

Becerra Gordo, Mercedes  
Benaym, Liza  
Busquets Ferré, Lourdes  
Catalina Fernández, Cristina  
D'Agostino Ermacora, Sebastián  
De Castro Oller, María Jesús  
De Uribe-Zorita, Isabel Reyes  
Gabaldón Fraile, Sabel  
Galán Rodríguez, Antonio  
Garrán, Encarni  
González-Serrano, Fernando  
Gordo, Leire  
Houzel, Didier  
Iriarte, Leire  
Labin. Agustina  
Márquez Navarro, María Ángeles  
Martínez Pampliega, Ana  
Mascaró Masri, Norberto  
Ortiz Soto, Paloma  
Peinado Muñoz, Elisa  
Rabain Lebovici, Nicolas  
Taborda, Alejandra  
Terán Sedano, Sara  
Trejo, Diego  
Ubía Alcántara, Ruth  
Vegazo Sánchez, Esmeralda  
Villanueva Ferrer, Rafael

**N.º 65**  
**1º semestre**

2018

# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions  
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y  
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967



Cuadernos de Psiquiatría  
y Psicoterapia del Niño  
y del Adolescente

*La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.*

*La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.*

*Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.*

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

## DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

## CONSEJO DIRECCIÓN

*Directora:* Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

*Director Adjunto:* Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

## COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)  
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)  
Ángeles Torner Hernández (Madrid)  
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)  
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)  
Fernando González Serrano (Bilbao)  
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)  
María Dolores Gómez García (Sevilla)  
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

## COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)  
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)  
Alain Braconnier Centro Alfreth Binet (París)  
M<sup>a</sup> Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)  
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo  
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)  
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)  
Marian Fernández Galindo (Madrid)  
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)  
Pablo García Túnez (Granada)  
Bernard Golse Universidad Paris Descartes (París)  
Carmen González Noguera (Las Palmas)  
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)  
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)  
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)  
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)  
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †  
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)  
Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)  
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)  
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)  
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)  
Roger Misés (París)  
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (París)  
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)  
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)  
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)  
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)  
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)  
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)  
Jorge Tizón García (Barcelona)  
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)  
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)  
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)  
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)  
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)  
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

## INDICE:

<b>¿Hacia falta abrir la caja de Pandora?</b> <i>Didier Houzel</i> .....	9
<b>Aspectos éticos implicados en la medicalización de las personas trans en la infancia y adolescencia</b> <i>Sabel Gabaldón Fraile</i> .....	17
<b>Grupos multifamiliares: un nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia</b> <i>Nicolas Rabain Lebovici, Sebastián D'Agostino Ermacora, Liza Benaym y Norberto Mascaró Masri</i> .....	25
<b>En busca de la dimensión clínica del apego a través de las narrativas infantiles</b> <i>Antonio Galán Rodríguez</i> .....	35
<b>Los avatares de la adolescencia en nuestra época, a ritmo de las nuevas tecnologías</b> <i>Elisa Peinado Muñoz</i> .....	47
<b>Observaciones basadas en el trabajo de los conflictos de la parentalidad en padres de menores de dos años con sospecha de Trastorno del Espectro Autista</b> <i>Encarni Garrán</i> .....	59
<b>La relación entre la función reflexiva parental y el ajuste socioemocional de bebés de 9 a 14 meses de la Comunidad Autónoma Vasca</b> <i>Leire Gordo, Leire Iriarte y Ana Martínez Pampliega</i> .....	67
<b>Los escenarios de la abuelidad</b> <i>Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto, María Jesús de Castro Oller y María Ángeles Márquez Navarro</i> .....	73
<b>Dificultades en el abordaje terapéutico: a propósito de un caso clínico en una paciente adolescente</b> <i>Esmeralda Vegazo Sánchez, Diego Trejo, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Cristina Catalina Fernández</i> .....	79
<b>Tramas de la constitución subjetiva y la complejidad del diagnóstico de niños desde un enfoque relacional (Parte 2)</b> <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i> .....	85
<b>Intimididad y tolerancia a la soledad en la adolescencia</b> <i>Fernando González-Serrano</i> .....	95
<b>Mecanismos autorregulatorios en el bebé y sus interacciones tempranas</b> <i>Mercedes Becerra Gordo</i> .....	105
<b>El grupo terapéutico con niños pequeños como tránsito entre familia y escuela</b> <b>Experiencia grupal: historia de la construcción de un tren</b> <i>Lourdes Busquets Ferré, Ruth Ubía Alcántara y Rafael Villanueva Ferrer</i> .....	111

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. [www.editorialselene.com](http://www.editorialselene.com)

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: [publicaciones@seypna.com](mailto:publicaciones@seypna.com)

Página Web: <http://www.seypna.com/revista-seypna/>

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECs: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=IBECs&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

#### **JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA**

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

---

Página web: [www.sepypna.com](http://www.sepypna.com)

---

## INDEX:

---

<b>Was it necessary to open Pandora's box?</b> <i>Didier Houzel</i> .....	9
<b>Ethical aspects involved in the medicalization of trans people in childhood and adolescence</b> <i>Sabel Gabaldón Fraile</i> .....	17
<b>Multifamily groups: a new therapeutic approach in adolescence</b> <i>Nicolas Rabain Lebovici, Sebastián D'Agostino Ermacora, Liza Benaym y Norberto Mascaró Masri</i> .....	25
<b>In search of the clinical dimension of attachment through children's narratives</b> <i>Antonio Galán Rodríguez</i> .....	35
<b>The vicissitudes of adolescence in our time, to the rhythm of new technologies</b> <i>Elisa Peinado Muñoz</i> .....	47
<b>Observations based on the work of parenting conflicts in parents of children fewer than two years of age with suspected Autism Spectrum Disorder</b> <i>Encarni Garrán</i> .....	59
<b>The relationship between the parental reflective function and the socio-emotional adjustment of babies 9-14 months old from the Basque Autonomous Country</b> <i>Leire Gordo, Leire Iriarte y Ana Martínez Pampliega</i> .....	67
<b>Scenarios of grandparenthood</b> <i>Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto, María Jesús de Castro Oller y María Ángeles Márquez Navarro</i> .....	73
<b>Difficulties in the therapeutic approach: clinical case of a teen patient</b> <i>Esmeralda Vegazo Sánchez, Diego Trejo, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Cristina Catalina Fernández</i> .....	79
<b>Networks of subjective constitution and the complexity of the diagnosis of children from a relational perspective (2nd part)</b> <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i> .....	85
<b>Intimacy and tolerance for loneliness in adolescence</b> <i>Fernando González-Serrano</i> .....	95
<b>Self-regulatory mechanisms in babies and their early interactions</b> <i>Mercedes Becerra Gordo</i> .....	105
<b>Group therapy with young children as a transition between family and school</b> <b>Group experience: the history of building a train</b> <i>Lourdes Busquets Ferré, Ruth Ubía Alcántara y Rafael Villanueva Ferrer</i> .....	111

---

---

# ASPECTOS ÉTICOS IMPLICADOS EN LA MEDICALIZACIÓN DE LAS PERSONAS TRANS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA\*

## ETHICAL ASPECTS INVOLVED IN THE MEDICALIZATION OF TRANS PEOPLE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Sabel Gabaldón Fraile\*\*

---

### RESUMEN

El término “trans” engloba a todas las personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresan su identidad de género de una manera no normativa (transexuales, transgéneros, genderqueers). En estas personas se evidencia una relación entre el malestar experimentado y el rechazo social sufrido con la intención clara de que se adecúen a las normas de género vigentes. Este aspecto no ha sido tenido en cuenta en la perspectiva médica que ha mantenido actitudes patologizantes. Desde una aproximación ética, planteo un enfoque despatologizador de las personas trans y un análisis tanto de las respuestas médicas (diagnósticas y terapéuticas) como de las respuestas sociales.

**Palabras clave:** Transexualidad, identidad de género, infancia, adolescencia, ética

### ABSTRACT

The term “trans” encompasses all people who identify with a gender different than that assigned at birth, or

who express their gender identity in a non-normative manner (transsexuals, transgender, genderqueers). For these people, a relationship between the discomfort experienced and the social rejection suffered is evident from the clear intention of adapting to current gender norms. This aspect has not yet been taken into account from a medical perspective that maintains pathological attitudes. From an ethical perspective, I propose a depathologizing approach to trans people and an analysis of both medical (diagnostic and therapeutic) and social responses.

**Key words:** Transsexuality, gender identity, childhood, adolescence, ethics

### INTRODUCCIÓN

A lo largo del presente artículo se utiliza el término trans, con la intención de englobar a todas las personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresan su identidad de género de una manera no normativa, en este término se incluyen transexuales,

---

\* Ponencia presentada en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título “Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social” fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

\*\* Psiquiatra. Máster Europeo en Bioética. Hospital Materno Infantil de Sant Joan de Déu de Barcelona. E-mail: sgalaldon@sjdhospitalbarcelona.org



transgéneros, *genderqueers*. Se realiza, desde una aproximación ética, un enfoque despatologizador de la diversidad de género en la infancia y adolescencia y un análisis de las respuestas médicas y sociales.

Como punto de partida, desde esta perspectiva despatologizadora, es necesario llevar a cabo un análisis epistemológico de los dos pilares que sustentan la intervención médica, psiquiátrica y psicológica en las personas trans: el diagnóstico y el tratamiento.

La “patologización” y la clasificación de estas situaciones plurales es el primer punto conflictivo que debemos tener en cuenta y las consideraciones éticas más fundamentales en psiquiatría (y, en consecuencia, las más serias), surgen a partir de la prerrogativa del diagnóstico (Gabaldón, 2007).

## EL DIAGNÓSTICO

Las personas trans siguen formando parte de las categorías médicas patologizantes que han operado y operan como reguladoras de lo que podemos denominar la verdad del género, entendida como un parámetro de normatividad y normalización social, a través de la exigencia en la concordancia sexo-género y el establecimiento de la heterosexualidad obligatoria (Soley-Beltran, 2009).

Esta idea de control social, heredero de la ilustración y la revolución industrial, parte de la instrumentalización de la ciencia, que ha expuesto el saber científico como un producto social que, en la mayoría de los casos, muestra los presupuestos políticos y sociales bajo los cuales se produce. Dentro de los saberes científicos la medicina y particularmente la psiquiatría no han escapado a este hecho.

Para ilustrar este aspecto citaré tres ejemplos, que aunque pueden parecer lejanos en el tiempo son representativos de la instrumentalización del saber científico. El primero de ellos tiene como protagonista al Dr. Samuel A. Cartwright que en el año 1851 describió dos nuevas entidades médicas (Forcades, 2012), a una la denominaba “Disestesia Etiópica” y la definía como “la poca motivación por el trabajo y la falta de diligencia en general que tenían algunos esclavos de las plantaciones del sur de los EE. UU.” y la “Drapetomania” (del griego drapetes que significa “fugitivo”), definida como el “deseo imperioso que manifiestan ciertos esclavos a huir de la plantación incluso corriendo el riesgo de perder la propia vida”. Se podría pensar que estas descripciones de Cartwright a mediados del siglo XIX son tan lejanas como grotescas y que forman parte de un racismo

pseudocientífico o de un binarismo supremacista que somete a la ciencia a un pretendido orden natural de las cosas, pero no es así, ya que la medicalización de los problemas sociales ha tenido continuidad desde entonces hasta nuestros días en cuanto al intento de justificar la posición social de desventaja del conjunto de la población afroamericana en los EE.UU. (Forcades, 2012).

El segundo ejemplo lo encontramos en la llamada “Escuela de Moscú” creada por el Dr. Andrei Snezhnevsky, en la antigua Unión Soviética entre los años sesenta y ochenta, donde estuvo en vigor un sistema nosológico psiquiátrico que, aunque en muchos aspectos era muy descriptivo, no se basaba a diferencia del DSM o del ICD en una investigación según los patrones científicos comúnmente aceptados. Este sistema empleaba unos criterios tan amplios y elásticos de los trastornos esquizofrénicos que permitían que se emitiera este diagnóstico en casos en que, en Occidente, no se diagnosticaría enfermedad mental (Reich, 2001). Como consecuencia de este sistema, los psiquiatras soviéticos solían diagnosticar como enfermos a personas que no serían diagnosticadas como tales en ninguna otra parte. Citaré algunos de los rasgos que presentaba la denominada “esquizofrenia continua o cicloide de subtipo leve”, que se caracterizaba por: temor, desconfianza, depresión (sentimientos nada extraños en personas perseguidas por el Estado), religiosidad, adaptación deficiente al medio social (lo que caracteriza a un disidente), formulaciones ideológicas y “reformismo” (otro modo de describir la disidencia, al menos antes del advenimiento de la perestroika). Un ejemplo de la utilización de la psiquiatría como instrumento político al servicio de un régimen totalitario. Pero el hecho de que los psiquiatras soviéticos diagnosticaran a estas personas como enfermos sugiere que probablemente, al menos en algunas ocasiones, creían que estas personas (en muchos casos disidentes) eran auténticos enfermos. Si la ciencia se distorsiona con el fin de servir a sistemas de creencias políticos o ideológicos, las normas éticas patinan.

El tercer ejemplo tiene que ver con la homosexualidad que ha estado presente, como entidad psiquiátrica, desde finales del siglo XIX hasta hace bien poco, sin ninguna evidencia científica que la abalase y que dejó de formar parte por la presión social del activismo homosexual. Debido a estas presiones, en 1974, los miembros de la APA decidieron cambiar este término y en el DSM-III (1980) se sustituye esta categoría por “homosexualidad egodistónica”, un diagnóstico creado para referirse a aquellas personas que sufren a causa de su orientación

homosexual. En la edición revisada del DSM-III (1987), se elimina este concepto por considerarse que dicho sufrimiento, de estar presente, es producto de la homofobia social y no de la propia condición homosexual (Mas Grau, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS), retira en 1990 la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

En el caso de las personas trans, cuando realizamos un diagnóstico psiquiátrico por manifestar identidades y expresiones de género diversas o comportamientos de género no normativos y consideramos que su experiencia debe estar necesariamente marcada por un sufrimiento inherente a su condición, ese diagnóstico tiene el efecto de reforzar esa misma matriz de normatividad y el fin de tranquilizar a la sociedad estigmatizando a estas personas.

La transexualidad como concepto médico, entra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el año 1980, en la que sería la tercera edición de este manual (DSM-III), curiosamente cuando desaparece la homosexualidad de este manual clasificatorio.

Su introducción se debe, sobretudo, a las presiones ejercidas por la Asociación Harry Benjamin sobre transexualidad, hoy en día denominada “The World Professional Association for Transgender Health” (WPATH), creada en 1979 por un grupo de profesionales que trabajaban con personas transexuales y en claro homenaje a Harry Benjamin que con la publicación en 1966 de “The Transsexual Phenomenon” fijó las pautas de la asistencia médica de la transexualidad, defendiendo los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo. Su planteamiento se basaba en que “la mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, por lo que es lógico y justificable intentar lo opuesto: ajustar el cuerpo a la mente” (Benjamin, 1966). Curiosamente, antes de la aparición de esta obra, la solución hormonal y quirúrgica de la transexualidad era denostada y la mayoría de los profesionales preferían la utilización del abordaje psicoterápico para reconducir los deseos del paciente.

Por otra parte, Benjamin destacaba el nivel de sufrimiento de estos pacientes por no tener el cuerpo deseado, e indicaba la necesidad de una valoración psiquiátrica antes de actuar médicamente con la intención de descartar trastornos psicóticos y comprobar el estado emocional y el nivel de inteligencia del paciente, concediendo a la psiquiatría el papel validador y

supervisor del acceso al proceso terapéutico (Benjamin, 1966).

La presión que se ejerció para la introducción del término transexualidad en el que sería el DSM III, tenía como intención posibilitar nuevas vías de atención facilitando el acceso a tratamientos hormonales y quirúrgicos y que estos fuesen asumidos por las aseguradoras privadas o por el sistema público de salud al introducir como un “trastorno” a la transexualidad.

En las últimas clasificaciones médicas se ha intentado evitar el estigma con cambios de denominación. Hemos pasado, a lo largo del tiempo y de diversas clasificaciones psiquiátricas, por varios nombres: transexualidad, trastorno de identidad de género, disforia de género. El borrador Beta de la ICD-11 cambiará la terminología a “incongruencia de género” y su categoría diagnóstica, optando por retirar estas categorías del capítulo “trastornos mentales y de comportamiento” y mantendrá un código relacionado con la atención sanitaria trans-específica en un capítulo nuevo denominado “condiciones relacionadas con la salud sexual”, con el fin no sólo de garantizar la mejor atención sanitaria a estas personas, sino también para que toda actuación esté necesariamente presidida, en el caso de la infancia y adolescencia, por el interés superior del menor; en este sentido los profesionales sanitarios actuarían como garantes de dicho interés (Drescher, Cohen-Kettenis, & Reed, 2016).

Volviendo al DSM-5, este último define a la “disforia de género” como una “marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna”, y que va asociada a un “malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento” (American Psychiatric Association, 2014).

Pero en la definición médica de disforia de género, como en las anteriores denominaciones, el diagnóstico no se pregunta sobre si las normas de género son erróneas. La disforia es entendida como inherente a la experiencia transexual, y tiene como consecuencia un cuestionamiento del individuo, que sufriría un trastorno, en lugar de cuestionar la matriz de normatividad en la que se encuentra inmerso y que funciona mediante la exclusión y la coerción de las personas que se salen de la norma (Butler, 2007). En el caso de los menores, tiene relación con las coacciones y violencias recibidas, tanto en la escuela como a nivel familiar y social, con la intención de impedir que expresen conductas no normativas respecto a su género asignado con la intención de mantener un género binario.

La transexualidad no supone una distorsión ni una incongruencia. No hay trastorno de la identidad ni problema de la identidad en la infancia. No hay más conflicto ni disforia que el que la sociedad ha logrado crear. La transexualidad, lejos de ser algo abominable o abyecto, se ha desvelado una más de las expresiones de la diversidad humana. Por estas razones deberíamos poner el foco, no en el individuo (que es diagnosticado y patologizado), sino en el dispositivo de control que ejerce violencia contra las personas cuya identidad o expresión de género no normativos cuestionan el sistema de género binario (Gabaldon, 2016).

La transexualidad es un constructo que responde a una concepción antropológica y de la existencia normalizadora; una concepción que exalta los modelos estándar de perfección y de las normatividades sociales y, al mismo tiempo, subyuga a aquellos que difieren de la mayoría estadística a través de diferentes estrategias, una de ellas patologizando las diferencias. Es lo que pasó con la homosexualidad, que se constituyó como una alteración psiquiátrica el día en que se la categorizó médicamente en el año 1870 (Foucault, 2001), a raíz de la publicación del famoso artículo de Westphal sobre “Las sensaciones sexuales contrarias” y donde, curiosamente, también se describió el primer caso de transexualismo, sin llegar a definirlo como tal. Las rarezas del sexo, a partir de este momento y afianzadas por el pensamiento científico, pasaron a depender de una “tecnología de la salud y de lo patológico” (Foucault, 2005), y desde el momento que se vuelven objetos médicos o medicalizables son, en tanto que enfermedades, trastornos o síntomas, merecedoras de respuestas médicas.

Es cierto que en la última clasificación de la APA (DSM-5), como en la futura ICD-11 de la OMS, se ha intentado una corrección. El grupo de trabajo encargado de revisar el antiguo concepto de “Trastornos de Identidad de Género” tuvo que equilibrar dos cuestiones importantes: por un lado, el mantenimiento del acceso a la atención sanitaria y, por otro lado, reducir el estigma asociado a la búsqueda de atención de salud mental (Suess-Schwend, 2017). Para ello, cambió el nombre del diagnóstico de “trastorno de identidad de género” (DSM-IV) a “disforia de género”. Este cambio de nomenclatura hay que entenderlo también por las críticas al diagnóstico y por las presiones desde

grupos LGTBI, cada vez en mayor número y cada vez con una mayor presión social y política; defienden que la transexualidad no es un trastorno mental, y que este diagnóstico es estigmatizante, por lo que reclaman su salida de las clasificaciones psiquiátricas.

Atendiendo a estas reclamaciones, y a pesar de que lo que se demandaba era la salida del diagnóstico de las clasificaciones (tal y como ya ocurrió con la homosexualidad en el DSM-III), se planteó por parte de la APA el término “disforia de género”. Este término refleja un cambio en la conceptualización de los rasgos definitorios del trastorno, haciendo hincapié en el fenómeno de la “incongruencia de género”.

Pero esta situación no se arregla proponiendo un simple cambio de nombre sino mediante un proceso de “resemantización” crítico, y de denuncia y deconstrucción de lo que crean las actuales palabras. No hay que dejar de lado el hecho de que el lenguaje no solo describe el mundo, sino que también lo crea. La teoría queer invita a una reflexión teórica más amplia y más atenta a la multiplicidad de las diferencias sexuales. Se constituye como una crítica a la idea de que las identidades de género son inmutables y encuentran su arraigo en la naturaleza, en el cuerpo y en una heterosexualidad normativa y obligatoria. Nace de las ideas de Michel Foucault y posteriormente de Judith Butler sobre los procesos de subjetivación centrados en la discursividad de la sexualidad, para pasar a convertirse en la elaboración teórica y activista de la disidencia sexual, que a través de la resignificación del insulto (queer<sup>1</sup>), consigue reafirmar que la opción sexual distinta es un derecho humano y no una mera desviación sexual o una perversión (Butler, 2007).

El proceso de aceptación de la identidad sexual no es un capricho, es un camino personal conflictivo al que se le suma una importante presión social, estigmatización, discriminación y, en muchas ocasiones, violencia que dan lugar a conflictos y síntomas que hay que contener y tratar, pues la ansiedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son más frecuentes en este colectivo.

En la infancia y adolescencia nos encontramos con un proceso de desarrollo rápido y en ocasiones dramático (tanto físico, como psicológico y sexual), y una mayor fluidez y variabilidad en los resultados, en

<sup>1</sup> Queer, es un término de la lengua inglesa que tiene diversos significados: como sustantivo es utilizado de manera peyorativa (maricón, lesbiana), como verbo transitivo (desestabilizar, perturbar, jorobar) y como adjetivo (raro, torcido, extraño).

particular cuando aún no han pasado por la pubertad. A partir de los dos años, niños y niñas pueden presentar características que podrían indicar comportamientos de género no normativos: expresar deseos de pertenecer al otro sexo y tener sentimientos de infelicidad respecto sus características físicas sexuales y sus funciones (Gabaldon, 2016).

Según la encuesta realizada por el National Transgender Discrimination Survey en el año 2010 en EEUU, el 78 % de las personas “no convencionales” en cuanto a su género sufre acoso escolar; de ellos un 35 % sufrió agresiones físicas y un 12 % violencia sexual. El acoso fue tan grave que llevo a un 15 % (casi una sexta parte) a abandonar la escuela o la universidad (Grant et al., 2010).

Pero no todos los menores trans tienen el mismo tipo de evolución y los mismos patrones de desarrollo. No existe una evolución lineal. No adquieren una conciencia de su transexualidad a la misma edad, no toman las mismas decisiones sobre sus vidas, ni todas las rupturas de las normas de género en la infancia o juventud implican una vida adulta trans, ni conciben sus cuerpos de la misma manera. Por ejemplo, hay jóvenes que necesitan explorar la ambigüedad, que no se quieren sentir encerrados en una identidad simple y esquemática y que no encajan en los moldes del sistema binario, y convierten su indefinición en una forma de ser y estar.

Muchos niños y niñas rompen con los modelos tradicionales y los comportamientos normativos de género con distinta intensidad. A veces, sucede durante toda su vida, a veces, sólo durante un período, un tiempo más o menos breve. No todos estos niños y niñas serán personas trans cuando sean adultas, de hecho, la gran mayoría no serán personas trans. Tampoco se tiene certeza de que vayan a ser homosexuales o bisexuales.

Es decir, que la ruptura de las normas del comportamiento que entendemos como masculino o femenino es tan frecuente que evidencia el hecho de que estas normas que organizan nuestra sociedad no encajan con la realidad de las personas de carne y hueso.

La tarea de los profesionales y de las familias es no adelantarse, no precipitarse a las necesidades e identidades posibles de los niños y jóvenes, no introducir etiquetas que puedan ser erróneas y estigmatizantes; hay que escucharlos en todo su proceso de maduración, apoyándoles durante su crecimiento y actuando desde la búsqueda del mayor beneficio para los menores.

Desde la ética clínica se puede aportar un punto de vista,

necesario y complementario: el análisis multidimensional de las decisiones médicas, para una práctica basada en los valores. Y con un nuevo imperativo, que en términos kantianos podría expresarse así: "estudia y trata a las personas de tal forma que los efectos de tus acciones supongan siempre, al menos, una mejora en su calidad de vida".

Nuestra obligación debe ser actuar pensando en “el interés superior del menor”, respetando en la medida de lo posible, la voluntad y los deseos del menor en un campo tan fundamental para la persona como es la construcción de la identidad de género y el libre desarrollo de la personalidad (Riaño Galán, del Rio Pastoriza, Chueca Guindulain, Gabaldón Fraile, & de Montalvo Jááskeläinen, 2018).

## EL TRATAMIENTO

Las personas trans no demandan que se les atienda porque sufren una enfermedad o un trastorno, sino por los obstáculos sociales que encuentran en el libre desarrollo de sus derechos más fundamentales y por el sufrimiento con que tales dificultades llenan sus vidas. Justifican la ayuda sanitaria a la vez que exigen despatologizar la transexualidad basándose en el concepto de salud de la OMS, que propone un modelo que no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que debe incluir la “presencia de bienestar físico, psíquico y social”.

En líneas generales y ante esta demanda médica debemos preguntarnos: ¿Hasta dónde podemos llegar en la aplicación de tratamientos médicos? Entiendo que hasta donde uno quiera, según la necesidad sentida por cada persona; pero en este querer o en este decidir debemos velar para que se realice de una manera libre y autónoma, sin injerencias internas o externas, sin coacciones sociales y analizando la capacidad de comprender, valorar, razonar y expresar esta decisión, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales y, lo que es muy importante, personalizando cada situación.

Es primordial garantizar en la medida de lo posible un compromiso con las intervenciones que se piden. La valoración psicológica y el asesoramiento pueden ser defendidas como esenciales, tanto para aclarar los motivos de la modificación corporal y la naturaleza de sus efectos, como para ayudar a explorar algunas de las consecuencias físicas y psicológicas previsibles del cambio de roles de género, así como los efectos residuales del estigma asociado a la transición de género

y las implicaciones de la transición para la dinámica familiar y la escuela o el lugar de trabajo.

La evaluación el asesoramiento psicológico pueden ser instrumentos de éxito en la transición de género en lugar de impedimentos para el ejercicio de la elección (Murphy, 2016). Sin embargo, la evaluación y el asesoramiento no son igualmente valiosos o necesarios para todas las personas. Si es así, estos procesos deben ser opcionales, nunca obligatorios. El papel de psicólogos y psiquiatras debe limitarse a tratar el malestar, si realmente existe, de las personas y no se debe intentar tratar la identidad del género cruzado.

Pero hay riesgos asociados a este hecho, uno de ellos es que a nivel social nos estemos moviendo con criterios de “formación reactiva”, es decir que veamos como única salida para los niños, niñas y adolescentes fomentar un tránsito a un género deseado como remedio adaptativo a las normatividades de género sociales y culturales (Gabaldon, 2016). Otro riesgo a tener en cuenta es que la transexualidad puede atraer a un número importante de personas que tienen problemas de salud mental y emocional a las que es importante detectar, entender y no dejar desasistidas.

Hay que individualizar cada situación. Es importante mantener una actitud prudente y de escucha, sin confundir esta prudencia con la inacción o el miedo, siendo aconsejable un seguimiento riguroso y continuo del menor y de su familia, hasta el cumplimiento de la mayoría de edad, insistiendo en el hecho de que no hay una transición adecuada sin un adecuado apoyo a nivel familiar y social (sobre todo escolar). Los profesionales de la salud mental pueden ayudar a las familias a tomar decisiones sobre el momento y el proceso de cambio en el rol de género de sus hijos o hijas pequeñas, si este es necesario, proporcionando información y ayudando a los padres a considerar los beneficios potenciales y los retos de cada opción y valorando los posibles rechazos familiares.

Cabe recordar que las interferencias y el retraso en la implementación de intervenciones médicas oportunas (hormonales) para adolescentes pueden prolongar el malestar y contribuir a una apariencia que podría provocar abusos y estigmatización (Gabaldon, 2016).

Los profesionales de la salud debemos partir de la máxima de que lo que no es metodológicamente correcto, no es éticamente aceptable, y bajo esta premisa, pienso que son buenos referentes y adecuadas guías de trabajo por un lado el documento realizado por la WPATH (The World Professional Association for Transgender Health)

sobre “Standards of Care: for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people”, documento que se basa en la evidencia clínica y científica y que se actualiza periódicamente (su última revisión se ha realizado en el año 2012). En este documento se destaca la necesidad de apoyarse en un seguimiento riguroso y continuo del menor y de su familia, hasta el cumplimiento de la mayoría de edad, insistiendo en el hecho de que no hay una transición adecuada sin un adecuado apoyo a nivel familiar, social y sobre todo escolar (WPATH, 2012).

Por otro lado la nueva guía de consenso internacional sobre el tratamiento de las personas con Disforia de Género/ Incongruencia de género, aporta una guía actualizada y consensuada para los tratamientos endocrinológicos y propone las siguientes pautas (Hembree et al., 2017):

Necesidad de un manejo multidisciplinar, continuado en el tiempo y con respuestas personalizadas.

Es esencial el papel de los psicólogos, bien informados y formados, con experiencia, y dispuestos a participar en el cuidado continuo en la transición.

Se debe evitar dañar con tratamiento hormonal a las personas que tienen condiciones distintas de la incongruencia de género y que pueden no beneficiarse de los cambios físicos asociados con este tratamiento.

Es urgente realizar investigaciones para disponer de resultados basados en ensayos controlados prospectivos, que permitan mejorar la calidad de la asistencia a estas personas.

Desde la Asociación Española de Pediatría (AEP) se formó recientemente una comisión de estudio para consensuar un posicionamiento sobre la diversidad de género en la infancia y adolescencia, en el que se destaca que la identificación de la diversidad de género es un proceso que además de acompañamiento exige coordinación y un trabajo multidisciplinar que mejore la atención y ayude a obtener mayores evidencias que, a día de hoy, faltan y recomienda poner el acento en un cambio de mirada social, capaz de superar los estereotipos que suponen discriminación y aumentan el sufrimiento (Riaño Galán et al., 2018).

## CONSIDERACIONES A NIVEL SOCIAL Y ESCOLAR

Considero urgentes las intervenciones desde todos los ámbitos: el educativo, el legislativo, y el de la salud para erradicar el rechazo, la violencia y el acoso que pueden recibir estas personas especialmente durante la infancia y adolescencia. Es de desear que sus entornos, sobretudo la

escuela, se conviertan en espacios habitables en los que puedan explorar con seguridad su identidad y expresión de género sin miedo a la violencia, evitando lo que M. Foucault denominaba “exclusiones incluyentes”, una falsa inclusión donde se tolera y se integra al “otro” pero que sigue marcado como “otro”, creando falsas tolerancias.

Desde que la enseñanza es un derecho y es obligatoria en la infancia, los mecanismos de exclusión se han reformulado y transformado detrás de las políticas de inclusión. Por este motivo la inclusión escolar en contextos de exclusión no garantiza una inclusión real si no se piensa en ella como un proceso que involucra a su vez la superación efectiva de las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales que históricamente producen exclusión, poniendo en cuestión la epistemología normativa de la escuela.

Parece ineludible hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la variabilidad de género. Desde el marco legal, se debería promover la tolerancia social y contribuir a la lucha contra la violencia de género en el espacio público y privado.

Es responsabilidad de la Administración Pública garantizar la asistencia de la salud de todas las personas de una manera digna, rigurosa y científica.

Y es importante que tengamos en cuenta que ante las presiones de no psicologizar podemos condenar a una “orfandad terapéutica” a estos niños, niñas y adolescentes en situaciones de especial vulnerabilidad.

## CONCLUSIÓN

Considerar socialmente la transexualidad como una situación peor y no deseada es la principal causa de discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de la persona. El reto es no considerarla una deficiencia, una situación peor y no deseada, y verla simplemente como una diversidad; una diversidad donde la diferencia no debe ser tamizada por tratamientos y actitudes patologizantes, una diversidad donde nos cuestionemos constantemente los parámetros de normatividad y normalización social presentes en la cultura y la sociedad en la que vivimos.

El respeto a las personas trans no consiste en “tolerar” las expresiones no convencionales de género; no sólo hay que cambiar las leyes para prohibir la discriminación, sino que forma parte de un “imperativo ético” más amplio que supone su reconocimiento; reconocer un valor positivo en la diversidad. Es decir, el respeto depende de un

reconocimiento del valor de “lo otro”, de lo distinto a uno mismo.

Es un imperativo ético reconocer un valor positivo en la diversidad. Sobre este aspecto es de destacar la contribución del filósofo alemán Axel Honneth, que formuló la “teoría del reconocimiento recíproco”. Honneth comenta que el reconocimiento posibilita transformar las relaciones conflictivas en relaciones de cooperación, a través de prestar atención a las necesidades de los miembros de la relación (Honneth, 1997). En el caso de los niños, niñas y adolescentes, reconocerlos permite transformar una situación conflictiva en una situación de cooperación para afrontarla de una manera más tranquilizadora para todos.

Honneth habla de tres “esferas del reconocimiento” que han de darse progresivamente:

La primera, denominada “reconocimiento emocional”, se concreta en ser aceptado tal y como uno es. Se ha de reconocer al niño y al adolescente en su individualidad, en su contexto personal y social. Este reconocimiento genera autoconfianza.

La segunda, el “reconocimiento legal”, se concreta en ser sujeto de derechos y deberes y es generador del autorespeto.

Y por último el “reconocimiento social”, que se concreta en reconocer las contribuciones positivas. En otras palabras, respetar el grado de autonomía que tenga la persona en cada momento, dejándole ejercer sus derechos progresivamente según su madurez, escuchándolo y educando sus valores y expectativas. Este reconocimiento genera autoestima.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. Düsseldorf: Symposium Publishing.
- Butler, J. P. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós. (Orig. 1990)
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- Forcades, T. (2012). La medicalización de los problemas sociales. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(SUPPL. 5), 803–809. <https://doi.org/10.1590/>

S0864-34662012000500013

- Foucault, M. (2001). *Los anormales : curso del Collège de France, 1974-1975*. Madrid: Akal Ediciones. (Orig. 1999)
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber*. Madrid. Siglo XXI. (Orig. 1976)
- Gabaldon, S. (2016). La transexualidad medicalizada: una mirada ética. *Bioética & Debate*, 22(79), 3–8.
- Gabaldón, S. (2007). Aspectos éticos del diagnóstico en psiquiatría. *Bioética & Debate*, 13(49), 1–5.
- Grant, J. M., Mottet, L. a, Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2010). Injustice at Every Turn. *National Center for Transgender*. [https://doi.org/10.1016/S0016-7878\(90\)80026-2](https://doi.org/10.1016/S0016-7878(90)80026-2)
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society\* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 059. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- Murphy, T. F. (2016). Should Mental Health Screening and Psychotherapy Be Required Prior to Body Modification for Gender Expression? ... *AMA Journal of Ethics*. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1079. <https://doi.org/10.1001/JOURNALOFETHICS.2016.2016.11.ECAS2-1611>
- Reich, W. (2001). El diagnóstico psiquiátrico como problema ético. In S. Bloch, P. Chodoff, & S. A. Green (Eds.), *La ética en psiquiatría* (pp. 190–216). Madrid: Editorial Triacastela. (Orig. 1999)
- Riaño Galán, I., del Río Pastoriza, I., Chueca Guindulain, M., Gabaldón Fraile, S., & de Montalvo Jááskeläinen, F. (2018). 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. *Anales de Pediatría*. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.012>
- Soley-Beltran, P. (2009). *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Suess-Schwend, A. (2017). Gender Diversity in Childhood: A Human Right. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2519–2520. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0938-0>
- WPATH. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming people - WPATH World Professional Association for Transgender Health. Retrieved May 7, 2018, from <https://www.wpath.org/publications/soc>