

Aspectos psicológicos de la disforia de género y la transexualidad/transgenerismo

Psychological aspects of gender dysphoria and transsexuality/transgenderism

José Errasti

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

Resumen

Los países occidentales están contemplando un incremento muy notable de problemas de disforia de género y transexualidad/transgenerismo, con perfiles demográficos de edad y sexo bien definidos. No está claro que el abordaje farmacológico que habitualmente se dispensó a los fenómenos de la transexualidad en el pasado sea el más adecuado para esta nueva ola de malestares. Recordando la importante distinción entre forma y función de una conducta – que define el enfoque psicológico–, se defiende que la gran mayoría de los nuevos casos de disforia que se atienden en las unidades de identidad de género actuales son un fenómeno de naturaleza psicológica, fruto de la influencia social y favorecido por múltiples factores, entre los que destacan una sociedad individualista, subjetivista e irracionalista; una filosofía posmoderna que niega los conceptos de verdad, realidad y ciencia; la apertura de los centros educativos a tales planteamientos; los medios de comunicación; las redes sociales; el uso demagógico de estas personas en las disputas políticas; y un importante nicho de mercado, no sólo médico.

Introducción

Los problemas actuales relacionados con las personas trans son en realidad un fenómeno de naturaleza psicosocial, surgido de una mezcla de aspectos mercantiles, políticos, mediáticos e ideológicos, micro- y macrosociales, que caracteriza a las sociedades neoliberales y está causando graves problemas a una generación de adolescentes –y, cada vez más, niños–⁽¹⁾. Es cierto que algunos de sus componentes más lla-

mativos recuerdan a otro problema ya recogido en los manuales clásicos de psiquiatría llamado transexualidad, en donde se presenta una extrañeza y un malestar grave de la persona hacia los aspectos sexuados de su cuerpo. Sin embargo, si tal malestar estuviera cumpliendo una función nueva en la actualidad, sería razonable estimar que nos encontramos ante un problema nuevo, sin perjuicio de que el fenómeno clásicamente conocido como transexualidad siga existiendo con sus tasas de prevalencia habituales.

De entrada, el propio concepto de personas trans resulta ser oscuro, y el uso del prefijo ‘trans’ en ausencia de la raíz de la palabra no obedece a la economía del lenguaje, sino a la voluntad de emborronar tal categoría para no aclarar si se está hablando de personas transgénero o personas transexuales. De hecho, la confusión sexo/género está presente no sólo en los usos mundanos que se hace de estos conceptos –medios de comunicación, redes sociales–, sino también en ámbitos supuestamente profesionales y rigurosos –políticos, sanitarios–. Con frecuencia, la confusión transexual/transgénero se complica aún más con la aparición de nuevas categorías –personas no binarias, personas fluidas–, que pueden reclamar una intervención farmacológica en nombre de conceptos sanitarios como ‘bienestar’ o filosóficos como ‘identidad’. Se reclama la despatologización de estas condiciones, lo que, paradójicamente, lleva a un aumento de la intervención médica sobre ellas^(2,3).

El problema actual de la disforia de género tiene mil caras, y para entender cómo hemos llegado hasta aquí hay que hacer un pequeño apunte histórico sobre este aspecto polifacético. Sería ingenuo creer

que estamos ante un tema de naturaleza sanitaria que posteriormente salta a ámbitos académicos, filosóficos, políticos o mediáticos. Si atendemos a la cronología de los hechos, en primer lugar aparecieron posturas académicas vinculadas a la filosofía posmoderna que recelaban de las ideas clásicas de verdad y realidad. Se podría afirmar que estas posturas *queer* o *woke* –términos muy poco precisos, mezcla de filosofía posmoderna y activismo político– defienden que la verdad, la ciencia y la realidad son un invento opresor para dominar a colectivos minoritarios –‘minorizados’– por motivos de raza, discapacidad, orientación sexual, etc.⁽⁴⁾. Toda objetividad es opresiva. Toda lógica es agresión. Todo razonamiento es violencia. El único criterio de verdad que existe es la intensidad de la opresión y la victimización de la persona que habla. Si el feminismo clásico había aclarado la diferencia entre sexo –condición biológica vinculada a la función reproductiva– y género –toda la construcción ideológica, simbólica, material, educativa, etc., que acompaña al sexo–⁽⁵⁾, ahora el sexo también se vuelve una construcción social opresora. ‘Las mujeres tienen cervix’ tiene el mismo valor de verdad que ‘las mujeres usan tacones’. La obra que marca el inicio de este punto de vista en materia sexual/genérica es *Gender trouble*, publicada por Judith Butler en 1990⁽⁶⁾.

Es una apoteosis de la irracionalidad, del subjetivismo y del individualismo, que viene a dar cobertura ideológica a la sociedad de consumo y, en el tema que nos ocupa, a la visión de la atención médica desde la lógica de los centros comerciales. A través de las redes sociales se venden las ideas posmodernas desvestidas de toda retórica académica: tras milenios de error, ahora sabemos que se puede nacer en un cuerpo que no corresponde a la persona, el sexo se asigna al nacer y puede asignarse erróneamente, el sexo es un continuo entre dos extremos, se puede cambiar de sexo, las personas cuyo sexo real no se corresponde con sus genitales son el colectivo más victimizado de la historia... Cada persona puede y debe autodeterminar su sexo desde la infancia como un acto de liberación⁽⁶⁻⁸⁾.

Aumento de los casos

Es en este contexto en el que aparece el incremento exponencial de las cifras de personas que son/quieren ser/se identifican como/se ven como/se sienten del sexo contrario al que indicarían sus genitales. Las cifras han crecido extraordinariamente durante los últimos años, con una preponderancia muy notable de casos en la adolescencia⁽⁹⁻¹²⁾. Veamos dos ejemplos representativos de este crecimiento: en primer lugar, las cifras publicadas por de Graaf et al⁽¹³⁾ referidas al incremento registrado en el Gender Identity Development Service británico, el centro más grande del mundo dedicado a los problemas de identidad de género –tal como recoge Cass⁽¹⁴⁾– (Fig. 1); y, en segundo lugar, las cifras obtenidas por Feministes de Catalunya

(2023)⁽³⁾ referidas al Servei Trànsit, servicio de salud pública catalán dedicado a este tema (Fig. 2).

Cifras como las anteriores, que oscilan entre un 2.000 y un 10.000% de crecimiento de casos de disforia de género en el plazo de 10 años, se encuentran en la mayoría de los países occidentales, cambiando por completo lo que había sido hasta entonces la prevalencia de la transexualidad. No sólo eso: otras dos novedades llaman la atención. Por un

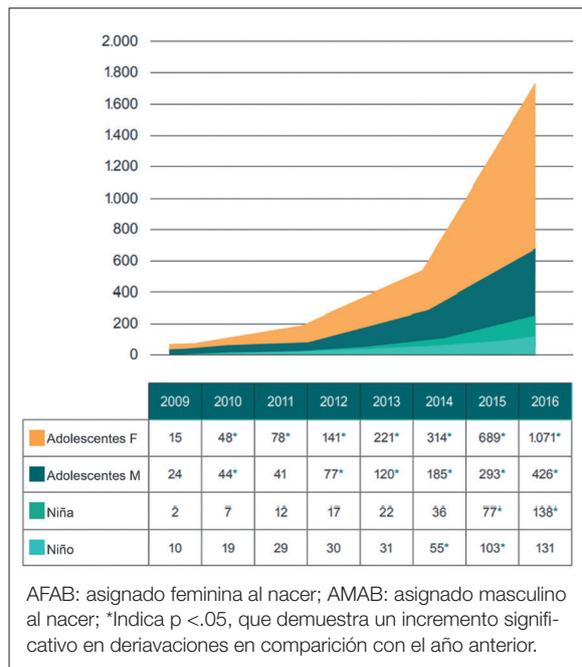


Figura 1. Distribución por sexo de niños y adolescentes según el Gender Identity Development Service británico (2008-2016). Datos de de Graaf et al (2018), tomados de Cass (2024).

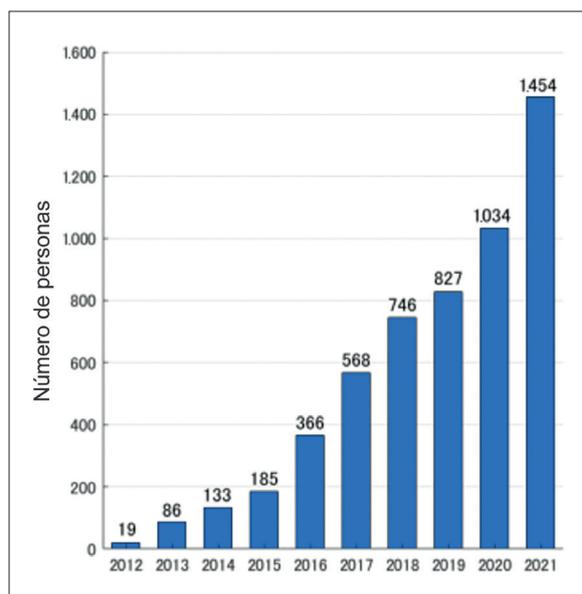


Figura 2. Casos atendidos en el Servei Trànsit (2012-2021). Tomado de Feministes de Catalunya (2023).

lado, se ha invertido la *ratio* entre varones y mujeres que caracterizó este problema durante el siglo xx, y se ha pasado de una proporción que se inclinaba mayoritariamente hacia los varones a otra en la que las mujeres son la mayoría^(10,13,15,16). Asimismo, también ha cambiado el perfil de edad, y ha disminuido notablemente el momento de la vida en el que aparece esta situación –en los datos de Feministes de Catalunya (2023)⁽³⁾, la media de edad en 2012 rondaba los 35 años, mientras que en 2021 esa cifra ha bajado hasta los 22 años–.

La figura 3 está extraída de Feministes de Catalunya (2003)⁽³⁾ y permite apreciar cómo al cruzar el sexo con la edad de los casos aparece un grupo que multiplica por 2,5 al siguiente en frecuencia, y es el referido a las niñas con edades comprendidas entre 10 y 14 años. Otro elemento de clara relevancia es la alta presencia previa de problemas de comportamiento, especialmente en las relaciones sociales. Las tasas de problemas del espectro autista, abuso sexual, trastornos alimentarios, etc., son claramente mayores a las de la población control⁽¹⁰⁾.

Terapia médico-afirmativa y sus problemas

Hay motivos para sospechar que no estamos ante un mero incremento de la prevalencia de un problema conocido –como pueden multiplicarse los casos de gripe en ciertas épocas del año–. Y, sin embargo, aunque esto está empezando a cambiar en países como el Reino Unido, Suecia, Finlandia o Noruega, el estándar de intervención clínica en este momento sigue siendo lo que se conoce como ‘terapia afirmativa’ –a veces ajustada a lo que se ha llamado protocolo holandés⁽¹⁷⁾–, una intervención ‘de talla única’ en cuatro pasos, ajustada a la lógica de la transexualidad de otras épocas: manifestada desde los primeros años, estable en el tiempo y de causa desconocida. No se presta la atención suficiente a trabajos como los de Littman⁽¹⁸⁾, que advierten de que estamos ante una nueva forma de disforia corporal adolescente.

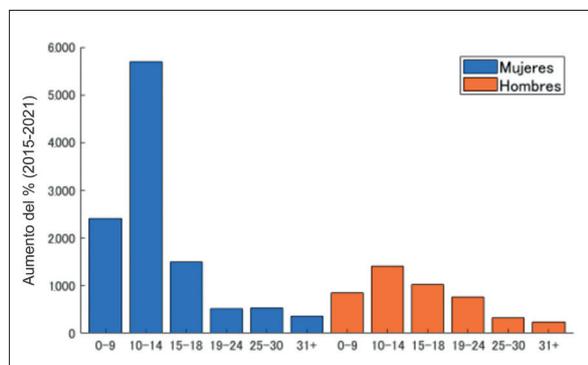


Figura 3. Crecimiento acumulado del número de casos en Tràn-sit por sexo y edad (2015-2021). Tomado de Feministes de Catalunya (2023).

El primer paso se centra en la ‘transición social’, una serie de medidas –relativas a pronombres personales, nombre, aspectos estéticos como el pelo o la ropa– destinadas a iniciar la construcción de la nueva persona. En segundo lugar, y una vez alcanzado el estadio II de Tanner, pueden comenzar a aplicarse bloqueadores de la pubertad que detengan el desarrollo físico y mental, hasta llegar a la tercera fase alrededor de los 16 años y empezar con el consumo –en principio, indefinido– de hormonación cruzada, bien testosterona, bien estrógenos. Finalmente, se ofrece a partir de los 18 años la posibilidad de cirugías que imiten todo lo posible los caracteres externos del sexo al que la persona desea pertenecer. Se suelen llamar a estas intervenciones ‘operaciones de cambio de sexo’, por más que una intervención de este tipo cambia el sexo tanto como un *lifting* cambia la edad. Se entiende –al menos así se formuló originalmente– que todo este proceso se realizaría bajo la evaluación atenta de profesionales de la psicología, aunque el cumplimiento de este punto ha sido muy irregular e incluso ciertas posturas políticas abogan por eliminarlo en nombre de la despatologización y el ‘derecho a ser’.

Una intervención de este tipo debería estar sólidamente fundamentada sobre estudios científicos. Pero, lamentablemente, los estudios distan mucho de ser unánimes en sus conclusiones, y todo parece indicar que la complejidad del tema está malogrando su investigación⁽¹⁹⁾. Los estudios con frecuencia carecen de grupo control, manejan muestras pequeñas, no describen qué otros problemas de salud física y mental tiene el joven o realizan seguimientos muy breves⁽²⁰⁾. Las pruebas científicas que avalan la eficacia de este tipo de terapia afirmativa –bien globalmente, bien respecto de alguno de sus componentes– son, en valoración del National Institute for Health and Care Excellence británico, de muy baja calidad^(21,22). En el mismo sentido se han pronunciado las autoridades médicas suecas⁽²³⁾ y una revisión Cochrane⁽²⁴⁾. Dahlen et al⁽²⁵⁾ señalan que las guías clínicas de tratamiento no están apoyadas en investigación concluyente. Otros autores han señalado que la terapia hormonal es un injustificable paso en la oscuridad⁽²⁶⁾, medicina peligrosa⁽²⁷⁾ en un terreno en donde los conocimientos no están establecidos⁽²⁸⁾. David Bell, que durante muchos años fue jefe de personal de la famosa clínica Tavistock, recuerda el juramento hipocrático de no hacer daño⁽²⁹⁾. Y Laidlaw et al⁽³⁰⁾ señalan que el derecho a la mejor atención posible que tienen los niños no incluye el derecho a la transición médica. Por último, se ha publicado recientemente el Informe Final elaborado por la doctora Hillary Cass a petición del Sistema Nacional de Salud inglés, en donde se evalúan los servicios de identidad de género para niños y jóvenes⁽¹⁴⁾. Tras años de trabajo, la antigua presidenta del Royal College of Paediatrics and Child Health confirma la presencia de serios problemas relacionados con este enfoque afirmativo.

Varias son las principales objeciones: a) la transición social está lejos de ser un proceso inocuo y reversible, ya que actúa como un tratamiento psicosocial que eleva significativamente las probabilidades de que el joven continúe con las demás fases de la intervención⁽³¹⁾ sin estar claro que contribuya al bienestar del menor^(32,33); b) no sabemos hasta qué punto mejora la salud mental de los jóvenes⁽³⁴⁻³⁶⁾, en especial en relación con índices tan importantes como la conducta suicida⁽³⁷⁻³⁹⁾; c) desconocemos cuántos desistidores y destransicionadores hay⁽⁴⁰⁻⁴²⁾, aunque algunos autores prevén que serán más de lo que parece^(43,44); d) no están claros los efectos médicos del consumo crónico de bloqueadores de la pubertad y hormonas cruzadas en áreas como la salud cardiovascular^(45,46) o la densidad ósea^(47,48); y e) en contra de investigaciones que señalan que las disforias de género adolescentes se superan sin intervención en una amplia mayoría de los casos^(49,50), la terapia afirmativa cuenta con tasas bajas de abandono y una vez iniciada no parece fácil su interrupción⁽⁵¹⁾ –recordemos que no existe una edad mínima para el inicio de la primera fase–. Quizá el mejor resumen de toda esta cuestión lo han ofrecido recientemente Levine et al⁽⁵²⁾ al señalar que la *ratio* beneficios/riesgos de la terapia afirmativa se mueve entre lo desconocido y lo desfavorable: ‘las preguntas sobre el mejor tratamiento para el creciente número de jóvenes disfóricos con su género producen una división tan intensa dentro y fuera de la medicina que pocas veces hemos visto ante otras dudas clínicas [...] Debemos dejar de usar argumentos que hablan de la justicia social y volver a los honorables principios de la medicina basada en la evidencia’.

Forma y función de la disforia de género: hacia una conceptualización psicológica del fenómeno trans

Una visión psicológica de cualquier fenómeno conductual requiere distinguir cuál es su forma y cuál es su función. Cuál es su cómo y cuál es su para qué. Dos conductas de dos individuos en dos circunstancias distintas pueden ser formalmente iguales, pero funcionalmente diferentes. Por ejemplo, dos personas pueden decir la frase ‘me voy a suicidar’: en un caso, puede ser la expresión de que la persona se encuentra superada por graves malestares y no ve otra salida para dejar de sufrir más que la muerte; en otro caso, puede ser una forma de retener a su pareja ante una petición de divorcio. Estamos ante dos conductas diferentes. Y, a su vez, dos conductas de dos individuos en dos circunstancias distintas pueden ser formalmente diferentes, pero funcionalmente iguales. Por ejemplo, una chica puede hacer *topless* en una playa a pesar de que no le apetece, por la presión social que supone que todo su grupo de amigas lo está haciendo; y otra chica puede no hacer *topless* en una playa a pesar de que sí le apetece, por la presión social que supone que nadie en su grupo de amigas lo está haciendo. Formalmente ambas conductas son

diferentes, incluso opuestas. Pero en los dos casos estamos ante la misma conducta.

Veamos tres ejemplos de personas trans muy prototípicas en la actualidad: a) Carlitos, 6 años, se divierte jugando con las muñecas de su hermana; su padre le dice que eso son ‘cosas de niñas’; en el colegio ha recibido un taller afectivo-sexual en donde le han contado que a veces se cree que la gente es de un sexo, pero en realidad es del otro, y le han animado a ser valiente y descubrir su verdadero sexo; una noche, tras ver *Frozen* y quedar fascinado por Elsa, dice en casa ‘soy una niña’; b) a Ainhoa, 15 años, le vino la regla con 11 años y se desarrolló corporalmente muy rápido; se siente incomodísima con la atención sexual que despierta entre los chicos, y siempre lleva ropa holgada y pelo corto; varias veces ha visto porno en algún móvil y le ha horrorizado; siente que no encaja y añora muchísimo su infancia; está enganchadísima al manga y al anime japonés, y forma parte de grupos de aficionados en redes sociales en los que algunas chicas se declaran chicos trans y van colgando imágenes de los cambios corporales provocados por la testosterona; un día, ella y su mejor amiga deciden que esa noche dirán en casa que son chicos y que quieren empezar la transición; y c) don Ramón, 55 años, director de sucursal bancaria, desde hace unos años descubrió lo divertido y excitante que era maquillarse y ponerse la ropa de su mujer; él se ve guapísima, aunque en su familia le miran raro y alguna vez su hija le dijo que era un esperpento; ha visto en la tele la historia de una persona como él, alto ejecutivo que ante su próxima jubilación decide empezar a vivir como una mujer; una noche le dice a su esposa que es una mujer; le ruega comprensión y le pide que asuma que a partir de entonces pasan a formar una pareja de lesbianas.

A pesar de que la biología desde Darwin es también una disciplina funcionalista, el enfoque médico de los problemas conductuales acostumbra a adoptar un punto de vista descriptivo-formal, incluso en manuales diagnósticos psiquiátricos como los *Manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales*. De esta manera, los casos de Carlitos, Ainhoa y don Ramón pertenecerían a la misma categoría. A los tres les ‘pasa’ lo mismo, se llame ‘transexualidad’, ‘trastorno de identidad de género’, ‘disforia de género’ o ‘disconformidad de género’. Algún tipo de proceso interno ha hecho que no encaje su sexo físico con su sexo identitario, y es obvio que lo identitario es prioritario a cualquier otra consideración.

Pero desde un punto de vista psicológico-funcional, es muy discutible que esto sea así, y que la frase ‘soy un/a niña/chico/mujer’ esté cumpliendo la misma función en Carlitos, Ainhoa y don Ramón. Por lo tanto, estas tres personas no pertenecerían a la misma categoría. El punto de vista funcional es contextual, no mira a la persona, sino a su relación con su entorno y

a sus circunstancias macro- y microsociales concretas. No busca etiquetar ni trabaja con recetas protocolizadas, sino con la aplicación de los principios de la conducta. Desde este punto de vista, lo que le ocurre a Ainhoa puede estar mucho más lejos de lo que le ocurre a don Ramón que de lo que, por ejemplo, le ocurrió a su madre Elena cuando a finales de los noventa, y con la edad que ahora tiene su hija, pasó por una etapa de anorexia restrictiva.

El yo no es una emanación armónica del individuo, que se manifestará de forma natural y auténtica sólo con retirar los obstáculos que pudieran estar interfiriendo, sino una forma siempre dinámica –es decir, conflictiva– de relacionarse socialmente –es decir, con la intermediación del lenguaje– con ese otro que es uno mismo. En esto coinciden todos los grandes autores de la historia de la psicología, desde Vygotsky hasta Skinner⁽⁵³⁾. Todo lo psicológico nace de la relación e influencia social. Se contagian –valga la metáfora– socialmente los gustos estéticos, el consumo de drogas, los estilos alimenticios, las formas de emparejarse, el tono de voz, las aficiones, los problemas emocionales... y también el uso de expresiones verbales nuevas, como ‘me siento mujer’ o ‘me identifico como hombre’.

La adolescencia femenina como campo de batalla existencial y comercial

Centrémonos en el caso de la adolescencia femenina, el fenómeno trans abrumadoramente mayoritario en la actualidad. Deberíamos valorar hasta qué punto la condición trans está funcionando en un número creciente de casos como una manera de narrarse a uno mismo su adolescencia, satisfaciendo algunos de los nuevos retos de esta etapa tan peculiar. La adolescencia se ha convertido en una etapa de extrema tensión, con fortísimas presiones ejercidas a través de redes sociales, un acceso ilimitado a todo tipo de pornografía como inadecuadísima escuela de aprendizaje sexual, y un complejísimo entramado de nuevos códigos, muy agresivos y ambiguos, en los que prima por encima de cualquier otra consideración la necesidad de ser el más especial, diferente, único, sofisticado, irrepetible e inclasificable⁽⁵⁴⁾.

Es imposible que las emociones, los deseos sexuales y la socialización entre iguales fluyan y se vayan asentando adecuadamente bajo tanta presión. Y es previsible que una parte de las chicas –princesitas de sus papás hasta ayer– huyan aterradas de esta nueva etapa. No es que quieran ser varones, es que no quieren ser mujeres, dado el panorama que se les está presentando. Bajo esta consideración funcional psicológica, la disforia de género de inicio rápido adquiere un cierto aire de familia respecto a otros problemas que en otras épocas se cebaron con chicas de perfiles semejantes: problemas de conducta alimentaria, trastornos de personalidad límite, problemas

disociativos... ¿Qué hacemos en 2024? ¿Les damos testosterona y les extirpamos sus pechos sanos a los 18 años tal como nos están pidiendo?

Las redes sociales y los medios de comunicación les dejan claro que en sus cuerpos se encarna la mayor injusticia social que jamás ha existido, por la que el mundo estará siempre en deuda. Les ofrecen un estilo de vida –‘estilo de vida’, no banalicemos el término ‘identidad’– que lo incluye todo: estética, ropa, ídolos, moda; altura moral y activismo político practicable desde el sofá; vanguardia intelectual posmoderna; un nuevo lenguaje; y hermandad hacia ‘nosotros’ y hostilidad hacia ‘ellos’. Y, sobre todo, les ofrecen el viaje del héroe: una ensoñación arquetípica universal que puede resultar irresistible en algunos momentos de la vida. Una persona sufre una terrible crisis; se encuentra en caída libre y, justo cuando toca fondo, cuando la destrucción parece inevitable, ve la luz e inicia un viaje de autoconocimiento y transformación del que volverá convertido en su auténtico yo. El adolescente atrapado en el movimiento trans pertenece a una cultura que ve el cuerpo como un aparato tecnológico que implementa o tunea, pero su transición es mucho más que un cambio en alguno de sus atributos. Es toda una transfiguración, una renovación existencial de la que retornar radiante. Tras tanta narrativa lírica aparecen cifras mucho más frías y prosaicas: algunas estudiosas estiman que la industria de la identidad de género ha pasado de facturar anualmente 8.000 millones de euros a más de 3 billones de euros en tan solo cinco años⁽⁵⁵⁾.

Especial mención merecen aquí los centros educativos, que han extendido la alfombra roja a las ideologías *queer* y *woke*, como muy acertadamente han analizado Carrasco et al⁽⁵⁶⁾. Centros educativos y asociaciones transactivistas se benefician mutuamente: aquéllos, porque descargan sobre éstas los talleres de educación afectiva-sexual y liberan al claustro de docentes de una incómoda tarea extra; y éstas, porque justifican sus subvenciones públicas mediante dichos talleres. El resultado es la introducción de ideas absurdas y completamente acientíficas en la formación de los escolares desde los niveles más bajos de la enseñanza, que van preparando el terreno para los problemas que vendrán en la adolescencia.

Defensa de la terapia exploratoria

¿Qué cabe hacer ante este malestar? Pues básicamente lo mismo que solemos hacer los psicólogos clínicos cuando nos enfrentamos a otros tipos de malestares psicológicos: escuchar atentamente a la persona, interpretar lo que nos dice a la luz de nuestra formación académica, analizar funcionalmente su problema, evaluar, explorar, clarificar, preguntar, sopesar las ideas que nos cuenta la persona y, si fuera conveniente, proponerle otras ideas diferentes; ser prudentes; esperar atentamente un tiempo para ob-

servar la evolución del problema antes de intervenir de formas irreversibles; establecer con la persona una relación terapéutica significativa, de sincera implicación y respeto, que no es una relación entre iguales ni una relación entre un vendedor y un comprador; adaptar nuestro proceder a la persona, más que adaptar a la persona a la fila de *tick boxes* que tenemos en un folio; y asumir la responsabilidad que adquirimos al dedicarnos a un trabajo tan complejo como éste, a sabiendas de que puede ser ingrato no aplicar soluciones fáciles o demagógicas⁽²⁰⁾. Todo esto se conoce como ‘terapia exploratoria’.

Como resultado, veremos que en ocasiones los problemas de identidad de género sólo obedecían a tener interiorizados estereotipos sexistas con los que la persona no encaja. Otras veces nos encontraremos con personas que no asumían su homosexualidad. Habrá casos de jóvenes que siempre tuvieron problemas de extrañeza identitaria y relacional; éstos a veces mejorarán, otras veces, no; otras veces irán desapareciendo problemas viejos y apareciendo problemas nuevos. No pocos casos se demostrarán pasiones adolescentes efímeras, formas de canalizar bloqueos y ansiedades ante la vida adulta que se inicia. A algunos adolescentes les habrán mentido en sus centros escolares acerca de la naturaleza del sexo o de la posibilidad de cambiarlo. Habrá casos de puro contagio social por personas cercanas o redes sociales en las que esté muy involucrada la persona. Habrá gente que mejore y nunca sabremos por qué apareció el problema ni por qué desapareció. Las posibilidades son numerosas.

Y, por último, también habrá algún caso en el que, tras haber probado soluciones poco agresivas, haber explorado psicológicamente a fondo a la persona durante un tiempo prudente, el paciente continúe sufriendo y el clínico deba reconocer que no tiene forma de ayudarlo. Si la finalidad de nuestro trabajo es intentar aliviar el sufrimiento, ¿por qué no probar entonces la vía afirmativa farmacológica, siempre como última solución y siempre a partir de la mayoría de edad? No estamos afirmando que existan transexuales auténticos y transexuales falsos; simplemente existen casos de disforias corporales sexuales cuyas causas aparecen tras un estudio de la persona y su contexto, y otros casos cuyas causas no encontramos. La psicología es una disciplina en eterno inicio, y no conviene disimular nuestra ignorancia apelando a quimeras cerebrales igualmente desconocidas. La terapia exploratoria es una terapia abierta al resultado, flexible, no sabemos a dónde nos va a llevar. No es un tratamiento de talla única creado desde un dogmatismo ideológico.

Pero para poder hacer todo esto necesitamos que las decisiones clínicas se realicen desde criterios académicos, profesionales y no exclusivamente ideológicos. Ninguna postura científica está completamente limpia de ideología, pero sí hay posturas ideológicas que es-

tán completamente limpias de ciencia, y las posiciones *queer* y *woke* en este tema son un claro ejemplo. Se pretende desacreditar todas las intervenciones que no se ajusten a la terapia afirmativa acusándolas de ser terapias de conversión –una forma nefasta de intervenir sobre la homosexualidad que se practicó en la segunda mitad del siglo xx, en la que se apareaban imágenes homoeróticas con estimulación aversiva–, a pesar de que absolutamente nada tiene que ver, por ejemplo, indagar la existencia de abusos en la infancia del adolescente con aplicarle descargas eléctricas. El desembarco del activismo político en este tema ha terminado dando lugar a uno de los absurdos más graves en la larga lista de las disparatadas visiones de la ciencia desde la posmodernidad, generando leyes que prohíben la terapia exploratoria y sancionan cualquier voz discrepante mediante la acusación moralista de transfobia. Las personas con problemas en la gestión de su sexo/género no están atrapadas en cuerpos equivocados, pero sí pueden estarlo en medicinas y psicologías que practican discursos equivocados. Un pensamiento conceptualmente riguroso que ponga las bases de un enfoque preciso y sólido es la única forma de no dejarse arrastrar por la pereza y el ruido que rodean a este tema.

Bibliografía

1. Errasti J, Pérez-Álvarez M. Nadie nace en un cuerpo equivocado. Barcelona: Deusto; 2022.
2. Grup d'ètica CAMFiC. Protección a menores con disconformidad disidencia de sexo-género. Blog del Grupo de Ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. 2022. URL: <https://ecamfic.wordpress.com/2022/05/09/proteccio-als-menors-amb-disconformitatsdissidencies-de-sexe-genera/>. Fecha última consulta: 02.01.2024.
3. Feministes de Catalunya. De hombres adultos a niñas adolescentes. Cambios, tendencias e interrogantes sobre la población atendida por el Servei Trànsit en Catalunya 2012-2021. 2023. URL: <https://feministes.cat/wp-content/uploads/Informe-Transit-ES-2021.pdf>. Fecha última consulta: 01.01.2024.
4. Pluckrose H, Lindsay J. Cynical theories. Londres: Swift Press; 2020.
5. Jeffreys S. Gender hurts. Londres: Routledge; 2014.
6. Butler J. Gender trouble. Londres: Routledge; 1990.
7. Murray D. The madness of crowds. Gender, race and identity. Londres: Routledge; 2021.
8. Preciado P. Testo yonqui. Madrid: Anagrama; 2008.
9. Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery

- in Sweden, 1960-2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav* 2014; 43: 1535-45. doi: 10.1007/s10508-014-0300-8.
10. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläljärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015; 9: 9.
11. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med* 2018 Apr; 15: 582-90.
12. Wright JD, Chen L, Suzuki Y, Matsuo K, Hershman DL. National estimates of gender-affirming surgery in the US. *JAMA Netw Open* 2023; 6: e2330348.
13. de Graaf NM, Carmichael P, Steensma TD, Zucker KJ. Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). *J Sex Med* 2018; 15: 1381-3.
14. Cass H. Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. 2024. URL: https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf. Fecha última consulta: 13.04.2024.
15. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med* 2015; 12: 756-63.
16. van der Loos MATC, Klink DT, Hannema SE, Bruinsma S, Steensma TD, Kreukels BPC, et al. Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria: trends in diagnostic and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol. *J Sex Med* 2023; 20: 398-409.
17. Biggs M. The Dutch protocol for juvenile transsexuals: origins and evidence. *J Sex Marital Ther* 2023; 49: 348-68.
18. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One* 2018; 13: e0202330.
19. Abbruzzese E, Levine SB, Mason JW. The myth of 'reliable research' in pediatric gender medicine: a critical evaluation of the Dutch studies-and research that has followed. *J Sex Marital Ther* 2023; 49: 673-99.
20. Pérez-Álvarez M, Errasti J. La psicología ante la disforia de género, más allá de la ideología queer. *Países del Psicólogo* 2022; 43: 185-99.
21. NICE. Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. 2020. URL: <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070905/attachment>. Fecha última consulta: 02.01.2024.
22. NICE. Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria. 2020. Disponible en: <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070871/attachment>. Fecha última consulta: 02.01.2024.
23. Socialstyrelsen. Uppdaterade rekommendationer för hormonbehandling vid könsdysfori hos unga. 2022. Disponible en: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/uppdaterade-rekommendationer-for-hormonbehandling-vid-konsdysfori-hos-unga/>. Fecha última consulta: 02.01.2024.
24. Haupt C, Henke M, Kutschmar A, Hauser B, Baldinger S, Saenz SR, et al. Antiandrogen or estradiol treatment or both during hormone therapy in transitioning transgender women. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 11: CD013138.
25. Dahlen S, Connolly D, Arif I, Junejo MH, Bewley S, Meads C. International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: systematic review and quality assessment. *BMJ Open* 2021; 11: e048943.
26. Richards C, Maxwell J, McCune N. Use of puberty blockers for gender dysphoria: a momentous step in the dark. *Arch Dis Child* 2019; 104: 611-2.
27. Clayton A. The gender affirmative treatment model for youth with gender dysphoria: a medical advance or dangerous medicine? *Arch Sex Behav* 2022; 51: 691-8.
28. Malone W, D'Angelo R, Beck S, Mason J, Evans M. Puberty blockers for gender dysphoria: the science is far from settled. *Lancet Child Adolesc Health* 2021; 5: e33-4.
29. Bell D. First do no harm. *Int J Psychoanal* 2020; 101: 1031-8.
30. Laidlaw M, Cretella M, Donovan K. The right to best care for children does not include the right to medical transition. *Am J Bioeth* 2019 Feb; 19: 75-7.
31. Zucker KJ. Debate: Different strokes for different folks. *Child Adolesc Ment Health* 2020; 25: 36-7.
32. Diaz S, Bailey JM. Rapid onset gender dysphoria: parent reports on 1655 possible cases. *Arch Sex Behav* 2023; 52: 1031-43.

33. Morandini JS, Kelly A, de Graaf NM, Malouf P, Guerin E, Dar-Nimrod I, et al. Is social gender transition associated with mental health status in children and adolescents with gender dysphoria? *Arch Sex Behav* 2023; 52: 1045-60.
34. *American Journal of Psychiatry*. Correction to Brånström and Pachankis. *Am J Psychiatry* 2020; 177: 734.
35. Dyer C. Puberty blockers do not alleviate negative thoughts in children with gender dysphoria, finds study. *BMJ* 2021; 372: n356.
36. Glinborg D, Møller JK, Rubin KH, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, Larsen MJØ, et al. Gender-affirming treatment and mental health diagnoses in Danish transgender persons: a nationwide register-based cohort study. *Eur J Endocrinol* 2023; 189: 336-45.
37. Biggs M. Suicide by clinic-referred transgender adolescents in the United Kingdom. *Arch Sex Behav* 2022; 51: 685-90.
38. Biggs M. Puberty blockers and suicidality in adolescents suffering from gender dysphoria. *Arch Sex Behav* 2020; 49: 2227-9.
39. Wiepjes CM, den Heijer M, Bremmer MA, Nota NM, de Blok CJM, Coumou BJG, et al. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972-2017). *Acta Psychiatr Scand* 2020; 141: 486-91.
40. Butler C, Hutchinson A. Debate: the pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Child Adolesc Ment Health* 2020; 25: 45-47.
41. Cohn J. The detransition rate is unknown. *Arch Sex Behav* 2023; 52: 1937-52.
42. Jorgensen SCJ. Transition regret and detransition: meanings and uncertainties. *Arch Sex Behav* 2023; 52: 2173-84.
43. Hall R, Mitchell L, Sachdeva J. 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* 2021; 7: e184.
44. Irwig MS. Detransition among transgender and gender-diverse people-an increasing and increasingly complex phenomenon. *J Clin Endocrinol Metab* 2022; 107: e4261-2.
45. Getahun D, Nash R, Flanders WD, Baird TC, Becerra-Culqui TA, Cromwell L, et al. Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: a cohort study. *Ann Intern Med* 2018; 169: 205-13.
46. Nota NM, Wiepjes CM, de Blok CJM, Gooren LJG, Kreukels BPC, den Heijer M. Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation* 2019; 139: 1461-2.
47. Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J. Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100: E270-5.
48. Dobrolińska M, van der Tuuk K, Vink P, van den Berg M, Schuringa A, Monroy-Gonzalez AG, et al. Bone mineral density in transgender individuals after gonadectomy and long-term gender-affirming hormonal treatment. *J Sex Med* 2019; 16: 1469-77.
49. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 1413-23.
50. Singh D, Bradley SJ, Zucker KJ. A Follow-up study of boys with gender identity disorder. *Front Psychiatry* 2021; 12: 632784.
51. Brik T, Vrouwenraets LJJJ, de Vries MC, Hannema SE. Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Arch Sex Behav* 2020; 49: 2611-8.
52. Levine SB, Abbruzzese E. Current concerns about gender-affirming therapy in adolescents. *Curr Sex Health Rep* 2023; 15: 113-23.
53. Errasti J. Introducción a la Psicología de la Personalidad. Valencia: Promolibro; 2002
54. Errasti J, Pérez-Álvarez M, de Arquer N. *Mama, soy trans*. Barcelona: Deusto; 2023.
55. Coronado N. La industria de la identidad de género es el último nicho de mercado de consumo compulsivo rentabilizado por las farmacéuticas, la biomedicina y la tecnología. 2024. URL: <https://www.cronicalibre.com/feminismo-y-sociedad/industria-identidad-genero-mercado-farmaceuticas/>. Fecha última consulta: 07.01.2024.
56. Carrasco Pons S, Hidalgo Urtiaga A, Muñoz de Lacalle A, Pibernat Vila M. La coeducación secuestrada. Crítica feminista a la penetración de las ideas transgeneristas en la educación. Barcelona: Octaedro; 2022.