidad y resuelva sus dudas. Eso también es una “espera atenta” y un trato respetuoso y humano. Al contrario que enfoques anteriores, los profesionales afirmativos partimos del reconocimiento de que no sabemos lo que la persona es o necesita mejor de lo que pueda saberlo la propia persona. Dicho en términos coloquiales, “no le damos el carné de trans a nadie”. Por eso, en las directrices podemos encontrar consejos como el siguiente:

A nonjudgmental stance toward gender nonconformity can help to counteract the pervasive stigma faced by many TGNC people and provide a safe environment to explore gender identity and make informed decisions about gender expression (la negrita es mía).

Conclusión final

Los profesionales de la psicología afirmativa debemos evitar interpretaciones sesgadas de los estudios científicos, especialmente

de aquellos susceptibles de alimentar los prejuicios contra alguna minoría. Sobre este punto la directriz número 21 de la APA (APA, 2022¹¹) advierte expresamente:

“*In the use and dissemination of research on sexual orientation and related issues, psychologists strive to represent results fully and accurately and to be mindful of the potential misuse or misrepresentation of research findings*”.

Así como la directriz número 15 hace lo propio en relación a la investigación con personas *trans* (APA, 2015):

“*Psychologists respect the welfare and rights of TGNC participants in research and strive to represent results accurately and avoid misuse or misrepresentation of findings*”.

Se puede comprender que personas sin criterio puedan caer en la trampa de creer lo que diga un “estudio científico” sin poder analizar los defectos de su metodología para darse cuenta de que ese estudio tiene poco de científico. Pero nosotros, si somos partidarios de una psicología basada en la evidencia, no podemos caer en este tipo de errores. Mucho menos si pretendemos cargar sobre nuestros hombros la responsabilidad de la divulgación. Así, nuestro trabajo consiste en ofrecer información veraz, basada en evidencias y que surja de estudios rigurosos. No podemos divulgar contenidos que han sido refutados o cuyas metodologías son defectuosas. Los capítulos de “*Nadie nace en un cuerpo equivocado*” dedicados al enfoque afirmativo están plagados de falsedades, estudios que han sido refutados o tergiversaciones de las conclusiones de otras investigaciones. Esto no es admisible. Cuando un libro tiene la pretensión de abrir un debate sobre un tema cualquiera, se espera que ese libro recoja todas las investigaciones que se han realizado al respecto y, en el caso de que pretenda ilustrar alguna controversia, se espera también que incluya todas las aportaciones que se han realizado sobre la misma. En el caso de la “*rapid onset on gender dysphoria*”, este libro solo recoge la parte en la que da pábulo a la existencia de este fenómeno pero no ha presentado ni las críticas que ha recibido el concepto ni sus posteriores refutaciones. Algo similar se puede decir sobre los informes acerca de los “*detransicionadores*”: los datos recogidos están fuertemente sesgados hacia la presentación del fenómeno como si fuese una gran problemática cuando la realidad es que se trata de un fenómeno marginal y explicable bien por presiones familiares, bien por el descubrimiento de que eran personas no binarias. Tampoco se explica que, aunque ciertamente pueden existir algunas personas que se han precipitado en sus decisiones, limitar el proceso de transición puede ser tremendamente perjudicial para las numerosísimas personas que sí mantienen su identidad de género al llegar a la adultez. De la misma forma no se puede culpar al enfoque afirmativo de laxitud cuando las directrices insisten en la cautela al tratar con menores y en generar espacios seguros para la reflexión. Esto último tampoco aparece en el libro analizado.

Los autores de un ensayo que aborde cualquier tema están obligados a documentarse y explicarlo en profundidad. No hacerlo, en este caso concreto, puede dar origen a visiones distorsionadas y negativas tanto del enfoque afirmativo como de las personas *trans* y sus organizaciones pro-igualdad pues parecería que estas promoviesen fines abyectos lo cual no es cierto. Los científicos también tenemos una responsabilidad social.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

Referencias

- American Psychological Association. APA (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychological Association*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association. APA (2022). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10-42. <https://doi.org/10.1037/a0024659>
- Arcelus, J., Bouman, W., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in Transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807-815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- 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>
- Bauer, G. R., Lawson, M. L., y Metzger, D. L. (2021). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of “Rapid Onset Gender Dysphoria”? *The Journal of Pediatrics*, 24, 224-227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>
- Becerra, A. (2020). Disforia de género/incongruencia de género: Transición y detransición, persistencia y desistencia. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 67(9), 559-561. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.011>
- 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>
- Coalition for the Advancement and Application of Psychological Science (2021). *CAAPS position statement on Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)*. <https://www.caaps.co/rogd-statement>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- D’Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. et al. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 7-16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., y 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>
- Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59, 337-356. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>
- Edwards-Leeper, L., y Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59, 321-336. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>
- Errasti, J., y Pérez, M. (2022). *Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género*. Barcelona. Deusto.

11 La APA ha publicado dos colecciones de directrices. Por un lado, las específicas para personas lesbianas, gays y bisexuales, cuya última revisión se ha publicado en 2022 y, por otra parte, las específicas para personas *trans*, publicadas en 2015.

- Glen, F., y Hurrell, K. (2012). Technical note: *Measuring Gender Identity*. Equality and Human Rights Commission. Reino Unido.
- Hildebrand-Chupp, R. (2020). More than “canaries in the gender coal mine”: A transfeminist approach to research on detransition. *The Sociological Review*, 68(4), 800-816.
<https://doi.org/10.1177/0038026120934694>
- Kaltiala, R., Bergman, H., Työläljärvi, M., y Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31-41.
<https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- 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>
- Meerwijk, E. L., & Sevelius, J. M. (2017). Transgender population Size in the United States: A meta-regression of population-based probability samples. *American Journal of Public Health*, 107(2), e1-e8.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303578>
- 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>
- Orange, R. (2020). Teenage transgender row splits Sweden as dysphoria diagnoses soar by 1,500%. *The Guardian*, 22 de febrero de 2020. <https://www.theguardian.com/society/2020/feb/22/ssweden-teenage-transgender-row-dysphoria-diagnoses-soar>
- Pazos Guerra, M., Gómez Balaguer, M., Gomes Porras, M. (2020). Transsexuality: transitions, detransitions, and regrets in Spain. *Endocrinology Diabetes and Nutrition*, 67, 562-567.
<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>
- Rafferty, J., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Adolescence, and Section on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Wellness (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4): e20182162.
<https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P., & Wiley, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence and growth and geographic distribution*. Surrey: Gender Identity Research and Education Society (GIRES) UK.
- Restar, A. J. (2020). Methodological Critique of Littman’s (2018) Parental-respondents accounts of “Rapid-Onset Gender Dysphoria”. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 61-66.
<https://doi.org/10.1007/s10508-019-1453-2>
- Ristori, J., y Steensma, T. D. (2016). Gender Dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Shrier, A. (2021). *Un daño irreversible: La locura transgénero que seduce a nuestras hijas*. Barcelona. Deusto.
- Singh, D., Bradley, S. J., y 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>
- Sorbara, J. C., Ngo, H. L., Palmert, M. R. (2021). Factors associated with age of presentation to Gender-Affirming Medical Care. *Pediatrics*, 147(4), e2020026674. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-026674>
- Tavistock and Portmant NHS Foundation Trust (2020). *Gender identity services: Inspection Report*. The Tavistock Center.
<https://api.cqc.org.uk/public/v1/reports/7ecf93b7-2b14-45ea-a317-53b6f4804c24?20210120085141>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Imazan, A. N., y 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, 273-280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Vandenbussche, E. (2022). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69, 1602-1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Winters, K. (2019). The “80% desistance dictum: is it science? In A. I. Lev & A. R. Gottlieb (Eds.), *Families in transition: Parenting gender diverse children, adolescents, and young adults* (pp. 88-101). New York, NY: Harrington Park Press.
- 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”. *International Journal of Transgenderism*, 9, 231-245.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293>