

Transexualidad en la infancia: desenmascarando la falsedad del 80% de “desistimientos”

Aingeru Mayor

En la mayoría de los casos los chicos tienen pene y las chicas tienen vulva. Por eso, en el momento del nacimiento se miran los genitales para *suponer* cual será el sexo del recién nacido, cuál será su identidad sexual. Cuestión que sólo podremos conocer con certeza cuando, con la conquista del lenguaje, a partir de los dos años, empiece a hablar y a expresarse, afirmando “Soy un niño” o “Soy una niña”. Porque la identidad sexual no se puede adivinar “desde fuera del sujeto”; sólo puede ser expresada “desde dentro”. Y en todo caso lo que “desde fuera” se puede hacer es escuchar esa expresión y, a partir de ahí, aceptarla y acompañarla, o cuestionarla y negarla.

En algunas ocasiones quien suponíamos que era un niño (porque tenía pene), resulta que es una niña (porque expresa que lo es). Y viceversa. Porque la identidad sexual no se encuentra en los genitales. Es a esta realidad a la que nos referimos cuando hablamos de transexualidad.

Desde el ámbito psiquiátrico se usa, de manera ambigua y muy poco precisa, el desafortunado término “disforia de género” (DG) para referirse a esta realidad (entre otras), y desde una mirada patologizante de la misma.

La transexualidad no es ni una enfermedad ni un trastorno ni una anomalía. Tampoco es una decisión o una elección. La transexualidad es un hecho de diversidad.

Es importante no confundir la transexualidad con los denominados “comportamientos de género no normativos”, es decir, niños a los que, por ejemplo, les gustan los vestidos o jugar con muñecas, o niñas que juegan al balón o prefieren llevar el pelo corto.

Hasta hace muy poquitos años la transexualidad infantil, la existencia de niñas con pene y niños con vulva, no solo era *invisible*, sino que además era *impensable*. A día de hoy, afortunadamente para esas niñas y niños, podemos *pensar* esta realidad y por lo tanto acompañarla.

Ante la pregunta de cómo acompañar a estas niñas y los niños, una posibilidad es aceptar la identidad sentida y expresada, y la peculiar manera de ser de cada quien, acompañando el “tránsito” para que puedan vivir de acuerdo a su sexo. De hecho, estamos conociendo la primera generación de niñas y niños en situación de transexualidad que están pudiendo vivir su infancia con su identidad sexual respetada y aceptada.

Desde la literatura “científica” sobre “disforia de género”, algunos autores vienen planteando que esta opción no es razonable porque, según afirman en sus publicaciones, la mayoría de los niños con *disforia de género* “desisten” en la pubertad.

Por ejemplo, en el “*Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia*” (Esteve et al. 2015), firmado por responsables de diferentes “Unidades de Género” del estado español, se afirma: “*Los datos de persistencia indican que una gran mayoría (80-95%) de niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentando tras la pubertad la disforia de género*”.

Resulta ser un porcentaje abrumador y que no concuerda para nada con la realidad expresada desde las distintas asociaciones de familias de menores transexuales del estado español que han ido surgiendo en los últimos años y que expresan que entre sus familias no ha habido ni un solo caso de “desistimiento” (y estamos hablando ya de más de 500 familias).

Parece, por lo tanto, necesario revisar las referencias que se dan, para ver de dónde sale ese dato del 80-95% de “desistimientos”.

(Esteva et al. 2015) realiza dicha afirmación citando tres estudios de los que, sorprendentemente, uno de ellos no proporciona datos de “desistimientos” en la infancia (Cohen-Kettenis, 2001), mientras que los otros dos estudios encuentran porcentajes considerablemente inferiores: 63% y 45,3% (Steensma et al. 2011 y Steensma et al. 2013). Y es que, curiosamente, dicha afirmación no se basa en los resultados de los estudios a los que hace referencia, sino en datos que se mencionan en las introducciones de dichos artículos.

Podemos ver, así, que esa afirmación ha sido casi literalmente copiada de la introducción de Cohen-Kettenis et al. (2008) donde se puede leer: “*Symptoms of GID at prepubertal ages decrease or even disappear in a considerable percentage of children (estimates range from 80–95%)*”, dato que se acompaña de la referencia a tres artículos: uno de ellos (Cohen-Kettenis, 2001) ofrece un porcentaje del 42,6%, y los otros dos (Zucker y Bradley, 1995 y Drummond et al. 2008) dan un 80%.

En las introducciones de los otros dos artículos (Steensma et al. 2011 y Steensma et al. 2013) a los que hacen referencia Esteva et al. (2015), se habla de un 84,2%, dato que se recopila de 10 estudios, 7 de ellos anteriores a 1990.

Por lo tanto, además de que el 95% no aparece por ningún lado, lo que nos encontramos es un gran abanico de porcentajes (entre 42,6% y 80%), algunos recogidos de estudios muy antiguos, sobre los que resulta necesario reflexionar, si queremos sacar alguna conclusión con rigor.

De hecho, Drummond et al. (2008) apuntan que el porcentaje que arroja su estudio (80%) puede que sea demasiado alto por el peso que se da, en los criterios para diagnosticar disforia de género, a los *comportamientos superficiales de identificación cruzada de género* (los “comportamientos de género no normativos”).

Coincidimos con Drummond en que el origen de esta disparidad en los datos, y la existencia misma de la idea de “desistimiento”, parece provenir de los criterios diagnósticos de *disforia de género* del DSM, que son los que usan los diferentes estudios. Especialmente importante reflexionar sobre el criterio principal, que en la última versión del DSM-V es considerado criterio sine qua non, y que queda formulado así: “*the experience of a strong desire to be of another gender or an insistence to be another gender*”.

Podemos observar que este criterio mezcla, usando la conjunción disyuntiva “o”, dos realidades diferentes:

1. La “vivencia de un fuerte *deseo de ser* del otro *género*”, que haría referencia a los denominados “comportamientos de género no normativos”. Por ejemplo, niños a quienes les gusta maquillarse o jugar con muñecas y que, porque se burlan de ellos, muestran malestar y expresan que *desearían* ser niña, porque si fuesen niña les dejarían en paz ser como son. Son niñas con vulva y niños con pene que viven con malestar las “imposiciones de género” que no van con su forma de ser y expresarse.
2. La “*insistencia en ser* del otro *género*”, que haría referencia a lo que conocemos por transexualidad. Niñas con pene y niños con vulva que insisten en *ser* del sexo que son (aunque los demás crean y afirmen lo contrario). Si se les da la posibilidad, hacen el *tránsito* para vivir socialmente de manera acorde a su propio sexo.

En la pubertad, las “chicas masculinas” y lo “chicos femeninos” no suelen sentir malestar hacia sus cambios corporales y no demandan ningún tratamiento médico, por lo que dejan de ser “diagnosticados” de disforia de género. Son “los que desisten”.

En cambio, las chicas y chicos “transexuales” siguen “siendolo” en la pubertad, es decir, quienes decían “yo soy del otro sexo” (en realidad lo que dicen es “yo soy del sexo que soy, y no del que vosotros decís que soy”) lo seguirán diciendo. En muchos casos, ante el malestar generado por el

desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados, demandan tratamientos médicos. Y se les “mantiene el diagnóstico” de disforia de género. Son “los que persisten”.

Steensma et al. (2011, 2013) estudiando los factores asociados con la “persistencia” hallan un resultado muy esclarecedor: “*The persisters explicitly indicated they felt they were the other sex, the desisters indicated that they identified as a girlish boy or a boyish girl who only wished they were the other sex*” (“*Quienes persisten explícitamente indicaron que sentían que eran del otro sexo, quienes desisten indicaron que se identificaban como chicos femeninos o como chicas masculinas que sólo deseaban ser del otro sexo*”). Es decir, quienes “desisten” cumplían la primera parte del criterio del DSM (deseo de ser) y los que “persisten” cumplían la segunda (insistencia en ser).

Y es que la fuente de la confusión que estamos analizando proviene de esa conjunción disyuntiva del criterio sine qua non del DSM que mezcla dos realidades del todo diferentes bajo un mismo “diagnóstico”.

Steensma et al., (2011, 2013) muestran asimismo otro dato de gran interés: de los casos de su muestra en los que se hizo en la infancia el “tránsito completo”, ninguno desistió.

Y es que, más que una cuestión de “persistencias” y “desistimientos”, en realidad nos encontramos ante una cuestión de “criterios diagnósticos” imprecisos que llevan a una errónea identificación de caso. Porque los que supuestamente “desisten”, no desisten de nada. Lo que ha sucedido es que les metieron en un “saco” (el de la “disforia de género”) del que posteriormente les sacan. Claro que quizás resulte duro para los “expertos” asumir públicamente que yerran en el diagnóstico en un 80-95% de los casos...

A día de hoy las unidades de género en el estado español parece que están empezando a identificar mejor las dos realidades que se han venido confundiendo, y seguramente por ello, están encontrando porcentajes de “desistimientos” mucho más bajos.

Por ejemplo, Nuria Asenjo-Araque, de la Unidad de Género del Hospital Ramon y Cajal de Madrid, que es la segunda autora del “Documento de posicionamiento” (Esteve et al. 2015), firma ese mismo año otro artículo (Asenjo-Araque et al. 2015) en el que dan cuenta de los 45 casos de menores que han atendido en su Unidad en los últimos años. En el mismo afirman que “El número total de casos de menores de 18 años (...) en los que persiste el diagnóstico y que continúan siguiendo el tratamiento en la UTIG: es de 43 (95% del total).” Es decir, en su muestra de niños y adolescentes, “desisten” sólo el 5%. Es más, si revisamos detenidamente su estudio, encontramos que aclaran que “el número de menores que abandonaron la UTIG antes de la mayoría de edad es de 2 (4,4%) por motivos de cambio de residencia.” O sea que los que para los autores “desisten”, en realidad es que les han perdido la pista porque fueron a vivir a otra comunidad autónoma. Si usamos un poco de rigor científico, esos casos de los que ya no se tiene conocimiento, no se deberían contabilizar en los resultados. Lo que significa que en su muestra el porcentaje de “desistimientos” es del 0%.

Si bien no se pueda sacar de este estudio ninguna conclusión definitiva, puesto que por una lado no se trata de un “estudio de seguimiento” y, por otro, de los 45 casos sólo 5 eran menores de 11 años cuando acudieron por primera vez a la Unidad, resulta curioso que este llamativo porcentaje nulo de desistimientos que no coincide con los datos presentes en la literatura, no sea mencionado ni en el Abstract, ni en las conclusiones de su artículo: lo dejan ahí perdido en un párrafo en mitad del artículo. Y es curioso también que en otros dos lugares del artículo se refieren a ese dato diciendo: “encontramos un *alto porcentaje* de menores que continúan su seguimiento después de la mayoría de edad ” y “Nuestros datos hasta la fecha objetivan *un número elevado* de casos de menores vistos en edades tempranas, en los que se confirma y se mantiene su diagnóstico de disforia de género, después de la mayoría de edad. ” ¡¿Cómo “alto porcentaje” o “número elevado de casos” si se trata del 100% de su muestra?!

Hemos de recordar que Nuria Asenjo-Araque, que publica ese artículo en el que muestra que en su clínica no ha visto ningún desistimiento, ese mismo año, firma el “Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia” (Esteva et al. 2015) que hemos analizado, en el que se afirma que “Los datos de persistencia indican que una gran mayoría (80-95%) de niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentando tras la pubertad la disforia de género”. ¿No habrá algo que le resulte extraño?

Hemos de añadir en esta reflexión que en el “Documento de posicionamiento” (Esteva et al. 2015), tras afirmar el 80-95% de “desistimientos” añaden: “Por consiguiente las valoraciones psicológicas en niños deben ser más cuidadosas aún que en adultos, deben ser realizadas por personal especializado en DG y deben evitar en lo posible intervenciones médicas dañinas o irreversibles”. Los autores del artículo, responsables de distintas Unidades de Género, son quienes mejor saben que con los niños prepuberales no se realiza ninguna intervención médica, menos aún dañina o irreversible. Y que las primeras intervenciones médicas, en todo caso, se hacen en el principio de la pubertad con los bloqueadores hormonales. ¿Por qué realizan entonces dicha afirmación, que no tiene ningún sentido y, eso sí, genera una sensación de alarma?

En la infancia los niños y niñas en situación de transexualidad no necesitan ningún tratamiento médico. Bueno, en realidad sí que necesitan un tratamiento: necesitan un “buen tratamiento”, es decir, *que se les trate bien*. Lo que necesitan, igual que el resto de niñas y niños, es un acompañamiento que respete su identidad y la expresión de la misma.

Lo que genera malestar en estas niñas y niños no es su situación de transexualidad, sino la negación de la misma. Cuando su identidad pasa de ser negada a ser respetada su malestar se convierte en bienestar. Esto lo saben muy bien las ya cientos de familias de menores en situación de transexualidad del estado español que en los últimos años, y organizadas en diferentes asociaciones, están dando testimonio de ello. Pero, ¿sabemos desde la literatura científica algo de esas niñas y niños a quienes sí se les ha respetado su identidad y han realizado el tránsito?

Contamos ya con la primera publicación que empieza a poner un poco de luz sobre ello: “Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities” (Olson et al., 2016). En su estudio con 73 niñas y niños en situación de transexualidad de entre 3 y 12 años, que viven de acuerdo a su identidad sentida, y dicha identidad es aceptada por todo su entorno, es decir, que “han hecho el tránsito”, Olson y su equipo encuentran que estas niñas y niños tienen niveles normativos de depresión y niveles de ansiedad sólo un poco más altos que la media; y que tienen índices de psicopatologías internalizadas notablemente más bajos que los que arrojan otros estudios con menores con “disforia de género” que no han hecho el tránsito.

Es decir, lo que esta investigación comienza a señalar es que los menores “transexuales” que han realizado el tránsito y a quienes se acepta su identidad tienen indicadores de calidad de vida similares a la media, y mucho mejores que los de aquellos que no han hecho el tránsito y cuya identidad no es aceptada.

Así que quizás es ya hora de emprender proyectos de investigación para estudiar el fenómeno de la transexualidad de manera rigurosa, y desde una mirada *comprensiva*, es decir que tenga ánimo de *comprender* estas realidades, para poder así, entre otras cosas, identificarlas correctamente y atender sus necesidades adecuadamente.

Mientras tanto, ojalá estas niñas y niños sean escuchados por sus familias y respetados en su identidad y en la diversidad de maneras de la expresión de la misma, para poder crecer no con el sufrimiento de la negación, sino con el necesario e imprescindible acompañamiento desde la aceptación.

Nota

Este artículo es una ampliación del artículo publicado en la Revista de Endocrinología Pediátrica por Mayor y Beranuy (2017), en respuesta al Documento de Posicionamiento de Esteva et al. (2015). Nuestro comentario fue a su vez respondido en el mismo número de dicha Revista por Esteva y López-Siguero (2017). Invitamos a leer dicha respuesta poniendo atención en la profundidad de los argumentos esgrimidos.

Referencias

- Esteva I, Asenjo N, Hurtado F, Fernández-Rodríguez M, Vidal A, Moreno-Pérez O, Lucio MJ, López JP y Grupo GIDSEEN. Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de identidad y diferenciación sexual de la sociedad española de endocrinología y nutrición (GIDSEEN). *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. 2015;1(6):45-48.
<http://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E15/P1-E15-S590-A275.pdf>
- Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJG. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sex Med*. 2008;5:1892-7.
https://www.researchgate.net/publication/5290785_The_Treatment_of_Adolescent_Transsexuals_Changing_Insights
- Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(6):582-90
- Steensma TD, Biemond R, de Boer F & Cohen-Kettenis PT. Desisting and Persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011;16(4):499-516.
- Zucker KJ, Bradley SJ. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York/London: Guilford Press; 1995:283–301.
- Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 2008;44:34–45.
- Cohen-Kettenis PT. Gender identity disorder in the DSM? *J Am Acad Child Psy*. 2001;40:391.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. Washington: APA;2013.
- Asenjo-Araque N, García-Gibert C, Rodríguez-Molina JM, Becerra-Fernández A, Lucio-Pérez MJ y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes* 2015;2(1):33-36.
<http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-19.pdf>
- Mayor A y Beranuy M. Comentario a: Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2017;8(1):59-60.
<http://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E21/P1-E21-S950-A412.pdf>
- Esteva I. y López-Siguero JP. Respuesta a 'Comentario a: Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN)' *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2017;8(1):61-61.
<http://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E21/P1-E21-S950-A416.pdf>