

La experiencia de Carla

Mi niñez y adolescencia

Cada persona es un mundo. Algunas para ser felices necesitan poco, otras necesitan más. De todos esos casos, hay una minoría que simplemente necesitan poder ser ellas mismas. Esa soy yo, una persona que ha nacido de modo que no he podido ser yo misma. Este fue mi pasado.

Te presento a un niño que a simple vista parece un niño como la mayoría. Vive en un pueblo con su abuela y con su padre. Su madre está separada. A veces iba a verla.

Mi experiencia en el colegio fue desagradable. Siempre que íbamos al patio me ponía nerviosa ya que durante esa media hora de recreo llegaba mi media hora de *bullying*. Ramón era mi enemigo y siempre intentaba perseguirme y hacerme daño. Incluso algunas veces me quitaba el pantalón. Más adelante, tuve un amigo, Sergi. Tanto él como yo nos defendíamos de Ramón y sus amigos.

Los niños solían juntarse en un grupo en un rincón del patio y Ramón era el «jefe». Por otro lado, las niñas se juntaban en otro grupo al otro lado del patio. ¿Yo? Simplemente estaba sola, en ninguno de los grupos me querían. En el de los chicos por Ramón, y en el de las chicas porque no querían a un «niño». Beatriz, una de las niñas, se reía continuamente de mí, también sus amigas. En este caso, el daño era psicológico más que físico.

Una vez Sergi y yo estábamos jugando juntos y nos cogimos de las manos. Dio la causalidad que mi abuela me vio. Cuando llegué a casa me regañó porque «le había dado la mano a otro chico» y según ella, eso solo lo hacen los «maricones».

¿Realmente hay diferencia en las maneras de andar entre un niño y una niña? Nunca llegué a entender eso. Recuerdo que mi abuela me regañaba porque yo andaba como una niña. Ella me enseñó a caminar como un «hombre» y yo, inocente, intentaba aprender. También me regañaba por qué yo tenía gestos femeninos. Algo,

que según ella, no podía ser y tenía que cambiar por posturas varoniles. Veía algo que no iba en mí e intentaba corregirlo. También me ocurría con mi padre, aunque con menos frecuencia. Me parece curioso que unos padres (en especial mi abuela) intenten corregir semejantes apariencias en un niño de 5 años. Algo que se fue repitiendo incluso en mi adolescencia.

Al cumplir los 12, el Instituto. También sufrí «*bullying*», a diferencia de la escuela era psicológico, nunca tuve problemas ni peleas físicas, algo que me alivió bastante. Era principalmente por ser una persona «rarita» y de hecho, creo que sí lo era, aunque prefiero llamarlo «persona diferente». También porque era rubia con los ojos azules (la gente me veía los ojos azules a pesar de tenerlos verdes), se metían conmigo por ser afeminada y porque algunos pensaban que yo era muy religiosa.

A medida que pasaban los cursos, ese *bullying* se desvaneció, empecé a tener algunos amigos, eran frikis o geeks. Les gustaba el ordenador, el anime, y la tecnología y la ciencia. Descubrí que también yo era así.

En mi etapa de la adolescencia sufrí cambios hormonales. Ni sabía qué era eso... simplemente ocurrían cosas en mi cuerpo que me desagradaban muchísimo. Los chicos nos volvíamos más rebeldes, atrevidos, aparecía barba, pelos por todo el cuerpo y acabamos con una voz ronca. En mi caso, por suerte, no fui una persona con demasiado vello corporal, sólo tenía en la cara (un poco) y algo en las piernas (y por supuesto, en la zona genital... aunque eso también les ocurre a las chicas).

Diariamente me fijaba en esos cambios de chicos y chicas, y los cambios que sufría mi propio cuerpo. No entendía lo que me estaba ocurriendo y llegué a pensar que tenía algún problema: ¿Por qué no me gustan los cambios que estoy sufriendo? Veía a mis compañeros y compañeras tener esos cambios y los veía bien, felices y a gusto con sus nuevos físicos y caracteres

A medida que veía cómo se transformaba mi cuerpo, como pasaba de ser un niño a ser un hombrecito, me iba produciendo un disgusto, me sentía mal conmigo ¿misma?

Observaba a las chicas, sus siluetas femeninas, sus ropas de chica, sus pechos y sus cabellos largos; y eso me hacía llorar por dentro. ¿Qué me estaba pasando? Sentía que quería ser así, pero no entendía el por qué y llegué a pensar que estaba enferma. También que simplemente quería llevar sus ropas y tener el cabello largo.

Mi familia no sabía nada. Me encerraba en el lavabo a «probar cosas». Cuando salía de la ducha, encendía el secador para «secarme el cabello» pero realmente no me lo estaba secando... estaba maquillándome y poniéndome mi pecho «falso» para verme en el espejo.

Mi abuela se enfadaba porque me veía «afeminada» y me regañaba: ¡Esas posturas los hombres no las hacen! ¡Ponte recto y saca pectorales! —Sí yaya...Y mi padre, ¿pero tú eres maricón? ¡Así no se lleva la desbrozadora!

Cuando tenía 13 años mi papá y yo habíamos acabado de limpiar el huerto y sembrar las monchetas. De camino a casa hablamos:

—Sabes hijo, no me gustan los homosexuales.

—Sí papá, me lo has dicho muchas veces.

—Pero hay personas que se sienten del sexo opuesto.

Y entonces me puse nerviosa al oír esas palabras.

—Y papá, ¿qué piensas de esas personas?

—Es diferente, hijo, a esas personas hay que ayudarles.

—Porque son mujeres encerradas en el cuerpo de un hombre u hombres encerrados en el cuerpo de una mujer.

—Papá... ¿sabes qué?

—¿Qué te pasa, hijo?

—...

—¿Sí?

—Me gusta mucho tu huerto.

(Estuve a punto de decirle la verdad ...y me hubiese ayudado).

1

La identidad de género

CONTENIDOS

IDENTIDAD DE GÉNERO ES UN TÉRMINO COMPLEJO

EL CONCEPTO IDENTIDAD DE GÉNERO ES RECIENTE

QUÉ ES EL TRANSGÉNERO

¿SOLO EXISTE LA CONSCIENCIA DE SER HOMBRE O MUJER?

LA PREVALENCIA DEL TRANSGÉNERO EN LA POBLACIÓN

¿CUÁNDO SURGE LA CONSCIENCIA DE GÉNERO?

LAS VARIANTES DE GÉNERO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

CÓMO SE TRATA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

LOS ADULTOS TRANSGÉNERO

CONSENSO SOBRE EL TRATAMIENTO PREPUBERAL

EL ESTIGMA EN LA MINORÍA TRANSGÉNERO

DESISTENCIA Y DETRANSICIÓN

NUESTRA ESTRATEGIA PARA INVESTIGAR LA IDENTIDAD DE GÉNERO

IDENTIDAD DE GÉNERO ES UN TÉRMINO COMPLEJO

Aunque la consciencia de ser hombre o mujer es tan antigua como la humanidad, la conceptualización de la identidad de género todavía se encuentra en desarrollo. La American Psychological Association¹ propone que la identidad de género es el sentimiento profundo de una persona inherente a ser un chico o un hombre; o ser una chica o una mujer; o pertenecer a un género alternativo que puede corresponder o no con el asignado al nacer o con los caracteres sexuales primarios o secundarios de la persona. Por ejemplo, tener el sentimiento y convencimiento de ser pangénero, bi-género, agénero, género fluido, tercer género, no estar conforme con las categorías de género binario hombre-mujer, u otras posibilidades².

Antes de continuar hay que hacer algunas aclaraciones. Primero, la expresión «sentimiento profundo», que habitualmente se traduce de forma literal del inglés, puede conducir a pensar que la identidad de género es una emoción más, y la experiencia nos dice que las emociones vienen y van. La identidad de género se comprende mejor si la definimos como un convencimiento cognitivo-emocional estable de ser hombre o mujer, o la consciencia de ser hombre o mujer. Segundo, el concepto de sexo hace referencia a lo biológico, a los caracteres sexuales primarios (gónadas) y secundarios (genitales, aspecto corporal masculino o femenino), que determina el ser macho o hembra en la naturaleza, varón o mujer. Por último, aunque el sexo y la identidad de género son aspectos diferentes, sin embargo, se relacionan. Esto es así porque el género se establece con relación al sexo, ya sea la identidad de género congruente o incongruente con el sexo. Incluso aquellas personas que se sienten fuera del binomio hombre-mujer se definen con respecto a este binomio. Todo esto tiene consecuencias,

¹ APA Dictionary.

² Polderman y cols (2018)

que el sexo es una realidad biológica insoslayable, que el concepto de transgénero es muy amplio y que la clasificación de género binario y no binario se hace para mejor comprender las tipología porque, se quiera o no, al final, todo tiene un anclaje biológico: el sexo como referencia.

Cuando alguien se acerca por primera vez al estudio de identidad de género, lo primero que encuentra es un bosque denso de términos y conceptos que, para añadir complejidad, está en continua revisión. Términos como cisgénero, transgénero, transexualidad, o expresiones como no conformes con el género, disforia de género, incongruencia de género, intersexos, cirugía de reasignación, sexo natal, cirugía de afirmación, etc. son solo especies de árboles de ese bosque que hay que transitar y dominar (Tabla 1.1).

Tabla 1.1. Términos y definiciones en relación con el género

Género:	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico; este término se refiere al rol que se vive en la sociedad y/o la identificación como hombre o mujer.
Asignación de género, también género natal:	la identificación inicial del individuo como hombre o mujer, esto ocurre generalmente en el nacimiento y, por ello, se denomina «género natal».
Género atípico/género inconformista:	se refiere a los rasgos somáticos o a las conductas que no son típicas (en sentido estadístico) de los sujetos con el mismo género en una sociedad y en una época histórica dadas.
Reasignación de género:	denota un cambio oficial (y normalmente legal) de género.
Identidad de género:	es una categoría de identidad social y se refiere a la identificación del sujeto como hombre, mujer u, ocasionalmente, con alguna otra categoría distinta de hombre o mujer.
Disforia de género:	como término descriptivo general, se refiere a la insatisfacción afectivo/cognitiva de un sujeto con el género asignado. Como categoría diagnóstica hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado. Aunque no todos los sujetos presentarán malestar como consecuencia de la incongruencia, muchos presentan malestar si no pueden acceder a las intervenciones físicas mediante hormonas y cirugía.
Incongruencia de género:	se caracteriza una marcada extrañeza entre el género experimentado o expresado por un individuo y el sexo asignado. Incluye un fuerte deseo de ser de un género distinto al asignado; un disgusto marcado hacia los propios caracteres sexuales primarios y secundarios y el deseo de poseer los caracteres primarios y secundarios del género experimentado. Esta incongruencia tiene que haber persistido unos dos años y solo puede ser diagnosticada en adolescentes y adultos.
Transgénero:	se refiere al amplio espectro de sujetos que de forma transitoria o permanente se identifica con un género diferente de su género natal.
Cisgénero	una persona cuya identidad de género corresponde con el sexo asignado al nacer.

Minoría de género:	incluye a los individuos cuya identidad de género difiere del sexo al que fueron asignados al nacer; aquellos cuya expresión de género varía significativamente de lo que tradicionalmente se asocia con o se considera típica del cisgénero; y/o quienes varíen o rechacen las conceptualizaciones culturales tradicionales de género en cuanto a una dicotomía varón-mujer. Este grupo incluye a personas que se consideran (o les consideran) como transgénero, transexuales, travestis y/o doble-espíritu (aborígenes norteamericanos).
Transexual:	denota a un sujeto que busca, o que ha experimentado, una transición social de varón a mujer o de mujer a varón, lo que, en muchos casos, pero no en todos, también conlleva una transición somática mediante un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto (<i>tratamiento hormonal cruzado</i> ; <i>tratamiento hormonal de afirmación</i>) y cirugía genital (<i>cirugía de reasignación sexual</i> ; también <i>tratamiento o cirugía de afirmación</i>).
Rol de género:	Conjunto de comportamientos culturalmente específicos que a menudo, pero no siempre, se asocian a varón o mujer.
Orientación sexual:	Un patrón duradero/persistente de atracción emocional, romántica y/o sexual.
Masculino:	Pertenciente o relativo al varón.
Femenino:	relativo o perteneciente a la mujer.

Definiciones más comunes, obtenidas de: ICD-11; DSM-5; American Psychological Association; Polderman y cols. (2018), diccionario Merriam-Webster; National Institute of Health. Real Academia Española. Algunos de estos términos están todavía en evolución conceptual.

EL CONCEPTO IDENTIDAD DE GÉNERO ES RECIENTE

El término identidad de género fue introducido en 1964 por el psicoanalista Robert Stoller³ para evitar la ambigüedad del término identidad sexual, que también podría ser referido a la actividad y las fantasías sexuales. Stoller, con este nuevo concepto, pretendía separar la autoimagen con respecto a la pertenencia a un sexo de la conducta sexual, y significar la consciencia de ser hombre o mujer. Para Stoller la identidad de género se debía a tres factores, la actitud de los padres con respecto al sexo del niño, el desarrollo de la consciencia del niño en relación con sus genitales externos y a una fuerza biológica irrefrenable de la que ya había hablado Freud. En la actualidad, la aproximación científica a la identidad de género tiene en cuenta los aspectos que en su día introdujo este autor: la fuerza biológica y la interacción social.

Desde otra perspectiva, también por los mismos años que Stoller, John Money trabajaba en Johns Hopkins University Hospital de Baltimore en el desarrollo psicosexual de niños con trastornos endocrinos y genitales ambiguos. Con el fin de diferenciar entre la anatomía genital y la identidad psicosexual, utilizó los términos de identidad de género y rol del género⁴. Con rol de género se refería a lo que una persona hace para

³ Stoller (1968). Para una historia de los conceptos desde el siglo XVI ver Janssen (2020).

⁴ Money (1955).

mostrar su condición de chico u hombre, chica o mujer. El concepto de rol en Money es general y no restringido a lo sexual y erótico. En una revisión de su terminología treinta años después escribió que, en la utilización popular y científica del lenguaje, sexo significa lo que biológicamente es una persona, identidad de género el convencimiento de masculinidad o feminidad de la persona, y el rol de género es el estereotipo cultural de lo que es masculino y femenino⁵. Este tipo de terminología se popularizó y terminó por dicotomizar sexo (lo genital) y género (lo psicológico). En una equivocada interpretación de Money se generalizó que el sexo estaría exclusivamente determinado por lo biológico y el género estaría inducido exclusivamente por las variables sociales. En realidad, Money no lo veía así, para él género era un término que se refiere a la totalidad de lo masculino/femenino incluido lo genital. Identidad y rol de género son las dos caras de una misma moneda. Comprender esta conceptualización de Money es esencial para no caer en la discusión estéril de si lo que prima en la identidad de género son las variables biológicas o las sociales.

Hay dos preguntas sobre la identidad de género que es necesario plantear desde el comienzo y que constituyen el quicio sobre el que pivota toda explicación científica, ¿pertenecen las variantes minoritarias de género al terreno de la psicopatología? ¿la identidad de género es un fenómeno binario o no es binario? Ambas preguntas están relacionadas, porque si se acepta que el género es únicamente binario las variantes quedarían fuera y, al menos algunas de ellas, se explicarían mejor por la vía de la psicopatología. Como veremos, contrariamente a lo que se podría intuir, un análisis psicobiológico apunta a que el género no es únicamente binario, que existen fenotipos cerebrales asociados a la identidad de género.

Una forma de abordar las dos preguntas es enfrentarse a ellas por separado y examinar cómo han evolucionado las ideas y los conceptos hasta el presente. La visión inicial del transgénero estuvo ligada a la psicopatología. Ulrich en 1864, no distinguió entre identidad de género y orientación sexual y en su «*teoría del tercer sexo*», dirigida a explicar la homosexualidad, habla de espíritu de hombre en cuerpo de mujer y espíritu de mujer en cuerpo de hombre. Esta forma de pensar, en la que identidad de género y orientación sexual no se separan con claridad, continúa de alguna forma en Freud. Para él la homosexualidad se debía a un complejo de Edipo (o de Electra) no resuelto que llevaría al niño a desear al padre o la madre del sexo opuesto. En estas aproximaciones está el germen de la idea popular de que las personas transexuales están atrapadas en un cuerpo equivocado.

Otros psiquiatras alemanes contribuyeron a que continuase la visión del transgénero dentro de la psicopatología. Kraft-Ebing, en su *Psycopathia Sexualis* (1886), considerado un manual de diagnóstico psiquiátrico, documentó casos de personas que deseaban vivir como miembros del otro género del asignado al nacer y lo calificó de *paranoia de metamorfosis sexual*. Más tarde, Hirschfeld (1923) describió a personas, que él consideraba «pacientes», que hoy día se englobarían dentro de la categoría de

⁵ Money (1985).

las que experimentan disforia o incongruencia de género. A este psiquiatra se debe un paso conceptual muy importante ya que por primera vez distinguió la homosexualidad (tener compañeros sexuales del mismo sexo) de la transexualidad (vivir como el género no asignado al nacer). Esta distinción tardó muchos años en aceptarse y todavía hay teorías recientes que las relacionan.

En los años veinte del siglo pasado, algunos cirujanos europeos comenzaron a realizar intervenciones de resignación de género, ahora denominadas cirugías de afirmación⁶. Sin embargo, la visibilidad en los medios, el impacto en la clínica y en la sociedad de la existencia de personas transexuales comenzó con Christine Jorgensen. Christine, nacida en Estados Unidos como George, fue a Dinamarca en 1951 a someterse a una cirugía de reasignación de género y regresó a su país con el nombre de Christine en 1952, como una mujer transexual. Su transición tuvo eco importante en la prensa americana. Además, los especialistas que trataron a Christine publicaron el tratamiento hormonal y quirúrgico en el *Journal of the American Medical Association*⁷ abriendo un camino dentro de la medicina para atender a las personas transgénero. La publicación del tratamiento de afirmación de Jorgensen en una revista científica despertó el interés médico y psiquiátrico por el concepto de identidad de género. A partir de aquí se comenzó a reconocer personas con deseos de transición hacia el otro género.

En este sentido, hay que destacar el trabajo de un grupo de clínicos que contribuyeron notablemente al reconocimiento de las personas transgénero y los tratamientos de transición, entre los que se incluyen algunos de los citados previamente. Los conceptos teóricos sobre identidad de género que hoy manejamos no se entenderían sin los trabajos previos de estos investigadores⁸.

En el campo de la práctica clínica, el concepto de identidad de género está ligado a la evolución del concepto de variantes de género. El hecho de que el concepto de transexualidad esté en clasificaciones clínicas importantes como la *International Statistical Classification of Diseases* (ICD), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el *Diagnostic and Statistic Manual* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), indica que todavía está considerado por estas organizaciones como una condición clínica (Tabla 1.2), un tema que actualmente se discute.

Desde el ICD-8 de 1965 hasta el ICD-11 (2015) y desde el DSM-II de 1968 al DSM-5 de 2013 el diagnóstico de las variantes de género ha pasado de estar encuadrado en el capítulo de las «desviaciones sexuales y los trastornos de la identidad sexual» al de «condiciones relacionadas con la salud sexual» (ICD-11)⁹ y el de «disforia de género» (DSM-5)¹⁰. La OMS realizó un paso importante extrayendo el transgénero de

⁶ Gómez-Gil y Esteva (2006).

⁷ Hamburger y cols (1953)

⁸ Robert Stoller, Harry Benjamin (1966) Richard Green (1974), Ray Blanchard (1989) y en Europa el grupo holandés (Cohen-Kettenis y cols, 2008).

⁹ Organización Mundial de la Salud (ICD-11).

¹⁰ American Psychiatric Association (DSM-5).

Tabla 1.2. Evolución de los conceptos clínicos sobre el transgénero

Año	ICD	DSM	Categoría	Diagnóstico
1965	ICD-8		Desviación sexual	Travestismo
1968		DSM-II	Desviación sexual	Travestismo
1975	ICD-9		Desviación sexual	Travestismo
1980		DSM-III	Trastorno psicosexual	Transexualismo
1990	ICD-10		Trastorno de identidad de género	Transexualismo
1994		DSM-IV	Trastorno sexual de identidad de género	Trastorno identidad de género
2000		DSM-IVTR	Trastorno sexual de identidad de género	Trastorno identidad de género
2013		DSM-5	Disforia de género	Disforia de género
2015	ICD-11		Condiciones relacionadas con la salud mental	Incongruencia de género

la categoría de los «trastornos mentales y de la conducta» e introduciendo el término diagnóstico de «incongruencia de género», pero continúa en su manual de la clasificación internacional de las enfermedades¹¹. La APA, por su parte dejó de considerar a la persona transexual como un trastorno de la identidad de género para enfocar, como el aspecto psiquiátrico relevante, el intenso malestar que se puede producir en algunas de ellas al percibir que pertenecen a otro género, lo que se denomina disforia de género.

Hay que subrayar que tanto algunos investigadores y clínicos expertos en transgénero como movimientos LGBTQ+ se emplean activamente por despatologizar la condición de transgénero. Los grupos de especialistas que realizaron las propuestas para el ICD-11 y el DSM-5 estaban formados por personas con sobrada experiencia en el diagnóstico y manejo terapéutico de las variantes de género, ¿por qué no se llegó a despatologizar el transgénero especialmente en el DSM-5? Cuando se leen los trabajos que algunos de ellos han publicado explicando su posición personal dentro de los comités, se aprecia que alcanzaron un tipo de compromiso para justificar que las necesidades específicas de salud de las personas transgénero pudieran ser atendidas por los servicios públicos de salud y las aseguradoras. En concreto, los tratamientos hormonales y quirúrgicos para las personas que solicitan una transición. Los tratamientos quirúrgicos son costosos y los hormonales a veces de por vida. Por otra parte, al mover la ubicación de las variantes de género de capítulo, focalizando el interés hacia la incongruencia de género (ICD-11) y la disforia de género (DSM-5) intentaron disminuir al mínimo la estigmatización social.

¹¹ En el ICD-11, los individuos diagnosticados con incongruencia de género representan un subgrupo del amplio espectro de personas transgénero.

QUÉ ES EL TRANSGÉNERO

El concepto de transgénero se refiere «al amplio espectro de personas que de forma transitoria o permanente se identifica con un género diferente de su género natal» (DSM-5)¹² y recoge una variedad de condiciones¹³, entre las que se encuentra la transexualidad. ¿Qué se entiende por persona transexual?, el DSM-5 las describe como una persona que «...busca, o que ha experimentado, una transición social de varón a mujer o de mujer a varón, lo que, en muchos casos, pero no en todos, conlleva una transición somática mediante un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto y cirugía genital» (p 451).

Al hilo de la última definición, hay algo importante que no se subraya lo suficiente con respecto al DSM-5 y el ICD-11, es que ambos reconocen que hay personas transgénero que no desean entrar en un tratamiento hormonal y quirúrgico de afirmación hacia el género que experimentan.

¿SOLO EXISTE LA CONSCIENCIA DE SER HOMBRE O MUJER?

La segunda pregunta que planteábamos al principio era si la identidad de género debe ser entendida dentro de una concepción binaria o no binaria del género. Aunque dentro del binarismo hay grados con relación a las dimensiones masculina y femenina, la crítica del sistema binario proviene de la observación de que hay personas que se perciben fuera del sistema hombre-mujer (masculino-femenino). También apoya la existencia de un sistema no binario (o extrabinario) el hecho de que hay culturas en las que incluyen un «tercer género» como por ejemplo el caso de los Hijra en la India o las personas con «dos espíritus» entre los nativos de Norteamérica¹⁴.

Sea como quiera, hay dos tipos de personas transgénero unas que se perciben así mismas en un sistema binario y algunas de éstas buscan tratamientos parciales o totales de afirmación y otras que no están alineadas en ese sistema. Hay personas que experimentan un género que no es de hombre o de mujer o se identifican como de ambos géneros al tiempo, o experimentan cualquiera de los dos géneros en tiempos diferentes, o dicen no pertenecer a ningún género o rechazan la idea de que existen dos géneros. Todas estas personas se encuadran dentro del término género no binario. Pero también utilizan otros términos para auto referirse como «género queer o cuir»¹⁵,

¹² DSM-5, p. 451.

¹³ El Diccionario de la Lengua Española, define condición como naturaleza, propiedad y estado de las cosas (las personas). Para el estudio científico que, necesariamente, requiere clasificar la variedad, el término tipos sería más adecuado.

¹⁴ Meyer-Bahlburg (2019).

¹⁵ El concepto queer es muy amplio, actualmente hay una tendencia a sustituir las siglas LGBTQ por Q (de queer), para englobar todas las minorías sexuales. De esta forma centrarse más en el individuo que en los grupos (Rauch, 2019).

«género fluido», «neutro», «theybies», que son niños criados por sus padres de forma neutral con respecto al género. Muchos jóvenes de género no binario no se identifican como transgénero sino como género diverso (Q). En estos jóvenes, la frecuencia de depresión, ansiedad e ideas suicidas son similares si no mayores que los jóvenes transgénero binarios¹⁶. Las identidades fuera de la categoría binaria de hombre o mujer comienzan a ser consideradas a nivel médico, psicológico y legal¹⁷. No obstante, el grueso de la investigación científica y la investigación con metodología propia de la psicobiología se ha centrado en estudiar a las personas transgénero que se encuentran dentro de un esquema binario. En concreto, a las personas transexuales como están descritas en el DSM-5 y el ICD-11.

LA PREVALENCIA DEL TRANSGÉNERO EN LA POBLACIÓN

Cuando hablamos de personas transgénero, ¿cuál es su prevalencia? La prevalencia se refiere a la proporción de individuos, con respecto a la población general, que presentan una condición en un momento dado en el tiempo o un periodo de tiempo. Los datos más fiables son los que se refieren a las personas transexuales con disforia de género. Las estadísticas del DSM-5 señalan una prevalencia en adultos que oscila del 0.005 al 0.014 % para las mujeres transexuales y entre 0.002 y el 0.003 % para los hombres transexuales. En Europa, los datos que se disponen de las personas transgénero también son sobre personas transexuales. Un grupo de investigadores, después de revisar la literatura científica y seleccionar la muestra más adecuada, realizó un metaanálisis que arrojó una prevalencia de la transexualidad de 4.6 en 100.000 individuos; 6.8 para las mujeres transexuales y 2.6 para los hombres transexuales. Este análisis también encontró un incremento de la transexualidad a lo largo de los últimos 50 años¹⁸. La prevalencia posiblemente aumentaría ligeramente si se incluyera al grupo de las personas consideradas intersexos que experimentan disforia de género.

En España, el grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN) ha revisado la historia y evolución del tratamiento de las personas transexuales y la investigación generada¹⁹. Las primeras atenciones datan de principios de los años ochenta del pasado siglo y las unidades multidisciplinarias se crean en el presente siglo (Tabla 1.3). Estas unidades que incluyen profesionales de endocrinología, cirugía, psiquiatría y psicología han atendido a cerca de nueve mil personas en los últimos veinte años (Tabla 1.4). Con la premisa de la despatologización, se está produciendo un cambio de modelo de atención sanitaria, que tiende a sustituir a las unidades especializadas por la atención primaria.

¹⁶ Chew y cols (2020).

¹⁷ Richards y cols. (2016)

¹⁸ Arcelus y cols. (2015).

¹⁹ Gomez-Gil y cols (2019, 2020 a; 2020 b).

Tabla 1.3. Evolución cronológica de la atención a la transexualidad y diversidad de género en España

PRIMERAS ATENCIONES SANITARIAS	
1983	Dos primeras cirugías de genitoplastia feminizantes (vaginoplastia) en sanidad privada
1986	Primeras referencias clínicas de atención por salud mental y endocrinología en Cataluña (Dr. Farré, Dr. Cabrer)
1989	Primera faloplastia en sanidad privada (Dr. Cucalón)
1990-1994	Primeras referencias clínicas de atención por salud mental y endocrinología en Andalucía (Dra. Esteva), Madrid (Dr. Becerra), Valencia (Dr. Gómez, F. Hurtado), Aragón (C. Sanisidro), Castilla y León (Dr. Franch, Dra. Villar) y en Canarias (Dr Fernández y Dr. Gutiérrez)
RECONOCIMIENTO DE UNIDADES MULTIDISCIPLINARES	
1999	Andalucía
2006	Cataluña, Madrid, Aragón
2007	Asturias
2008	Canarias, País Vasco, Comunidad Valenciana
2010	Navarra
2014	Castilla y León

(Modificado de Gómez-Gil *et al.*, 2019)

Tabla 1.4. Número de personas atendidas en España hasta junio 2019

COMUNIDAD	AÑO DE CREACIÓN	TOTAL (ADULTOS E INFANTIL)	MENORES DE 18 AÑOS
Andalucía	1999	2.298 (600 de otras CCAA)	330
Cataluña	2006	1.403	262
Madrid	2006	1.870	239
Aragón	2006	172	59
Asturias	25007	257	65
Valenciana	2008		
Valencia	2008	1.020	376
Alicante		520	160
País Vasco	2008	395	60
Canarias	2008	900	176
Navarra	2010	129	31
Castilla-León	2014		
Valladolid		68	21
Salamanca		40	18

(Modificado de Gómez-Gil *et al.*, 2019)

Este nuevo planteamiento de la atención posiblemente afectará negativamente a la calidad de la atención sanitaria de las personas que soliciten un tratamiento hormonal de afirmación de género. La calidad de este tratamiento requiere el seguimiento especializado de equipos formados para ese fin.

¿CUÁNDO SURGE LA CONSCIENCIA DE GÉNERO?

La emergencia de la identidad de género es un fenómeno complejo que requiere la preparación del cerebro y un proceso de desarrollo cognitivo-emocional y de socialización. Parece que los niños pequeños poseen consciencia de sí mismos, del yo, hacia los 18 meses y alrededor de los dos años y medio o los tres años entienden lo que es el género y manifiestan conductas estereotípicas de género²⁰. Hay dos corrientes de estudio sobre cómo emergen la identidad de género y las conductas estereotípicas. Por un lado, algunos investigadores proponen que en los niños se produce una auto-socialización. Los niños buscarían activamente información acerca del género para entenderlo y la aplicarían para socializarse. Sin embargo, otros investigadores mantienen que entender o conocer el género no es importante para la emergencia de las conductas estereotípicas porque algunas de éstas se observan antes de los dos años²¹. Estudios longitudinales han demostrado que los niños son muy rígidos con respecto a las conductas estereotípicas entre los 5 y los 10 años, a partir de esa edad se hacen más flexibles²².

LAS VARIANTES DE GÉNERO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

En los últimos años se ha producido un aumento visible del número de niños y adolescentes con variantes de la identidad de género. Como ha hecho notar Meyer-Bahlburg²³, este incremento ha coincidido con una diversificación del espectro que componen las variantes de género que no se ciñen a un esquema binario.

Los trabajos clínicos coinciden en que la población de niños y adolescentes transgénero muestra más problemas emocionales o de salud mental que la población general de adolescentes. Estudios epidemiológicos señalan mayor incidencia de depresión, ansiedad, autismo, ideas suicidas, autolesiones e intentos de suicidio²⁴. Esta psicopatología bien puede reflejar las dificultades para asimilar la incongruencia y, en parte, los efectos del estigma sobre este grupo como consecuencia de la falta de apoyo familiar y/o social, o en el caso de rasgos autistas, influencias biológicas. Sea como quiera, esta situación complica mucho recomendar intervenciones clínicas relacionadas con

²⁰ Martin y Ruble (2010).

²¹ Bussey y Bandura (1999).

²² Signorella y cols. (1993).

²³ Meyer-Bahlburg (2019).

²⁴ Reisner y cols. (2015).

el tratamiento hormonal. La terapia familiar sería un primer paso en este campo para allanar el camino a ulteriores tratamientos hormonales.

CÓMO SE TRATA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

El protocolo de tratamiento de los niños transgénero más extendido es el denominado Protocolo Holandés, iniciado por la Gender Clínic de la universidad de Ámsterdam²⁵. Estas líneas de actuación han sido adoptadas por otras entidades como la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), la sociedad europea hermana de la mundial, la sociedad Americana de Endocrinología, y diversas sociedades de Pediatría.

En el Protocolo Holandés, el cuidado de los niños con disforia/incongruencia de género, consiste en informar, dar apoyo psicológico al niño o la niña y aconsejar a los padres y la familia. En el inicio de la pubertad, recomienda el tratamiento hormonal para frenar la pubertad hacia los 12 años, cuando se alcanzan las etapas Tanner II-III²⁶. Para frenar la pubertad se administran análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas, los bloqueantes. La finalidad de este tratamiento es evitar el sufrimiento psicológico producido al experimentar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios por el efecto de las hormonas; además, proporciona al chico o la chica tiempo para tomar una decisión sobre posibles futuros tratamientos de afirmación si fuesen necesarios²⁷.

Pasada la pubertad, si se mantiene la identificación con el otro género, y se solicita, se inicia el tratamiento hormonal cruzado, o tratamiento hormonal de afirmación, con hormonas del género al que se quiere transitar, y el posible tratamiento quirúrgico también si se solicita. Este cambio del tratamiento de bloqueo de la pubertad al de afirmación se realiza cuando se alcanza la autonomía legal que varía entre los 16-18 años según el país. Es importante destacar que en Holanda estos niños y adolescentes tienen un apoyo y seguimiento continuo de equipos multidisciplinares para garantizar el éxito del tratamiento. Llegados aquí, hay que recordar que los tratamientos quirúrgicos son irreversibles y que no hay estudios de los efectos sobre el cerebro y otros órganos del tratamiento con bloqueadores de la pubertad.

El tema adquiere mayor complejidad porque se desconoce la prevalencia de la incongruencia de género en los niños. El grupo de Ámsterdam ha seguido la evolución de la identificación con el género alternativo desde la niñez a la edad adulta y ha comprobado que en un número elevado de los niños la disforia de género desaparece con la pubertad. Muchos de estos adolescentes concluyen identificándose con el gé-

²⁵ Cohen-Kettenis y cols (2008).

²⁶ Las etapas Tanner, también conocidas como Índice de Maduración Sexual, fueron descritas por Marshall y Tanner en un estudio longitudinal entre las décadas de los 40 y los 60 del siglo pasado. Se basan en la observación del desarrollo de los genitales en los chicos y las mamas y el vello púbico en las niñas (Emmanuel y Bokor, 2020).

²⁷ Delemarre-van de Waal (2014); Turban y cols (2020).

nero que les asignaron al nacer y como no heterosexuales²⁸. Es posible que durante la pubertad una constelación de variables induzca el desistimiento (o detransición) de la incongruencia de género. En concreto, habría que explorar los efectos de las hormonas sexuales (estradiol, testosterona) tanto en época prenatal como postnatal temprana y en las distintas fases de la pubertad sobre el cerebro. También, la percepción de los cambios relacionados con los caracteres sexuales primarios y secundarios, la autopercepción y representación del cuerpo, y la interacción social y erótica.

La percepción y la autorepresentación cerebral de los genitales y los caracteres sexuales secundarios son relevantes para la emergencia de la identidad de género. Algunos hombres y mujeres transexuales precisan el tratamiento hormonal y quirúrgico no sólo para afirmar su identidad de género sino también por el profundo malestar, y en un alto porcentaje rechazo, que produce en una mujer transexual experimentar la existencia de pene y testículos o las mamas, en los hombres transexuales.

Los protocolos de tratamiento han cambiado con el tiempo. Antes de la introducción de los bloqueadores de la pubertad se esperaba a que el chico o la chica adquiriese la edad legal para iniciar los tratamientos hormonales y quirúrgicos de afirmación. Actualmente, previo a cualquier tratamiento definitivo, se explora con el chico o la chica la permanencia de la autopercepción de la identidad de género disminuyendo la disforia mediante bloqueadores de la pubertad.

El problema vertebral está en que desconocemos por qué aparece la disforia de género en la niñez o en la pubertad, su progresión y las variables que intervienen. Es más, también desconocemos cómo se desarrolla y consolida la identidad de género y sus variantes durante la pubertad. Por tanto, para comprender la identidad de género y la disforia/incongruencia de género es interesante conocer a qué edad surge la disforia. Para un abordaje psicobiológico, hay que distinguir entre personas cuya disforia (o incongruencia) de género surge en los primeros años de la vida, durante la pubertad o después de la pubertad.

La pubertad se refiere a los cambios hormonales que tienen lugar en el eje hipotálamo-hipófisis-gónadas y hacen generalmente a un sujeto fértil. En este proceso las niñas maduran antes. La adolescencia se refiere a la maduración psicosocial. Muchos trabajos de la literatura científica sobre las variantes de género hablan de adolescencia cuando deberían distinguir entre sujetos prepuberales, puberales y postpuberales. Si no se hace así es imposible comparar resultados e indagar en las variables biológicas.

Si se quiere abordar bien el tema del tratamiento con bloqueadores de la pubertad, hay que reflexionar sobre que el cuidado de la salud de estos niños es un proceso de larga duración. No solo hay que abordar la incongruencia de género/disforia de género en el niño y explicárselo, también los padres y la familia precisan terapia familiar para acompañar a los niños y niñas en la transición física, social y legal que van a experimentar a lo largo de los años. Deben conocer bien el proceso y las etapas que seguirán

²⁸ Steensma y cols (2011, 2013); Claahsen-van der Grinten y cols (2021).

durante el periodo de tratamiento con bloqueadores y la decisión final que debe tomar de someterse a tratamientos hormonales y, posiblemente, quirúrgicos, de afirmación de género²⁹. A estos niños y sus familias hay que proporcionarles terapia familiar por equipos especializados que necesariamente son multidisciplinares. La legislación debería estar dirigida en este sentido para facilitar el desarrollo armónico del niño o la niña.

LOS ADULTOS TRANSGÉNERO

Aquí nos vamos a centrar exclusivamente en las personas que experimentan de forma muy intensa la disforia (DSM-5) o incongruencia de género (ICD-11)³⁰, que sienten un permanente e intenso desagrado con su anatomía y género asignado y reclaman ayuda para resolver su situación, lo que en el DSM-5 se denomina ser transexual. No entraremos en las variantes de género no binarias que no requieren tratamiento médico hormonal y quirúrgico de afirmación de género.

La misma definición de transexual del DSM-5 sugiere que algunos hombres y mujeres transexuales se encuentran bajo la presión de varios factores: el rechazo de los caracteres sexuales primarios y secundarios, el desajuste con el rol de género correspondiente a la asignación de sexo al nacer y, con frecuencia, la incomprensión familiar y social. Ello conlleva un alto riesgo de sufrir estigma. Es posible que secundario a esta constelación de factores se presente depresión, ansiedad, disfunción sexual, etc. Pero también pueden ser de origen primario. Las personas transgénero, al igual que las cisgénero, no son inmunes a la psicopatología.

A las personas con disforia de género algunos especialistas, con el fin de homogeneizar sus características en los estudios, las agrupan según dos criterios, la edad de inicio de la disforia, que puede ser temprana (niñez) o tardía (postpuberal o adulta) y la orientación sexual. La primera variable no es discutida y, desde el punto de vista psicobiológico, más adelante veremos que es importante con respecto al desarrollo y diferenciación de la identidad de género. Sin embargo, el segundo criterio, que hace referencia a la orientación sexual, presenta controversias en sí misma y con respecto a la terminología que se utilizó hasta hace pocos años.

Con el fin de tener un punto de referencia en relación con la orientación sexual, algunos clínicos como Blanchard³¹, utilizaron los cromosomas sexuales (XY; XX) y denominaron a las mujeres transexuales (son XY) que eran atraídas por hombres, mujeres transexuales homosexuales y las que se sentían atraídas por mujeres, las denominaron no-homosexuales. Esta clasificación en relación con la orientación sexual siempre ha

²⁹ Claahsen-van der Grinten y cols (2021).

³⁰ Actualmente se produce una divergencia en los trabajos científicos entre utilizar los términos disforia de género e incongruencia de género. Refleja la inseguridad de los investigadores para adoptar una terminología. Se está investigando lo mismo, la identidad de género y sus variantes, pero se les denomina de forma diferente y no por la corrección científica sino social. No recuerdo un caso parecido en la historia de la ciencia.

³¹ Blanchard y cols (1987).

sido muy discutida por muchos investigadores, especialmente por Gooren³² que afirmó que no debería emplearse los términos homosexual y no homosexual porque esas personas «se sienten» mujeres y, por tanto, si les atraen los hombres son heterosexuales.

La denominación de homosexual o no homosexual, que prácticamente fue normativa en las publicaciones científicas hasta hace poco tiempo, comenzó a ser desusada por especialistas e investigadores. Nunca fue bien acogida por las asociaciones LGBTIQ+³³. De todas formas, en los trabajos científicos sobre identidad de género es preciso consignar la orientación sexual con el fin de homogeneizar las muestras de los estudios. Poco a poco, durante el último quinquenio se fue transitando de los términos homosexual o no homosexual a androfilia (atracción sexual hacia hombres) o ginefilia (atracción sexual hacia mujeres). Actualmente, incluso estos términos comienzan a estar en desuso. Simplemente se describe la orientación sexual: hombre o mujer transexuales atraídos erótica y sexualmente hacia lo que manifiesten, hombre o mujer, o ambos, o ninguno.

Es interesante destacar que en el inicio temprano de la disforia de género es más frecuente la atracción sexual hacia hombres en las mujeres transexuales y hacia mujeres en los hombres transexuales, mientras que las mujeres transexuales con una disforia de género de aparición tardía suelen tener atracción sexual hacia mujeres. En el caso de los hombres transexuales la atracción hacia hombres es menos frecuente. Sea como fuere, lo más frecuente es que las mujeres transexuales experimenten la disforia de género desde la niñez y que erótica y sexualmente les atraigan los hombres, y que los hombres transexuales presenten disforia de género temprana y sean atraídos por mujeres³⁴.

La distinción con respecto al inicio de la disforia de género no es tema menor. En primer lugar, porque puede proporcionar una pista de cuando se forma la identidad de género. Si la disforia aparece en la niñez y antes de la pubertad está señalando que hay variables biológicas que posiblemente actúan antes del nacimiento, si es durante la pubertad señala una posible interacción entre las hormonas, la autopercepción del propio cuerpo y la sociedad. Sin embargo, la disforia de género de comienzo tardío, en la edad adulta, está asociada con elevada comorbilidad psicopatológica, en concreto, con trastornos afectivos, ansiedad y suicidio³⁵.

La mayoría de la mujeres transexuales les atraen los hombres, pero a otras les atraen las mujeres, o ambos, o ninguno. Blanchard³⁶ describió algunas mujeres transexuales de comienzo adulto de la disforia, que les atraía erótica y sexualmente la imagen de sí mismas como mujeres, tenían una historia de travestismo erótico que producía intensa activación sexual y se imaginaban y fantaseaban con tener vulva y mamas. Para describir este cuadro inventó el término autoginefilia o «amarse a sí mismo como

³² Gooren (2006).

³³ De alguna forma relaciona identidad de género y orientación sexual y podría ser una vía para una nueva patologización de la homosexualidad, al estar todavía la transexualidad encuadrada en las distintas versiones del DSM y el ICD.

³⁴ Smith et al (2005).

³⁵ Zucker y cols (2016).

³⁶ Blanchard (1987, 1989a, 1989b).

mujer». En la autoginefilia la activación sexual se produce al imaginarse a sí misma como mujer. Lawrence³⁷, que sigue a Blanchard, explica en un libro, que es parecido a una autobiografía, la narrativa de la autoginefilia y sostiene que en estos casos una mujer transexual tiene un deseo sexual por la mujer que se imagina ser. El concepto de autoginefilia es muy discutido y hay explicaciones alternativas³⁸.

La existencia de subtipos en las personas transgénero transexuales fue abordada en Europa en un trabajo conjunto por investigadores de varios países³⁹. Este grupo estudió la orientación sexual en hombres y mujeres transexuales y el comienzo de la disforia de género. En los párrafos siguientes recogemos lo esencial de esta investigación.

Las mujeres transexuales atraídas sexualmente por hombres y las atraídas por mujeres no difieren en la intensidad de la disforia de género y el desagrado por los caracteres sexuales primarios y secundarios. Sí difieren en que las mujeres transexuales que les atraen los hombres experimentan una intensa disforia de género desde la niñez y solicitan antes el tratamiento de afirmación hormonal y quirúrgico que las mujeres transexuales que les atraen las mujeres. Es posible que las mujeres transexuales que les atraen las mujeres experimenten algo de disforia de género en la niñez, pero ésta se intensifica en la edad adulta. Tanto es así, que algunas de ellas acuden al tratamiento después de casadas y con hijos. Otra diferencia está en el travestismo erótico, que no se observa en las primeras y sí en las segundas⁴⁰. Estas diferencias en la aparición de la disforia de género sugieren la existencia de dos tipos de mujeres trans y que el momento en el que surge la disforia es diferente. Detalles descriptivos de este tipo ayudan a focalizar en el tiempo las variables que pudieran intervenir en la formación de la identidad de género.

En los hombres transexuales, no hay diferencias notables entre los que les atraen sexualmente las mujeres y los que les atraen los hombres. Ambos grupos solicitan el tratamiento de afirmación a edades tempranas lo que indica un inicio de la disforia también temprano. Muy pocos hombres transexuales admiten haber vivido una historia de travestismo erótico.

No todas las mujeres y hombres transexuales con disforia de género solicitan un tratamiento hormonal y quirúrgico de afirmación. Algunas personas sólo desean un tratamiento hormonal que les acerque a la apariencia física del género que experimentan, ya sea porque con ello disminuye o desaparece el malestar de género o porque no desean el tratamiento quirúrgico. Este tratamiento requiere la castración y la construcción de una vagina a partir de la piel del pene o el intestino en las mujeres transexuales o un pene, a partir de la piel de alguna parte del cuerpo en los hombres transexuales⁴¹.

Algunas mujeres trans solo se someten al tratamiento hormonal, desarrollan caracteres sexuales femeninos (mamas, redistribución de la grasa y forma del cuerpo),

³⁷ Lawrence (2013).

³⁸ Moser (2010).

³⁹ Smith et al (2005).

⁴⁰ Buhrich y McConaghy (1977), Freund y Steiner (1982).

⁴¹ Gómez-Gil y Esteva de Antonio (2006).

pero mantienen el pene y los testículos. Técnicamente, un organismo que tiene características masculinas y femeninas se denomina ginandromorfo. En Norteamérica a veces a estas personas se las denomina «shemale» o «t-girl». Este tipo de denominaciones tiene un origen antiguo, es peyorativa, deshumanizante y está ligada a la pornografía. Aunque hay discusión en los grupos transgénero sobre si estos términos son apropiados, algunos investigadores utilizan el término «shemale» despojándolo de su connotación negativa y en un sentido coloquial. Traemos a colación estas personas transgénero porque hay hombres cisgénero que sienten atracción sexual hacia personas ginandromorfas. A este tipo de atracción sexual se la llama ginandrofilia, ocurre en hombres heterosexuales que encuentran erótico fantasear con la idea de ser una mujer, y suelen puntuar en autoginefilia⁴².

CONSENSO SOBRE EL TRATAMIENTO PREPUBERAL

Aunque el protocolo holandés es utilizado en varios países no carece de críticas y algunos pediatras y endocrinólogos tienen dudas sobre su utilización. Esto es así porque se trata de menores. Aunque los datos que disponemos indican que el tratamiento de bloqueo de la pubertad es razonablemente seguro, hay que reconocer que no hay todavía suficiente investigación.

Hay un porcentaje de púberes con disforia de género que presentan concurrencia de psicopatología tipo depresión, ansiedad, fobias etc., generalmente reactiva porque carecen de consentimiento familiar o experimentan rechazo social⁴³. El grupo de Ámsterdam que introdujo el tratamiento de bloqueo ha estudiado estos casos y clasifica a los niños con disforia de género en «elegibles de inmediato» para el tratamiento o «posiblemente elegibles más tarde», estos últimos suelen estar en los últimos estadios Tanner antes de entrar en el tratamiento⁴⁴. Al final de los estadios Tanner no tiene sentido administrar bloqueadores de la pubertad.

El propio grupo holandés ha sido siempre muy consciente de los problemas éticos. Hace unos años publicó en el *Journal of Adolescent Health* un estudio cualitativo, consistente en una entrevista semi estructurada y un cuestionario abierto realizados a pediatras, endocrinólogos, psicólogos, psiquiatras y expertos en bioética pertenecientes a diecisiete unidades de género de todo el mundo. La conclusión de este trabajo es que existe un debate real sobre el tema de la conveniencia o no del tratamiento con bloqueadores de la pubertad y que es necesaria más investigación interdisciplinar porque no hay forma de llegar a un consenso⁴⁵. La complejidad del tema enfatiza la necesidad de equipos multidisciplinares para atender a niños y adolescentes en el proceso de afirmación de género.

⁴² Hsu y cols. (2016).

⁴³ Kaltiala-Heino y cols. (2018).

⁴⁴ de Vries y cols. (2011).

⁴⁵ Vrouenraets y cols. (2015).

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH), la Asociación Europea para la Salud Transgénero (EPATH), diversas Sociedades de Endocrinología y Pediatría, y grupos de trabajo en identidad y diferenciación sexual como el Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN), con gran experiencia en el manejo terapéutico de las personas transgénero, proporcionan una extensa guía de atención. Las guías reconocen la variabilidad de necesidades dentro del grupo de las personas transgénero y, en consecuencia, que la atención debe ser individualizada porque no todas las personas precisan tratamiento hormonal y cirugías de afirmación de género. La psicoterapia se enfoca en facilitar que la persona explore su percepción de sí misma, no a modificar su autopercepción. En relación con los tratamientos hormonales y cirugías, señalan varios aspectos que se deben tener en cuenta: idoneidad de la persona para un determinado tratamiento, separación prudencial entre la administración de hormonas y la cirugía, y el consentimiento informado. Hay que recordar que los tratamientos hormonales muy prolongados y los quirúrgicos producen cambios que son irreversibles.

Hasta el presente los equipos multidisciplinares se han mostrado eficaces en responder a las necesidades de salud de las personas transgénero en los países occidentales y asiáticos. Ya hemos visto antes que las clasificaciones del ICD-11 y el DSM-5 han dado un paso importante hacia la despatologización de las personas transgénero (las variantes de género), también se aplica a las personas transexuales. Sería prudente que la legislación sobre el acceso a los tratamientos hormonal y quirúrgico tuviera en cuenta la experiencia de las unidades interdisciplinares existentes. Existe la tendencia a descentralizar la atención de las personas transgénero a la medicina de atención primaria y los especialistas de endocrinología y pediatría correspondientes. Una tarea que requeriría la formación durante años de este personal sanitario para garantizar la eficacia y calidad de vida de los usuarios.

La identidad de género y sus variantes es el rasgo más íntimo y profundo del yo, de la persona. Atañe a la comprensión de la propia naturaleza humana. No han de extrañar las controversias. Nos encontramos muy a los inicios de entender el origen de la formación de la identidad de género y sus variantes. Como veremos más adelante hay datos genéticos y cerebrales que se asocian a algunas de estas variantes.

EL ESTIGMA EN LA MINORÍA TRANSGÉNERO

Hay una alta probabilidad de sufrir estigma social y victimización por pertenecer a cualquier minoría. El «National Center for Transgender Equality» de Estados Unidos realizó en 2015 una encuesta a cerca de veintiocho mil personas transgénero en todo el país⁴⁶. La encuesta detectó altos niveles de maltrato, acoso y violencia en cada aspecto de la vida de estas personas. El 10% había sufrido maltrato familiar y al 8% los

⁴⁶ National Center for Transgender Equality.

habían echado de casa. El 54% había experimentado maltrato verbal, 24% maltrato físico y 13% agresión sexual. Los datos sociodemográficos, señalaron que la pobreza afectaba al 29% mientras que en la población general se situaba en el 12%.

En el campo del estigma no todas las personas transgénero experimentan el mismo grado. Las personas transgénero binarias (hombres y mujeres transexuales) sufren un nivel mayor de rechazo que las no binarias (agenero, pangénero, género fluido, no conformes con el género, etc.). Posiblemente se debe a que en muchos casos estas personas no son detectadas como transgénero⁴⁷.

En grado mayor o menor, y no en todas, las personas transgénero pueden experimentar malestar y sufrimiento. Por un lado está la experiencia de la incongruencia de género y el rechazo de los caracteres sexuales primarios y secundarios y, por otro, el rechazo, el estigma social. No es sencillo vivir así. La aceptación de la variedad por parte de la sociedad debería ser parte esencial de la humanización.

DESISTENCIA Y DETRANSICIÓN

Para una comprensión cabal de la variabilidad y la complejidad de la formación de la identidad de género es preciso esbozar que hay casos de desistencia y detransición. Algo ya se apuntó cuando referimos que el grupo holandés había comunicado casos de adolescentes que desistían de proseguir el tratamiento con bloqueadores de la pubertad o, posteriormente, el hormonal de afirmación de género.

Se entiende por desistencia las modificaciones o cambios en el sentimiento identitario inicialmente manifestado, y por detransición la solicitud de revertir los cambios (médicos y administrativos) realizados durante la transición de género⁴⁸. Se utiliza el término arrepentimiento⁴⁹ para señalar el malestar que siente la persona por los cambios realizados durante la transición. Hasta mediados de la década pasada apenas se conocían casos de desistencia y detransición, pero desde entonces se ha producido un aumento importante que ha coincidido con el incremento de la población transgénero no binaria.

Hay un trabajo reciente que recoge una muestra de jóvenes de varios países de cultura occidental y explora las razones alegadas para desistir y detransicionar⁵⁰. Los motivos alegados fueron los siguientes: llegar a sentirse mejor con el sexo asignado al nacer, preocupación por las posibles complicaciones médicas del tratamiento, llegar al convencimiento de que la disforia de género que experimentaban fue debida a trauma, abuso o la condición mental en ese momento. También la auto homofobia, o la incapacidad de aceptarse como lesbiana, gay o bisexual fue otra de las razones esgrimidas. El estudio de Littman también exploró la situación de estas personas después

⁴⁷ Reisner y Hughto (2019).

⁴⁸ Pazos Guerra y cols (2020).

⁴⁹ Arrepentimiento es un término provisional hasta que se defina este tipo de malestar.

⁵⁰ Littman (2021).

de la detransición. El sesenta por ciento regresó al sexo asignado al nacer, pero el resto se acopló en alguna variante no binaria. Llama la atención que solo una cuarta parte de la muestra informó de la detransición a la clínica en la que realizó la transición.

En España hay un estudio de casos interesante que procede de la Unidad de Identidad de Género del Hospital Dr. Peset de Valencia. El trabajo analiza con detalle cuatro casos conocidos de una muestra de cerca de ochocientas personas tratadas en diez años⁵¹. Los autores consideran que la medicalización, como única vía para mejorar la disforia de género en algunos jóvenes, puede conducir a la detransición y señalan que es un fenómeno creciente al que se asocian problemas, clínicos, psicológicos y sociales. Posiblemente, hay demasiada exposición en el ambiente a la solución binaria y la falta de una exploración de sus propios sentimientos, algo difícil sin una ayuda especializada, conduzca a estos jóvenes a los tratamientos hormonal y quirúrgico de afirmación.

Que haya personas transgénero con el tratamiento de afirmación hormonal y quirúrgico que detrasicionan hacia el cisgénero o al transgénero no binario, debe hacer reflexionar sobre la necesidad de proporcionar los medios especializados necesarios para que la persona explore con calma su identidad antes de tomar una decisión de transición que, cuando alcanza algún punto del tratamiento médico, suele ser irreversible o de difícil solución. Este tema no es algo que se pueda resolver fácilmente por la medicina de familia o directamente en un juzgado, se precisan equipos multidisciplinares con experiencia.

NUESTRA ESTRATEGIA PARA INVESTIGAR LA IDENTIDAD DE GÉNERO

La pregunta crucial que queremos contestar es sobre el origen y formación de la identidad de género. Es imprescindible construir un modelo con base científica y, por tanto, verificable, sobre las variables que intervienen en la formación de la identidad de género. La consistencia de una teoría depende de su poder de explicación. Por tanto, una teoría sobre la identidad de género debe tener la capacidad de explicar tanto la identidad de género de las personas cisgénero como, al menos, las variantes binarias de transgénero.

Para contestar a la pregunta e indagar sobre las bases biológicas que subyacen a la identidad de género, vamos a introducir la estrategia que hemos seguido⁵² para investigar los mecanismos psicobiológicos de la identidad de género. Esta estrategia consiste en comparar genotipos, endofenotipos y fenotipos de las personas cisgénero y las transgénero desde la perspectiva de la diferenciación sexual del cerebro. Como el espectro

⁵¹ Pazos Guerra y cols (2020).

⁵² Lo que a continuación se expone en este libro es mi experiencia y visión personal. Sin embargo, todos los resultados se deben al trabajo en equipo de muchos investigadores de diferentes especialidades básicas y clínicas, los nombres aparecen al citar los trabajos.

de identidades transgénero es amplio, hace años focalizamos el estudio en mujeres y hombres transexuales con disforia de género desde la niñez, y decididos a seguir tratamiento hormonal y quirúrgico de afirmación y hombres y mujeres cisgénero.

¿Por qué la perspectiva de la diferenciación sexual del cerebro y la conducta? Las estrategias de investigación rara vez son corazonadas del investigador, se fundamentan en las observaciones previas de éste y las de otros. En nuestro grupo la historia fue la siguiente. A finales de los años ochenta, trabajando con una especie de roedores, observamos que una región del núcleo de la estría terminal, que pertenece al sistema olfativo de esta especie y está relacionada con la conducta sexual, presentaba diferencias entre machos y hembras⁵³. En la región medial posterior de este núcleo los machos tenían más volumen y neuronas que las hembras, mientras que en la región lateral anterior ocurría lo contrario [años más tarde comprobamos que también ocurría en el conejo⁵⁴, un orden muy separado del de roedores]. Poco después, Richard Simerly⁵⁵ encontró que este núcleo contenía receptores para andrógenos y estrógenos y, años después, nosotros comunicamos que pequeñas lesiones del mismo núcleo en estos roedores afectaban a la conducta sexual de los machos⁵⁶.

Puede parecer que estos trabajos con ratas y conejos están muy lejos de la identidad de género. No es así, Dick Swaab, del *Neetherlands Institute for Brain Research*, basándose en nuestros trabajos y los de Simerly, estudió histológicamente la región central del núcleo de la estría en cerebros *post mortem* de personas cisgénero y transgénero y comprobó que en los hombres cisgénero esa región tenía más volumen que en las mujeres cisgénero. Además, el volumen del núcleo en las mujeres transgénero no se diferenciaba del volumen de las mujeres cisgénero. En consecuencia, sugirió que el núcleo de la estría esta feminizado en las mujeres transgénero⁵⁷. Su hallazgo señalaba que la identidad de género y sus variantes podría estar relacionada con la diferenciación sexual del cerebro y abría un camino para explicar la formación de la identidad de género basada en la diferenciación sexual del cerebro.

Unos años más tarde, Savic⁵⁸ encontró que la respuesta del hipotálamo de las mujeres transgénero a olores relacionados con feromonas masculinas era como el de las mujeres cisgénero. Entonces, decidimos estudiar *in vivo* con técnicas de neuroimagen si el sistema olfativo de nuestra especie⁵⁹ mostraba dimorfismo sexual. Así es, hay diferencias en la densidad del tejido (que expresa el número y empaquetamiento de células) entre hombres y mujeres cisgénero⁶⁰. También por esos años se comprobó que la corteza cerebral de las mujeres cisgénero era más gruesa que la de los hombres cisgénero⁶¹.

⁵³ del Abril y cols. (1987); Guillamon y cols. (1988).

⁵⁴ Segovia y cols. (2006).

⁵⁵ Simerly y cols. (1990).

⁵⁶ Claro y cols. (1995).

⁵⁷ Zhou y cols. (1995).

⁵⁸ Berglund y cols. (2008).

⁵⁹ Price (2004).

⁶⁰ García-Falgueras y cols. (2006).

⁶¹ Im y cols. (2006).

Todos estos hallazgos, justificaban abordar el estudio de la identidad de género desde la perspectiva de la diferenciación sexual del cerebro y sugerían que son razonables las siguientes preguntas, ¿es posible que el proceso de diferenciación sexual prepare un cerebro capaz de sentirse hombre o mujer? ¿se pueden asociar genes, endofenotipos cerebrales y fenotipos conductuales?

La perspectiva de la diferenciación sexual nos sitúa ante un proceso que va de los genes (genotipo) a la conducta (fenotipo). El genotipo es la dotación genética de un individuo y el fenotipo son los caracteres o rasgos visibles morfológicos y de conducta que un individuo presenta como resultado de la interacción de los genes con el medio ambiente durante el desarrollo y en toda su vida. La conducta que observamos en una persona es su fenotipo conductual.

¿Determinan los genes de manera inexorable la identidad de género? La identidad de género no solo tiene un aspecto subjetivo e íntimo, sino que también se manifiesta a los demás por la conducta. Los roles de género y la expresión de la disforia/incongruencia de género son fenotipos conductuales. Es muy difícil relacionar de forma directa genotipo y fenotipo. Desde los trabajos del botánico Johanssen a principios del siglo pasado sabemos que la variabilidad cuantitativa en el fenotipo hace muy difícil separar la contribución genética de la ambiental en la formación del fenotipo. Por tanto, el fenotipo no es un indicador perfecto del genotipo. De hecho, el mismo genotipo puede dar lugar a diferentes rangos de fenotipos, según el medio en que se exprese, o diferentes genotipos pueden producir un mismo fenotipo.

Entre los genes y la conducta hay una serie de intermediarios. En concreto, las gónadas, las hormonas y el cerebro. Esto nos conduce a los endofenotipos (Figura 1.1). El concepto de endofenotipo proviene de la psiquiatría, lo introdujeron Gottesman y Shields⁶² en una revisión que realizaron sobre las teorías de la esquizofrenia. Aunque es un término de origen psiquiátrico, la estrategia que de él se deriva se puede aplicar en la indagación de cualquier conducta, como es el caso de la identidad de género. Estos autores sugirieron que las conductas que se observan son el fenotipo mientras que los componentes no visibles del proceso (gónadas, cerebro) tienen también sus fenotipos, que denominaron endofenotipos, por no ser visibles directamente y tener que explorarse por medio de técnicas específicas (histológicas, bioquímicas, neuroimagen, etc.). Los endofenotipos también están influidos por el ambiente y presentan variabilidad.

La ventaja estratégica del endofenotipo es que supera la dificultad de relacionar directamente genes y conducta. El endofenotipo proporciona una reconstrucción del proceso genes > gónadas > hormonas > cerebro > conducta. Porque puede ser que la variabilidad que encontramos en el fenotipo conductual se deba a variabilidades producidas por el medio al actuar sobre las gónadas, las hormonas o el cerebro. A pesar de la complejidad que conlleva la reconstrucción y la búsqueda de variabilidad en la funcionalidad de los órganos internos, la estrategia de investigar los endofenotipos

⁶² Gottesman y Shields (1973); Gottesman y Gould (2003).

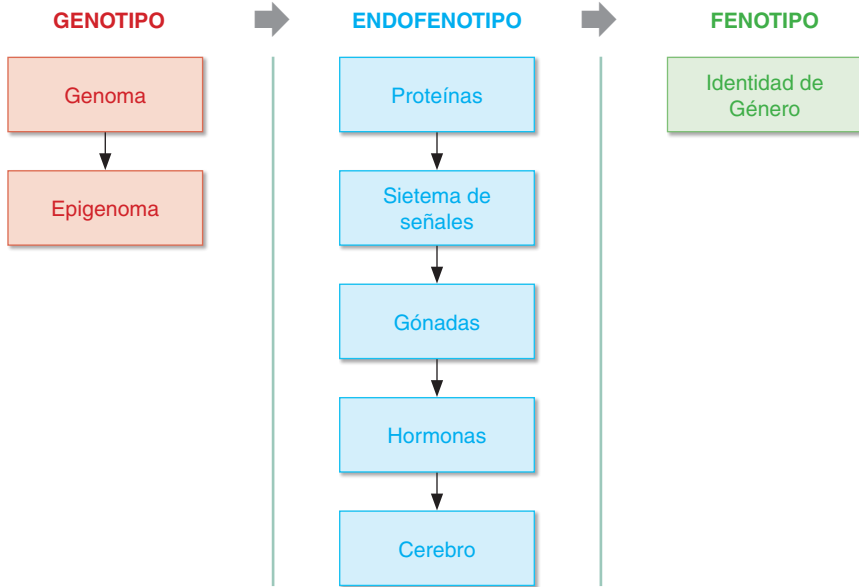


Figura 1.1. Esquema del proceso de diferenciación de la conducta; las fases del proceso se pueden abordar separadamente y, posteriormente relacionar.

proporciona inteligibilidad a cualquier proceso conductual y posibilita el control de la multitud de variables que pueden intervenir en la formación de un rasgo conductual fenotípico.

Con esta estrategia de reconstrucción, para establecer una teoría sobre la identidad de género, abordamos su estudio en los aspectos genético, gonadal, cerebral y conductual comparando en cada uno a hombres y mujeres cisgénero con hombres y mujeres transgénero antes del tratamiento hormonal. En concreto, hombres y mujeres transgénero con un nivel muy intenso de disforia que deseaban tratamiento hormonal y quirúrgico, es decir, transexuales, según el DSM-5.