

Reflexiones y comentarios sobre la ponencia 'Aspectos psicológicos de la disforia de género y la transexualidad/transgenerismo'

Reflections and comments on the paper 'Psychological aspects of gender dysphoria and transsexuality/transgenderism'

Marcelino Gómez Balaguer¹, Amadora Moral Martos², Cristina del Castillo Villaescusa³

¹ Servicio de Endocrinología y Nutrición. Unidad de Identidad de Género. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia (España)

² Servicio de Endocrinología Pediátrica. Equipo Territorial de Atención Pediátrica Garraf. Institut Català de Salut. Barcelona (España)

³ Servicio de Pediatría. Unidad de Identidad de Género. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia (España)

Resumen

Palabras clave: *disforia de género, identidad de género, incongruencia de género.*

Abstract

Key words: *gender dysphoria, gender identity, gender incongruence.*

Contenido

Señora directora:

Hemos leído con interés la ponencia que J. Errasti desarrolló en el 46.º congreso de la SEEP/FSEEP: 'Aspectos psicológicos de la disforia de género y la transexualidad/transgenerismo', recientemente publicada en su revista⁽¹⁾, y sobre ella deseáramos realizar algunas consideraciones.

Es crucial luchar en pro de una información completa y veraz respecto a la atención de personas

trans (cuya identidad de género no se corresponde con la que normalmente se asocia con el sexo de nacimiento), sobre todo en ámbitos académicos, y su revista es especialmente importante para este fin.

Manifestamos nuestra gran preocupación cuando el autor considera que, en el tema que nos ocupa y, por tanto, en las unidades de identidad de género, se tiene una 'visión de la atención médica desde la lógica de los centros comerciales'. Esto no se ciñe a la realidad, y además puede resultar ofensivo. Nuestra práctica clínica sólo busca mejorar la calidad de vida de estas personas sin interés económico alguno.

También propondríamos adoptar propuestas de la Organización Mundial de la Salud sustituyendo transexualidad/transgenerismo por incongruencia/discordancia de género o transgénero, término ya asimilado en la bibliografía científica⁽²⁾.

Efectivamente, se ha producido un incremento de demanda asistencial, sobre todo en ciertas franjas de edad⁽³⁾. La razón no es de fácil interpretación, y es objeto de debate desde la medicina, la psicología y la sociología. Aunque parece ser multifactorial, el autor afirma que es de causa única. Desde siempre ha habido personas que han cuestionado su género (que no sexo), y no por ello se identifican como personas trans ni solicitan ninguna medicalización, y hoy en día son más visibles. Estas personas piden respeto para explorar el género en entor-

Correspondencia:

Cristina del Castillo Villaescusa
Servicio de Pediatría. Unidad de Identidad de Género,
Hospital Universitario Doctor Peset, Avenida Gaspar Aguilar,
90, 46017, Valencia, España
E-mail: crisidc@gmail.com
E-mail: delcastillo_cri@gva.es

nos seguros, sin ser sancionadas ni reprimidas por su identidad ni por la expresión social. Este complejo tema no admite aseveraciones contundentes como las que nos plantea el autor, pero no deja de ser su opinión.

Igualmente se afirma que ‘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’. ¿Cuáles son las ‘tasas habituales’? Recordemos que hasta hace poco la atención a personas con incongruencia de género no se contemplaba en carteras de servicio, y en épocas no muy lejanas la libre expresión de la identidad de género estaba sancionada y oculta. No conocemos la ‘tasa normal de transexualidad’. Estamos ante un proceso que, aunque se visibiliza más, siempre ha estado presente. La tasa ‘normal’ de incongruencia de género depende de zonas geográficas, culturales y religiosas, y es variable en el tiempo. En epidemiología comparada no debemos hablar de incidencia/prevalencia, sino de demanda asistencial, que es lo que ha aumentado⁽⁴⁾.

Habla el autor de actuaciones médicas realizadas en niños. Queremos hacer constar que en las unidades de identidad de género nadie realiza actuaciones farmacológicas en prepúberes.

Cita también el juramento hipocrático sobre la obligación del médico de no hacer daño. Estamos de acuerdo, pero también cabe recordar que el daño puede generarse negando una atención a las personas que sí que lo necesitan⁽⁵⁾.

Coincidimos que en medicina transgénero existen escasos estudios, nivel de evidencia y seguimientos cortos. Nos preguntamos por qué no se han realizado estos necesarios estudios. Hemos de promover investigaciones capaces de dar respuestas a nuestras dudas y no apostar todo a la feroz crítica y a la oposición sistemática generadora de discusiones estériles.

Se posiciona el autor contra el ‘tránsito social’, definiéndolo como que ‘está lejos de ser un proceso inocuo y reversible’. No queda claro qué entiende por tránsito social. Creemos que el tránsito social no consiste en pasar de ‘vivir en rosa a vivir en azul’. Deberíamos evitar escenarios que separen personas y adjudiquen roles y etiquetas considerados ‘normales’ o propios de su sexo. Seamos prudentes al prohibir, reprimir y sancionar expresiones no normativas de género, ya que podemos generar importantes problemas psicológicos.

El autor define ‘terapia médico-afirmativa’ como ‘una intervención de talla única en cuatro pasos’ (tránsito social, bloqueo puberal, tratamiento hor-

monal cruzado y cirugías), lo que no se ajusta a la realidad y a la necesaria individualización que precisa la persona. Sería más adecuado usar el término ‘atención afirmativa de género’ o ‘terapia afirmativa de género’, que engloban aspectos más amplios y no solo fármaco-quirúrgicos⁽⁶⁾.

Para nosotros, atención afirmativa de género implica no cuestionar ni reprimir la identidad de género y su libre expresión. A veces, medidas psicoeducativas y sociales son suficientes, y esto forma parte también de la atención afirmativa de género, dado que el ecosistema en el que se vive puede condicionar la aparición de la disforia, entendida como un malestar clínicamente significativo, por lo que, al modificar dicho entorno e integrar puede ésta desaparecer y, por tanto, no siempre serán necesarias actuaciones fármaco-quirúrgicas. Pero retrasar innecesariamente los tratamientos puede ser igualmente perjudicial. Además de la *World Professional Association for Transgender Health*, la [tabla 1](#) recoge algunas sociedades científicas que apoyan este tipo de asistencia, incluidos los menores de edad.

Respecto a ‘terapia exploratoria’, en la práctica clínica habitual encontramos terapeutas que vierten sobre sus pacientes ideas preconcebidas, malentendiendo su papel y no siempre ajustándose a las necesidades de la persona. Algunos centran su trabajo en sancionar, reprimir y realinear mente y cuerpo, con nefastas consecuencias, por lo que puede confundirse ‘terapia exploratoria’ con ‘terapia de reconversión’. Nos hubiera gustado que el autor distinguiera claramente la diferencia entre ellas.

Expresa su preocupación por las destransiciones con arrepentimiento, cosa que compartimos. Aunque el viraje a una identidad cisgénero es posible y en algunas series es aproximadamente del 2%, las destransiciones no tienen por qué ir acompañadas de arrepentimiento^(7,8). Destransición no es sólo

Tabla 1. Sociedades científicas que apoyan una atención afirmativa de género.

American Medical Association
American College of Physicians
Endocrine Society
American College of Obstetricians and Gynecologists
American Academy of Pediatrics
American Psychiatric Association
World Association for Sexual Health
Asociación Española de Pediatría
Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica
Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

Tabla 2. Consideraciones relevantes sobre la terapia afirmativa de género y las destransiciones.

Terapia afirmativa significa no dudar, restringir ni sancionar la identidad de género y su libre expresión. No siempre supone actuaciones farmacológicas, ya que en ocasiones sólo son necesarias medidas psicoeducativas y sociales. No toda persona con incongruencia de género tiene disforia ni necesita tratamientos farmacológicos
La medicina sigue estando en disposición de ayudar a mejorar la disforia, entendiendo que la medicalización es sólo una vía más (aunque no la única) y complementa las vías psicoeducativas y emocionales
El ecosistema en el que viven y con el que interactúan las personas condiciona la aparición de la disforia. Modificar el entorno e integrar puede mejorar o hacer desaparecer la disforia, por lo que se aboga por un abordaje holístico
Las destransiciones primarias son escasas y representan alrededor del 2% en las series publicadas. En estas destransiciones primarias hay un cambio en la identidad expresada, aunque no siempre las destransiciones se acompañan de un cambio en la identidad
Las destransiciones también abarcan la 'desmedicalización' o abandono de los tratamientos por múltiples motivos, entre ellos el empoderamiento de la persona para vivir su género sin medicación o el cambio en el ecosistema social, las intolerancias farmacológicas o las frustraciones no resueltas. En estos casos no hay pérdida de la identidad. No toda destransición se acompaña de arrepentimiento
La mayoría de las personas atendidas en unidades de identidad de género en España agradece el acompañamiento que se les ofrece, y las destransiciones primarias son poco frecuentes en nuestro país
En las unidades de identidad de género se actúa con prudencia y se consideran todos los aspectos necesarios para ofrecer una asistencia garantista, holística e integral, y no exclusivamente las actuaciones farmacológicas. Retrasar en adolescentes innecesariamente los tratamientos farmacológicos puede ser igualmente perjudicial

cambio de identidad sentida y expresada. Destransición es un concepto más amplio y puede abarcar la 'desmedicalización' (abandono de tratamientos) por múltiples motivos, entre ellos el empoderamiento para vivir su género sin fármacos, cambios del ecosistema, intolerancias farmacológicas o frustraciones no resueltas⁽⁹⁾. Trabajar la autoestima y los entornos hostiles o transfobos también se realiza en las unidades de identidad de género, y es parte de la terapia 'transafirmativa'.

Las destransiciones con arrepentimiento son procesos que hay que acompañar y prevenir con una adecuada valoración de la persona y su entorno (necesidades, expectativas, violencias recibidas, circunstancias personales u otras de interés). En la práctica, la gran mayoría agradece el acompañamiento, y las destransiciones primarias son poco frecuentes^(7,10-12). Las vías psicoterapéuticas deben explorarse, pero negar la ayuda médica farmacológica quizás tampoco sería ético^(5,13,14).

En la [tabla 2](#) sintetizamos las ideas más relevantes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses potenciales.

©Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (<https://www.seep.es>). Publicado por Evidence Health España, S.L.U. (<https://www.evidence.com>).

Artículo Open Access bajo licencia CCBY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Bibliografía

1. Errasti J. Aspectos psicológicos de la disforia de género y la transexualidad/transgenerismo. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2024; 15 (Supl 2): S85-92.
2. Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society. Position Statement Transgender Health. URL: https://www.endocrine.org/-/media/endocrine/files/advocacy/position-statement/position_statement_transgender_health_pes.pdf Fecha última consulta: agosto 2024
3. Expósito-Campos P, Gómez-Balaguer M, Hurtado-Murillo F, Morillas-Ariño C. Evolution and trends in referrals to a specialist gender identity unit in Spain over 10 years (2012-2021). *J Sex Med* 2023; 20: 377-87.
4. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health* 2022; 23 (Suppl 1): S1-259.
5. Riaño Galán I, del Río Pastoriza I, Chueca Guindulain M, Gabaldón Fraile S, de Montalvo Jáaskeläinen F. Posicionamiento técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación

- con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar. *An Pediatr* 2018; 89: 123.e1-123.e6.
6. Clayton, A. Gender-affirming treatment of gender dysphoria in youth: a perfect storm environment for the placebo effect—The implications for research and clinical practice. *Arch Sex Behav* 2023; 52: 483-94.
 7. Durwood L, Kuvalanka KA, Kahn-Samuelson S, Jordan AE, Rubin JD, Schnelzer P, et al. Retransitioning: the experiences of youth who socially transition genders more than once. *Int J Transgend Health* 2022; 23: 409-27.
 8. Ashley F. The clinical irrelevance of 'desistance' research for transgender and gender creative youth. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 2022; 9: 387-97.
 9. Expósito-Campos P, Gómez-Balaguer M, Hurtado-Murillo F, García-Moreno RM, Morillas-Ariño C. Medical detransition following transgender identity reaffirmation: two case reports. *Sex Health* 2022; 18: 498-501.
 10. Pazos Guerra M, Gómez Balaguer M, Gómes Porras M, Hurtado Murillo F, Solá Izquierdo E, Morillas Ariño C. Transitions, detransitions, and regrets in Spain. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2020; 67: 562-7.
 11. Hurtado F, Peris C, Moreno M, Gómez M, Morillas C. Incongruencia de género en infancia y pubertad: un análisis de la persistencia identitaria. *Psicosom Psiquiatr* 2022; 23: 16-25.
 12. Olson KR, Durwood L, Horton R, Gallagher NM, Devor A. Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics* 2022; 150: e2021056082.
 13. Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez-Balaguer M, Rica Echevarría I, Campos-Martorell A, Chueca-Guindulain MJ, et al. Clinical practice guidelines for transsexual, transgender and gender diverse minors. *An Pediatr (Engl Ed)* 2022; 96: 349.e1-349.e11.
 14. Moral Martos A, Gómez-Balaguer M, Riaño Galán I, Yeste Fernández D. Reflections in bioethics key to the document Clinical guidelines for the care of transsexual, transgender and diverse gender minors. Authors reply. *An Pediatr (Engl Ed)* 2024; 100: e31-3.