

Abordando el fenómeno trans en la infancia y la adolescencia desde una perspectiva bio-psico-social- cultural, previamente a las decisiones clínicas

Addressing the trans phenomenon in childhood and adolescence from a bio-psycho-social perspective, prior to clinical decisions

Neri Daurella

Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP - IPA)
Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional (IARPP)

Resumen

Se presenta el recorrido de exploración y reflexión en varios niveles iniciado por una psicoanalista que se siente interpelada por la demanda de la madre de una preadolescente autodefinida como “trans” y atendida en el Servicio Público de referencia en Barcelona. En este recorrido, compartido con un grupito de psicoanalistas motivadas por el tema, va descubriendo el contexto en que ejercen su práctica profesional los psicoanalistas que atienden a niños, adolescentes y familias en el mundo occidental de principios del S. XXI. Se sitúan en una perspectiva en la que tratan de integrar las aportaciones de su “coro interno” psicoanalítico con las aportaciones desde la biología, la sociología, las influencias culturales en boga entre la generación joven, y entre los responsables de las políticas sanitarias. Y se ofrece un ejemplo clínico de una posible manera de abordar estos casos alternativa al modelo “transafirmativo” hegemónico en nuestras sociedades.

Palabras clave: modelo bio-psico-social-cultural, modelo transafirmativo, sexo/género, identidad y procesos de identificación

Abstract

We present the journey of exploration and reflection at various levels initiated by a psychoanalyst who feels questioned by the demand of the mother of a pre-adolescent self-defined as “trans” and attended in the Public Service of reference in Barcelona. In this tour, shared with a small group of psychoanalysts motivated by the subject, she discovers the context in which psychoanalysts who care for children, adolescents and families in the Western world at the beginning of the 21st century carry on their professional practice. They are placed in a perspective in

which they try to integrate the contributions of their psychoanalytic “inner choir” with the contributions from biology, sociology, cultural influences in vogue among young people and among those responsible for health policies. At the end we offer a clinical example of a possible way of approaching these cases as an alternative to the “transaffirmative” model hegemonic in our societies.

Keywords: bio-psycho-social-cultural model, transaffirmative model, sex/gender, identity and identification processes

En el nº 66 de *Aperturas Psicoanalíticas* se abordó el tema sexo-género, candente para los clínicos psicoanalistas, obligados a pensar y posicionarnos en nuestro trabajo. Aquel número reunió una serie de artículos muy interesantes, donde se reflejaba la complejidad de un tema que nos obliga a reflexionar “ante decisiones clínicas que no pueden esperar y a su vez están muy ligadas a tendencias sociales, económicas, políticas e ideológicas, y por tanto, impregnadas de controversia”, como planteaba en su editorial Lola J. Díaz-Benjumea (Díaz-Benjumea, 2021, párrafo 1).

En el presente artículo plantearé el tema centrándome en lo referido al fenómeno *trans* cuando se plantea en la infancia y la adolescencia, dando cuenta de cómo he ido haciendo un recorrido de exploración a varios niveles para tratar de comprender algo más la complejidad de la cuestión.

Un poco de contexto

Mi interés por el fenómeno trans en la infancia y la adolescencia no tiene un largo recorrido. En realidad, ha ido creciendo a partir de un momento inicial, hace unos tres años, el día que recibí una llamada de la madre de una preadolescente que me pedía hora para su hija. La chica había sido derivada por el pediatra a un Servicio llamado *Trànsit*, porque decía que se sentía niño. La habían visitado unas pocas veces, le habían recetado bloqueadores de la pubertad, y tras unas pocas visitas con un psicólogo, ya no podían ofrecerle más. La madre ya se refería a su hija con el nombre de niño con el que ahora se identificaba, pero estaba disgustada con la limitación de la atención psicológica recibida, y por eso había decidido buscar esa atención por su cuenta. Eso sí, antes de concertar una visita conmigo quería saber si yo era una psicóloga *trans friendly* (sic). Debió de notar mi desconcierto ante este anglicismo que yo escuchaba por primera vez en mi vida, y eso probablemente no le inspiró confianza, así que no llegamos a concertar una primera visita. A partir de ahí decidí que era urgente salir de mi ignorancia.

Los psicoterapeutas y psicoanalistas relacionales nos sentimos interpelados por el mundo en que vivimos, más allá de las paredes de nuestro consultorio y tenemos bastante asumida la necesidad de tener muy en cuenta el contexto para intentar comprender a nuestros pacientes: el contexto en que se han criado ellos, el contexto en que viven actualmente, y el contexto en que nos hemos criado nosotros, el contexto en que vivimos actualmente y el contexto que compartimos con ellos. Es decir: entendemos que el psicoanálisis relacional se inscribe en un modelo bio-psycho-social-cultural.

Así que me informé sobre el Servicio *Trànsit*, (nombre que induce a cierta confusión, porque al principio el que consulta la *web* no sabe si se refiere a los servicios de información sobre el tránsito en la red de carreteras), y averigüé que estaba reconocido como unidad de referencia por la Generalitat de Cataluña desde 2017, en base a un Modelo de atención a la salud de las personas *trans*, término que aparecía con un asterisco detrás. El asterisco incorporado a la palabra *trans* (aclaraban a continuación) pretendía visualizar e incluir la gran diversidad de identidades y percepciones del género: personas transgénero, transexuales, *crossdressers*, *genderqueers*, agénero, no binarias, fluidas, transvestidas y tantas otras.

Esta terminología trufada de anglicismos en la portada de un documento oficial de la Generalitat me asombró mucho y me hizo consciente de la magnitud de mi ignorancia. Así que, cuando tuve la oportunidad, asistí a una charla que daba la persona responsable del *Servei Trànsit*, que resultó ser una ginecóloga muy comprometida desde hacía muchos años con el transactivismo. En su charla, nos explicó cómo gracias al ex-*conseller de Salut* Antoni Comín se había creado un protocolo en Cataluña que establecía que *Trànsit* era la puerta de entrada de los trans a los servicios de salud. Este protocolo, nos dijo, había supuesto un gran cambio de paradigma en la atención a la salud del colectivo trans porque eliminaba el requisito de un diagnóstico psiquiátrico a la hora de acceder a los tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas. La OMS ya no consideraba la transexualidad una disforia de género, término claramente patologizante porque da por hecho que cuando una persona siente una identidad de género no normativa siente, a su vez, malestar, y el malestar requiere de acompañamiento psicológico. La OMS pasa ahora a considerarla *solo* una incongruencia de género. Se mostraba muy satisfecha de estar al frente de un servicio pionero en España y en Europa, y de que ya tenían historia abierta de 1.700 casos por consultas de personas entre los 3 y los 70 años.

Cuando llegó la hora del coloquio, le pregunté si podía darme un ejemplo de consulta a propósito de un niño de 3 años, y me puso el ejemplo de unos padres que habían consultado porque su hijo de 3 años, a raíz del nacimiento de una hermanita, había pedido que le compraran zapatitos de color rosa (sic). También le pregunté si tenían psicólogos en el equipo, y me dijo que sí, pero no para cuestionar, ni para patologizar, sino para apoyar la transición al género deseado por el consultante. Más adelante me enteraría de que en el COPC (Colegio Oficial de Psicología de Cataluña) ya estaban funcionando un par de grupos de trabajo de una modalidad de terapia denominada Terapia Afirmativa LGBTI.

En el COPC yo formaba parte de un grupo de trabajo denominado “Psicoanálisis y Sociedad”, uno de los 45 grupos de la Sección de Psicología Clínica, de la Salud y de Psicoterapia, y, como acostumbra a pasar en muchas instituciones grandes, trabajábamos sin tener conocimiento de lo que hacían otros grupos de la misma Sección. En todas las instituciones grandes, incluso en las medianas, se dan estos fenómenos de ignorancia mutua y burbujitas variadas sin interconexión. Lo cierto es que no habíamos prestado demasiada atención al tema, pero dos factores fueron determinantes para llamar poderosamente nuestra atención: uno en el contexto español, y el otro en el británico.

El contexto político español

El Ministerio de Igualdad del gobierno español anunció que iba a presentar un borrador de un *Proyecto de Ley para la Igualdad Plena y Efectiva de las personas Trans*,

que ponía sobre la mesa un tema muy polémico: el del derecho a la autodeterminación de la identidad de género. Esto estaba provocando enfrentamientos entre posiciones muy polarizadas que se difundían por los medios de comunicación y las redes sociales, generando inquietudes y búsqueda de criterio entre las personas no encuadradas en ningún tipo de activismo, solo preocupadas por comprender algo más las implicaciones de un fenómeno que va mucho más allá del debate jurídico-político actual. Lo llamativo del caso es que en Cataluña ya llevábamos tres años con nuestro modelo supuestamente pionero y ejemplar sin que nadie hubiera rechistado, y ahora en la prensa, la televisión y las redes sociales asistíamos a un encendido debate sobre el tema.

El contexto del *National Health Service* británico: el caso Tavistock

Pero la guinda del pastel, en mi caso concreto, fue cuando me enteré del fallo del tribunal supremo británico en la demanda presentada por la joven Keira Bell contra el equivalente a nuestra Unidad Tránsito en Gran Bretaña, el *GIDS* (*Gender Identity Development Service*), ubicada nada menos que en la Clínica Tavistock. Me enteré de la noticia gracias a un amigo no psicoanalista, suscrito a la revista *The Economist*, que me informó de que el 12 de diciembre de 2020 la revista había publicado un artículo con el título de “Primero, no hacer daño”, un primer subtítulo: “Otros países deberían aprender de un veredicto transgénero emitido en Inglaterra”, y un segundo subtítulo: “El Tribunal Supremo dictaminó que los niños no pueden dar su consentimiento informado a un tratamiento que pueda volverlos estériles”. El artículo se iniciaba con una pregunta:

¿Qué hay que hacer si una niña de 12 años dice: "Soy un niño"? Si la respuesta fuera simple u obvia, la pregunta no sería tan explosivamente controvertida. Una buena manera de empezar, si es usted el padre o la madre, sería decirle que le quiere. Es evidente también que ningún niño debe estar sujeto a estereotipos de género. Los niños pueden usar vestidos; las niñas pueden jugar con coches o trabajar de lampistas. Sin embargo, la cuestión se vuelve mucho más difícil cuando los niños dicen que odian su cuerpo y que quieren uno diferente. La disforia de género (un sentimiento de alienación respecto del propio sexo biológico) es real, y la proporción de niños y adolescentes con ese diagnóstico en los países ricos está aumentando por razones que no conocemos bien. Una corriente de pensamiento, que se ha extendido rápidamente, sostiene que se debe aceptar que los jóvenes se identifiquen como transgénero y ofrecerles intervenciones médicas, si las piden, para ayudar a que sus cuerpos vayan de acuerdo con lo que consideran su verdadero yo (2020, párrafo 1).

La sentencia a la que se refería el artículo de *The Economist* me impactó especialmente porque se había dictado atendiendo a la demanda de una joven, Keira Bell, que cuestionaba el tratamiento recibido en la Clínica Tavistock, la institución encargada de atender a los *menores trans* por el NHS (*National Health Service*), el sistema de salud pública británico. La joven alegaba que, cuando acudió a la clínica a los 15 años diciendo que se sentía chico, tras una exploración muy superficial se le aconsejó recibir un tratamiento médico con bloqueadores de la pubertad, administración de testosterona para desarrollar características sexuales masculinas, y al cabo de un tiempo, la cirugía (mastectomía bilateral). Ahora, a sus 24 años, sentía que no le habían ofrecido un tiempo de ayuda psicológica y reflexión, y demandaba a la Clínica. El tribunal había declarado que es muy poco probable que una chica de 15 años pueda entender bien las consecuencias irreversibles de tomar bloqueadores de la pubertad como para dar un

consentimiento informado. Y había dictaminado que antes de indicar lo que calificaba de tratamiento experimental a menores de 16 años, los médicos deberían solicitar permiso a un tribunal.

Me sorprendió mucho esta sentencia, que cuestionaba el proceder de la Clínica Tavistock, una institución muy reconocida precisamente entre los psicoanalistas británicos, y entre la profesión médica en general. La máxima hipocrática *Primum non nocere* era el sexto de los llamados *principios de Tavistock* de la *BMA (British Medical Association)*, preceptos éticos básicos, aplicables al sistema sanitario y a todos los profesionales de la salud. ¿Cómo se explicaba que en una clínica tan acreditada se actuara con tanta ligereza? En mi caso particular, viví la noticia de esta sentencia como algo traumático, debido al lugar que ocupaba la Clínica Tavistock en mi imaginario. Está documentado mi interés por Michael Balint, el psicoanalista que había empezado a investigar en la relación médico-paciente precisamente en esa clínica, en los años 60, donde inició la experiencia de los grupos conocidos como *grupos Balint*, para ayudar a los médicos a ampliar el foco y aumentar su sensibilidad ante los aspectos psicológicos y relacionales tan importantes en su práctica, y tan desatendidos en la formación recibida en las Facultades de Medicina (Daurella, 2013). ¿No quedaba nada del espíritu de Balint en la Tavistock?

Un poco de Balint

En su día, Balint había observado que los médicos de medicina general que participaban en sus grupos con frecuencia consideraban que en su actuación profesional y en su relación con el paciente el único criterio a utilizar era su sentido común. Pero, dice Balint que el concepto mismo de sentido común parece implicar que existe un acuerdo o coincidencia universal respecto a determinados principios, los llamados de sentido común. El sentido común parece algo inofensivo, comúnmente aceptado, pero en los grupos podía observarse

cómo cada médico tiene un conjunto de creencias muy firmes respecto a qué enfermedades son aceptables y cuáles no; qué grado de sufrimiento, de dolor, de miedo y de privación debe tolerar un paciente y a partir de qué momento tiene derecho a pedir ayuda o alivio; cuántas molestias puede crear el paciente y a qué personas o instituciones, etc. etc. Estas creencias casi nunca se verbalizan explícitamente, pero están muy arraigadas. Impulsan al médico a hacer todo lo posible para convertir a todos los pacientes a su fe, a hacerles aceptar sus estándares y estar enfermos o sanos de acuerdo con ellos. (Balint, 1957, p. 204)

A esta actitud que podríamos llamar la ideología escondida bajo el concepto de sentido común Balint la llamaba, con cierta ironía, la función apostólica. Cuando el médico actúa en modo función apostólica, no tiene presentes las auténticas necesidades del paciente tanto como las suyas. La función apostólica tiene que ver con la personalidad del médico, con su forma de entender la vida, con la formación recibida por el conjunto de los médicos y por el lugar que ocupa el médico en la sociedad. Y puede repercutir en su dificultad para empatizar con los pacientes pertenecientes a una clase social o a una cultura diferente, llevándole a imponer repertorios ideológicos al paciente y a estereotipar las intervenciones del médico.

Cuando la Clínica había recibido el encargo del *National Health Service* británico de organizar el *GIDS* (*Gender Identity Development Service*), para adaptarse al encargo, ¿había caído en una práctica diferente de la psicoterapia habitual, y había actuado en modo *función apostólica*, esta vez al servicio de una nueva ideología, sin tener en cuenta las necesidades de cada paciente, y cayendo en una práctica estereotipada, igual para todos y, por lo tanto, yatrogénica?

La sorpresa me llevó a investigar y a averiguar que ya hacía tiempo que psicoanalistas como Marcus Evans, David Bell y otros, que habían trabajado en la Clínica Tavistock, y Susan Evans que trabajaba en el *GIDS* ubicado en la Clínica, habían mostrado su disconformidad con el modelo de atención que se estaba siguiendo. Marcus y Susan Evans publicaron en 2021 un libro donde proponían un nuevo modelo para el tratamiento de niños que se identifican como trans: *Gender Disphoria: A Therapeutic Model for Working with Children, Adolescents and Young Adults*. Allí reflejaban su preocupación por la transición de niños antes de llegar a la madurez, dejando claro que no estaban posicionándose sobre el derecho de un adulto a la transición. Comprendían que para algunos adultos la transición puede ser la manera óptima de llevar su vida y de presentarse ante el mundo. Pero, en cualquier caso, eran partidarios de un modelo que ofrezca un proceso de exploración psicológica en el que se tengan en cuenta la estructura de personalidad del individuo, sus creencias, mecanismos de defensa y motivaciones, en un encuadre donde se sienta cómodo. Creían que todos estos elementos pueden ser útiles para cualquiera que se plantee una decisión que va a suponer un cambio sustancial de su vida.

En este libro observan que los que sienten un deseo de transición frecuentemente lo experimentan como la creencia de que “han nacido en un cuerpo equivocado”, y aspiran a una relación ideal con su cuerpo. El ideal que todos tenemos, en algún nivel, es un *self* que sea amado y aceptado por otros, y por nosotros mismos. En este estado ideal, el individuo espera librarse de las formas habituales de malestar mental, conflictos y humillaciones. Es comprensible que los padres y los profesionales quieran proteger a los niños de un malestar innecesario y darles algo que el niño crea que le hará sentirse mejor. Sin embargo, es importante que los padres y los profesionales ayuden al niño a evaluar el nivel de malestar o incomodidad que experimentan. El niño ha de desarrollar la capacidad de reconocer el malestar, porque puede representar una indicación útil de algo que requiere atención. Pero también necesita ayuda para diferenciar el tipo, el grado y las causas del malestar. Hay que resistir el deseo de reducir el malestar y la ansiedad concentrados en el cuerpo, precipitándose a una transición social o médica, buscando una solución mágica a costa de unas consecuencias a largo plazo que un niño o niña con una idea fija no es capaz de imaginar o comprender.

Al final de este artículo presentaré el resumen de un caso clínico ilustrativo del modelo de abordaje que proponen los Evans.

Un fenómeno complejo para ser explorado desde diferentes ejes

En la revista digital del COPC, *Psiara*, de marzo de 2021, publicamos un artículo titulado “*Primum non nocere*” (“Primero no hacer daño”) donde planteamos nuestra voluntad de estudiar un tema tan complejo desde muy diferentes perspectivas. Nos proponíamos estudiar qué nos aportan sobre el tema de los menores que se identifican

como trans diferentes disciplinas, dentro de un modelo bio-psico-social-cultural en el que nos incluimos como psicoanalistas:

1. En el eje de lo biológico, nos interesa saber qué nos dice la genética y la epigenética, la neurología y la endocrinología;

2. En el eje de lo psicológico, recordar las aportaciones de la psicología evolutiva sobre las etapas del desarrollo; las del psicoanálisis sobre determinaciones inconscientes, construcción de la identidad, vínculos con las figuras parentales, transmisiones transgeneracionales, discordancia entre el sexo biológico y el sentimiento subjetivo de género. Y desde la clínica: diversas maneras de abordarla en casos de discordancia: ¿Cómo responder a demandas de padres de niños y adolescentes? Situación de los profesionales, presionados para dar respuestas urgentemente. Transiciones y detransiciones. Informarnos de cómo se han planteado los dispositivos asistenciales en los diferentes países y los cambios que se están introduciendo en algunos de ellos, como resultado de su experiencia. Por ejemplo, en Estados Unidos, han pasado de tener una sola *Gender Clinic* en 2007 a tener 600 en la actualidad, pero en 20 estados ahora se están aprobando leyes para frenar los tratamientos hormonales y quirúrgicos en menores de 18 años. Y tras la sentencia de la Tavistock, en Suecia, Finlandia y otros países de los que fueron pioneros, están frenando también. La noticia más reciente en esta línea (28 de julio de 2022) ha sido la decisión del *National Health Service* británico, de clausurar el *GIDS* de la Clínica Tavistock el próximo año, respondiendo al informe preliminar encargado a la Dra. Hillary Cass tras detectar un marcado incremento del número de pacientes derivados por los médicos de cabecera, que pasaron de 250 en 2011 a más de 5.000 en 2021, y tras notar un cambio en el tipo de niños y adolescentes que acudían al servicio, con un aumento exponencial de niñas que deseaban transicionar a niños, y de casos con problemas varios de salud mental. Se plantea atender estas demandas con un enfoque más holístico, por equipos interdisciplinarios vinculados a servicios de salud mental que incluyan psiquiatras y psicólogos clínicos, y puedan explorar cada caso, diagnosticar y tratar según las necesidades de cada persona (Cass, 2022).

3. En el eje de lo social - cultural: perspectivas filosóficas relacionadas con la emergencia creciente del fenómeno trans y el estallido del binarismo, sobre todo entre los jóvenes (o cómo se transita desde Simone de Beauvoir hasta Judith Butler y la teoría *queer*, como explica muy bien Kathleen Stock en su libro *Material Girls*). Los porqués del crecimiento exponencial, sobre todo entre las adolescentes. ¿Por qué ha aumentado tanto el número de chicas que quieren transicionar? ¿Tiene algo que ver con el creciente acceso a la pornografía en edades tempranas? ¿Con las noticias diarias de asesinatos de mujeres a manos de sus parejas o ex-parejas? ¿Qué papel tienen las redes sociales en la difusión del fenómeno entre los adolescentes? Vamos a conocer los argumentos del feminismo, que reacciona contra el borrado de las mujeres, en la neolengua donde se sustituye el concepto de “mujer embarazada” por el de “persona gestante”. ¿Qué intereses económicos y corporativos se encuentran implicados: ¿La industria farmacéutica? ¿Las clínicas privadas donde proliferan las operaciones quirúrgicas de transformación corporal? ¿Qué grupos de presión influyen en los cambios legislativos? ¿Cómo se utiliza el tema en la batalla política? Activismo trans y activismo antitrans. Perspectiva desde el Derecho: derechos de la infancia. El interés superior del menor. Perspectiva desde la bioética y la deontología profesional: *primum non nocere*.

Era evidente que se planteaba un tema muy complejo, y nos tocaba ponernos manos a la obra para recabar información y aprender de los que llevaban más años de

experiencia en el tema y habían publicado sus conclusiones. Nos proponíamos contrastarlas. Y tratar de reflexionar antes de pasar a la acción o de seguir protocolos muy discutibles.

Confusión de lenguas

Cuando buscamos información sobre fenómenos novedosos, es natural que se nos activen voces de nuestro *coro interno*, por usar la expresión de la psicoanalista relacional Sandra Buechler. Antes refería cómo la noticia sobre la Tavistock me suscitó la pregunta por Balint, y no es de extrañar que mientras estaba buscando un poco de claridad en este mundo tan complejo, me viniera a la mente el título del famoso trabajo de Ferenczi, *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño* (1932), que actualmente se considera el inicio del giro relacional en psicoanálisis. Ferenczi se refería a las consecuencias traumáticas para los niños cuando los adultos confunden el lenguaje de la ternura del niño con el lenguaje de la pasión del adulto, confunde lo que muestra el niño en sus juegos con los deseos de una persona madura sexualmente y se dejan arrastrar a actuaciones sin calibrar las consecuencias. ¿En qué sentido podemos hablar de posible confusión de lenguas a propósito del concepto “niños trans”?

Cuando unos padres van a consultar a un servicio específicamente creado con el nombre de *Trànsit* porque les inquieta que su hijo de 3 años les pida zapatitos rosas cuando acaba de nacer su hermanita, me pregunto qué nos está pasando, como sociedad. Hace unos años, tal vez estos padres tan ansiosos, se habrían inquietado por si el niño iba a ser afeminado, o más tarde iba a identificarse como homosexual, y quién sabe si una abuela o un abuelo les habría podido tranquilizar diciéndoles que era muy natural que el niño manifestara de ese modo sus celos y su temor a sentirse postergado con la llegada al mundo de la hermanita. Pero en nuestra cultura postmoderna, en lo que Baumann llama la sociedad líquida, los padres andan muy desconcertados, y los maestros, y todos los que nos dedicamos a la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia, podemos confundirnos ante la presión de lo que podríamos llamar la neolengua trans.

Las psicoanalistas miembros del Grupo de Trabajo “Psicoanálisis y Sociedad” consideramos que un primer paso para tratar de pensar sobre este fenómeno tan complejo podía ser organizar una jornada en la que compartir reflexiones y experiencias entre psicoanalistas y expertos procedentes del campo de la medicina y de las ciencias sociales.

Una jornada de reflexión interdisciplinar

Así pues, el 23 de octubre de 2021 celebramos una jornada interdisciplinar, como correspondía a la complejidad del tema, que consistió en dos mesas redondas, una desde la perspectiva de la psicología evolutiva y psicodinámica, y otra en diálogo con las perspectivas médica y educativa (Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya COPC, 2021).

En la primera se pasó el video de una entrevista realizada por Eileen Wieland, miembro del Grupo de Trabajo, a David Bell, prestigioso psiquiatra y psicoanalista británico que se hizo eco del cuestionamiento ético y médico de los profesionales del Servicio de Identidad de Género (*Gender Identity Development Service*) de la Clínica Tavistock de Londres, realizando un importante y contundente informe sobre el tema,

atendido por el Alto Tribunal de Justicia del Reino Unido en su sentencia de diciembre de 2020. En la entrevista pudimos ver un ejemplo de lo que es un buen profesional en el sentido integral de la palabra, capaz de reaccionar cuando va teniendo evidencias de que en su institución se está actuando de manera yatrogénica y se está dañando a adolescentes que aun no pueden comprender bien las consecuencias de lo que están pidiendo. De esta interesante entrevista vale la pena repensar en cuáles son los efectos de vender a niños y adolescentes la falsa idea de que puedes cambiar tu sexo biológico; en lo necesario que es crear espacio para pensar y explorar antes de actuar bajo presiones de todo tipo; en saber entender a niños que no se sienten integrados, por diferentes causas (espectro autista, abusos sexuales no desvelados, traumas por bullying, etc.), que viven con terror los cambios puberales, teniendo claro que el primer deber del clínico es investigar los factores múltiples, la complejidad, y no apresurarse a aceptar la etiqueta *trans*. Y que para sostener esta actitud hay que tener el valor que demostró Bell en la Tavistock: arrostrar el riesgo de que si un profesional se opone a la transición rápida sea etiquetado de “transfóbico” (aquí podríamos añadir: el diagnóstico que, paradójicamente, se han inventado los que propugnan la despatologización para descalificar a los que no comparten su punto de vista).

La primera mesa redonda continuó con la intervención de Eileen Wieland y Mari Carmen Giménez, ambas psicólogas clínicas, psicoanalistas, y miembros del Grupo de Trabajo.

Eileen Wieland nos ayudó a pensar sobre los factores psicosociales que interactúan para explicarnos el aumento exponencial de la demanda de transición al sexo opuesto entre niños/as y adolescentes, y la respuesta presuntamente despatologizadora, pero en realidad medicalizadora, que se está dando. Un dilema que pertenece al ámbito de las emociones, vivencias, temores y expectativas implícitas o explícitas, se intenta resolver convirtiendo a los adolescentes en eternos consumidores de hormonas. En un mundo muy inestable, en un contexto de incertidumbre social, con precarización del empleo, aumento de la desigualdad, etc., se genera inquietud, desconfianza y sensación de desamparo, y surgen movimientos sociales como el movimiento trans. Las familias pierden su función de contenedoras emocionales, los vínculos no son tan seguros, y los adolescentes buscan refugio en las redes, que les ofrecen grupos de pertenencia, prometiéndoles la felicidad por la vía de la autodeterminación del sexo/género, ya que las vías de la transformación social se ven muy irrealizables.

Mari Carmen Giménez hizo un lúcido análisis del tema desde la perspectiva psicológica, aclarando la confusión tan extendida entre los conceptos de sexo y género: el sexo es un hecho biológico que compartimos con los demás mamíferos, y el género una construcción de carácter simbólico que depende de los modelos que nos ofrece el entorno familiar, social y cultural. La identidad de género sentida no es innata, no es un concepto estático, sino una amalgama que depende de la predominancia de uno u otro tipo de identificaciones a lo largo del desarrollo de la persona. Y nos planteó una serie de preguntas para seguir pensando: ¿Cómo se establece si una criatura menor de 16 años, cuyo núcleo identitario aún no es sólido, es o no competente para tomar decisiones cuyas consecuencias serán total o parcialmente irreversibles? ¿No merecen ser atendidos de otra manera los padres asustados, deseosos de que sus hijos no sufran, y desconcertados cuando la única salida que se les ofrece es aceptar y apoyar una transición bajo la presión de que si no, su hijo o hija va a suicidarse? ¿Y si el origen del malestar de esos niños o adolescentes no estuviera en su cuerpo? ¿Seguiría estando en el cuerpo el remedio?

En la segunda mesa redonda, interdisciplinar, invitamos a la antropóloga social Silvia Carrasco, profesora en la UAB, y a la médica endocrinóloga Isabel Esteva, que fue durante muchos años la coordinadora de la primera Unidad de Transexualidad e Identidad de Género (UIG) española creada en Andalucía (1999-2016).

Silvia Carrasco nos ilustró sobre la repercusión que está teniendo la introducción de la ideología transgenerista en el ámbito escolar, negando el sexo biológico y suscribiendo la existencia de una supuesta “infancia trans”, reclamando un nuevo derecho de la infancia: “el derecho a la identidad de género”. Nos informó sobre los materiales “educativos” que se ofrecen a los niños y los talleres teórico-prácticos para niños y niñas a partir de los 7 años en centros cívicos en los que se introduce el concepto que ella consideraba acientífico del “sexo como espectro”, y sobre las presiones a las que se ven sometidos los maestros y maestras, obligados a recibir una formación en “diversidad de género”, e incluyendo en sus funciones la de observar a sus alumnos y alumnas, y hacer inferencias a partir de sus preferencias en los juegos, el vestir, sus amistades, etc. para detectar posibles trans, algo que en realidad consagra los estereotipos de género tradicionales que se imponen a niños y niñas en función de su sexo. Todo ello presentado como supuestamente innovador y progresista. Consideraba inaplazable informar de lo que está ocurriendo y exigir al mundo académico y político que parece inhibirse o aceptar acríticamente estos postulados. Y nos ofreció algunos ejemplos concretos de casos reales y recientes.

Por último, Isabel Esteva, nos ofreció una visión basada en su larga trayectoria de conocimiento y experiencia en el tema. De su intervención merece destacarse su reclamación del derecho de una endocrinóloga con 22 años de experiencia en el tema a la “objeción de ciencia” frente a la simplificación cargada de ideología y activismo; su reclamación de consensuar guías de práctica clínica para la valoración y el tratamiento de la transexualidad; y las demandas que comparte con los profesionales pertenecientes a las Unidades de Identidad de Género del Sistema Sanitario español: que las decisiones legislativas y sanitarias no se basen en posicionamientos ideológicos, que haya una participación muy importante de profesionales de la psicología y la salud mental, que las actuaciones se basen en las evidencias científicas, y que para poder realizar estas funciones, se incrementen los recursos sanitarios.

Concluimos la Jornada diciendo que como Grupo de Trabajo del COPC, formando parte de la Sección de Psicología Clínica, de la Salud y de Psicoterapia, nos sentíamos comprometidas a seguir trabajando para responder, en la medida de nuestras posibilidades, a las demandas que nos están llegando últimamente de grupos de madres, padres y familiares (ejemplo: Amanda, Agrupación de Madres de Adolescentes y Niñas con Disforia Acelerada, www.amandafamilias.org), que estaban empezando a hacer red con organizaciones internacionales que respondían a la misma necesidad de sentirse acompañadas entre ellas y con profesionales expertos, para compartir información, contactos con *webs* fiables, bibliografía y apoyo.

La grabación en video de esta Jornada puede verse en el canal de youtube del COPC, accesible para el público en general. También puede complementarse la información sobre la Jornada leyendo los artículos publicados en el Dossier sobre Nuevas identidades de género: diferentes perspectivas, publicado en el nº 24 de la revista digital *Temas de Psicoanálisis* (julio 2022)

Alegaciones a la memoria justificativa de un anteproyecto de ley integral de reconocimiento del derecho a la identidad y expresión de género

Tras la Jornada, el paso siguiente fue elaborar unas alegaciones para presentarlas en un Portal de Participación Ciudadana abierto en enero de 2022 por la Generalitat de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2021) que también está preparando una nueva ley dentro de su ámbito de competencia. Esta vez no firmamos como Grupo de Trabajo Psicoanálisis y Sociedad sino como Grupo de Psicólogas Reflexivas, para facilitar que se adhirieran más profesionales con preocupación y motivación por el tema. Reproduzco aquí estas alegaciones:

1. El reconocimiento de un derecho legítimo a la identidad de género exige una correcta definición de los conceptos utilizados en la normativa a elaborar, para que un uso equívoco de conceptos mal elaborados no sea causa de más problemas de los que pretende resolver la norma. En este sentido, un posible anteproyecto de ley ha de tener en cuenta que no es aceptable una categoría múltiple como la que se quiere describir con la denominación *trans**. En el Apartado 1 de la memoria, con el título de «Los problemas que se quieren solucionar», se hace un análisis basado en un concepto, el de *trans**, que consideramos un cajón de sastre que genera mucha confusión (como evidencia el listado de terminología que se menciona a pie de página, con abundantes neologismos y anglicismos), aunque se reconozca que desconocen el número y la proporción de personas que conforman este colectivo. A continuación dice que «no se dispone de datos estadísticos referentes a la orientación sexual o la identidad de género de las personas»: otra vez se genera la confusión entre orientación sexual e identidad de género. Y este cajón de sastre confusional se encuentra en las siglas de los movimientos activistas LGBTI, donde se mezclan las iniciales LGB (que corresponden a diferentes orientaciones del deseo sexual) con la T (no queda claro si se refiere a transexuales o transgénero) y la I (correspondiente a un porcentaje del 0,018 de nacidos que se desvían del ideal platónico de dimorfismo absoluto cromosómico, gonadal, genital y hormonal).
2. De manera especial, cualquier regulación en esta materia y en todas las disposiciones que contenga debería tener presente la diferencia entre el grado de maduración afectiva y de juicio que puede distinguir a las personas adultas mayores de edad de los niños y adolescentes que aún no las han alcanzado. Asegurando siempre los derechos de cualquier persona, y en particular los derechos de los niños que recoge la legislación internacional, se debería tener en cuenta la función de padres, tutores y educadores cuando se trate de tomar decisiones que comporten consecuencias irreversibles.
3. Queremos aclarar algunas cosas:
 - 3.1 El sexo es diferente del género. El sexo es innato y determinado biológicamente. El género lo es psico-socio-culturalmente. Los mamíferos nacemos machos o hembras. Los seres humanos, con la excepción de las personas que nacen con unas características sexuales no bien definidas o dudosas, somos una de dos, machos o hembras.

- 3.2 El género, en cambio, es una categoría socialmente construida, que integra tanto una asignación a un grupo de pertenencia, el de los hombres o las mujeres (más allá de machos o hembras) como unas expectativas de adopción por parte del sujeto de unos modelos y patrones de conducta propios del grupo y una marca de identidad personal.
- 3.3 El género sentido se deriva de un proceso, nunca acabado del todo, de identificaciones (conscientes e inconscientes) con todas o una parte de las características de estos modelos. Identificarse quiere decir apropiarse, sentir y vivir como propios aquellos rasgos característicos de los modelos de género. Es un proceso siempre abierto e inacabado. De manera que el sexo biológico puede condicionar en mayor o menor grado el género de una persona, pero no lo determina.
- 3.4 La incongruencia entre el sexo (condición biológica) y el género (modelo sociocultural) proviene de la no identificación (personal y subjetiva) con las prescripciones sociales de los modelos de género hegemónicos en un contexto social concreto.
- 3.5 La identidad no es innata ni se reduce a los aspectos relativos al sexo y al género. Abarca un conjunto de sensaciones, emociones, afectos, ideas, valores, habilidades, que configuran la vivencia más o menos estable de sí mismo. Se genera en la calidad de los vínculos y en las interacciones con los demás.
- 3.6 Proteger a la infancia y a la adolescencia quiere decir acompañar a las criaturas en el proceso de identificación que es parte del desarrollo psíquico normal. Que aparezca el sufrimiento (disforia) puede muy bien ser el fruto de las vacilaciones de esta dinámica interna de cerca de la identidad.
- 3.7 La disforia no es una enfermedad, sino el desorden, el desconcierto y el sufrimiento que produce el conflicto interno del niño o el adolescente que la vive. Proponer medidas dirigidas a cambiar de sexo, ya sea mediante la detención de la pubertad, el suministro de hormonas o la cirugía plástica, además de que no garantiza que desaparezca el sufrimiento, es un atentado grave contra el derecho de las criaturas a desarrollarse física, social y psicológicamente.
4. Dada la complejidad y la especificidad de las condiciones individuales que se presentan en los menores, cualquier regulación normativa que se pretenda hacer debería dejar abierta la puerta a la intervención de los profesionales que presten asistencia facultativa, siempre que se cumplan los requisitos establecidos por las autoridades correspondientes. En el caso de menores no emancipados, esta intervención habría de estar abierta también a la petición de las personas que tengan la potestad parental o la tutela.
5. En lo referente al apartado donde dice «Se prohíben las terapias de aversión o de conversión» volvemos a encontrar un cajón de sastre muy confusional. ¿Qué se entiende por terapia de conversión? Los terapeutas que hagan terapias, por ejemplo, para ayudar a la reflexión, y no exclusivamente a lo que

se entiende por «Terapias afirmativas LGBTI» ¿podrían correr el riesgo de ser denunciados, multados o inhabilitados?

Finalmente, las abajo firmantes estiman que la regulación del reconocimiento del derecho que se persigue con esta futura norma ha de fundamentarse en un amplio debate académico, social y político, cuyas conclusiones hagan posible una regulación socialmente bien aceptada y que no genere más problemas de los que quería resolver.

En el eje de lo biológico

Dentro del modelo bio-psico-social-cultural en el que nos enmarcamos como psicoanalistas, nos parece fundamental estar al día sobre los desarrollos de la investigación en el campo de lo biológico. ¿En que punto se encuentra ésta? ¿En qué consisten los estudios sobre posibles bases biológicas de la disforia o incongruencia de género? Ahora sabemos que se están realizando tres tipos de estudio:

1 - *Estudios post-mortem*, basados en la hipótesis de que existan fenotipos cerebrales específicos en personas transexuales. El primero de estos estudios, publicado en 1995, mostró que en el caso de 6 mujeres transexuales (genéticamente XY) su cerebro presentaba estructuras cerebrales femeninas, pese a haber nacido varones. No obstante, no se podía saber si esto era efecto del tratamiento hormonal cruzado que habían recibido o si precedía al mismo. Este tipo de estudios tienen la limitación de estar realizados casi exclusivamente en cerebros de personas transexuales HaM (de hombre a mujer).

2 - *Estudios con Resonancia Magnética Nuclear (RMN) sobre sustancia blanca cerebral*. Estos son estudios realizados en personas vivas con diagnóstico de Disforia de Género. Un ejemplo son los estudios realizados por el psicobiólogo Antonio Guillamón (UNED, Madrid) y la neuropsicóloga Carme Junqué (UB, Barcelona) que usaron la RMN para examinar los cerebros de 24 transexuales MaH y 18 HaM antes y después del tratamiento con hormonas cruzadas. En 2013 publicaron sus resultados: el estudio del espesor cortical de la microestructura de la sustancia blanca sugería que el cerebro de personas HaM presenta mezclas complejas de patrones masculino, femenino y regiones desmasculinizadas, mientras que el cerebro de las personas MaH muestra patrones femeninos, masculinos y regiones desfeminizadas. Incluso antes del tratamiento, las estructuras cerebrales de las personas transexuales eran más parecidas en algunos aspectos a los cerebros de las personas del género experimentado que a las de su sexo natal. Por ejemplo los sujetos MaH tenían estructuras subcorticales relativamente delgadas (estas áreas tienden a ser más delgadas en los hombres que en las mujeres) Los sujetos HaM tendían a tener regiones corticales más delgadas en el hemisferio derecho, algo característico del cerebro de la mujer (y estas diferencias se hacían más pronunciadas después del tratamiento). Pero el propio Guillamón dice que es simplista decir que una persona que desea la transición de mujer a hombre es una mujer atrapada en el cuerpo de un hombre. La conducta y le experiencia van conformando la anatomía cerebral, así que es imposible decir si estas sutiles diferencias son innatas. En un artículo publicado en *Scientific American*, Francine Russo, refiriéndose a este tipo de estudios, nos ayuda a situarnos cuando dice:

En conjunto, el peso de estos y otros estudios apuntan a una base biológica de la disforia de género. Pero dada la variedad de personas transgénero y la variedad en los cerebros de hombres y mujeres, habrá de pasar mucho tiempo, si es que llega

a pasar, antes de que un médico pueda hacer un scanner cerebral a un niño y decir: «Sí. Este niño es trans». (Russo, 2018, p. 214)

3 – *Estudios genéticos*. En este terreno cada vez se están realizando más estudios para investigar en qué casos la Disforia o Incongruencia de Género en la infancia puede estar asociada con un componente genético o epigenético. Los investigadores en este campo consideran que este tipo de investigación puede llegar a ser de ayuda para los clínicos, aportando elementos para diferenciar a aquellos niños que persistirán en su DG cuando lleguen a ser adultos de los que no (*persisters v. desisters*). Al parecer, los estudios más prometedores son los que buscan polimorfismos específicos en el gen de la aromatasa (que interviene en la diferenciación sexual cerebral) y en los genes que codifican los siguientes receptores: estrógenos (ER) alfa y beta y andrógenos (AR). La hipótesis prevalente es que podría haber una base genética compleja (oligogénica, a saber, que intervendrían varios genes), así que, en resumen, se asociaría a la combinación de variantes genéticas en distintos genes. Y ¡atención!: distintos individuos con Disforia de Género pueden ser portadores de distintas combinatorias. (Almaraz et al., 2021)

Cuando los neurocientíficos se interesan por lo social-cultural: mosaico de género

La revista *Scientific American* ha publicado en 2018 un libro, *The New Science of Sex and Gender*, donde reúne unos 20 artículos sobre temas como la biología del sexo, las diferencias sexuales en el cerebro y en la conducta, y otros por el estilo. Ahí vemos cómo desde las neurociencias se interesan por la perspectiva socio-cultural. Es significativo cómo se titula la introducción de esta recopilación: «El género: de lo binario al mosaico», encabezada por una cita de una feminista norteamericana, Gloria Steinem: “Una sociedad igualitaria en cuanto al género sería una sociedad en la que no existiera la palabra «género», en la que cualquier persona pudiera ser ella misma.” (Tucker, 2018, p. 8)

En la misma línea me resultó interesante la lectura de otra obra titulada *Mosaico de género. Más allá del mito del cerebro masculino y femenino* (Joel y Vikhanski, 2019), donde una de las autoras, neurocientífica y psicóloga, interesada en los estudios de género, repasa la historia de la investigación del cerebro y nos transmite cómo le ha impresionado la creatividad esgrimida en tantas ocasiones para distorsionar los hechos científicos con fines sociales y políticos. Las autoras llegan a la conclusión de que el cerebro humano no es femenino ni masculino, sino que es un mosaico único de rasgos diversos, algunos más habituales en las mujeres y otros más comunes en los hombres, y que este mosaico va cambiando a lo largo de nuestras vidas. Citan estudios que comparan los cerebros de mujeres y hombres y producen resultados incoherentes: muchos no encuentran ninguna diferencia y otros, que sí las encuentran, informan de hallazgos contradictorios. Se preguntan: si no existen diferencias fundamentales, ¿por qué algunos estudios sí encuentran diferencias en los patrones de actividad cerebral de hombres y mujeres? Y lo atribuyen a la enorme variabilidad de los cerebros humanos y al tamaño habitualmente reducido de las muestras.

Desde las unidades de transexualidad e identidad de género (UTIG) españolas en los últimos 20 años se han puesto en marcha múltiples proyectos de investigación biomédica para tratar de encontrar determinantes biológicos de la DG y sus interacciones, pero de momento llegan a la conclusión de que las causas de la DG en la infancia son

desconocidas y posiblemente dependen de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales. (Gómez-Gil, E. *et al.* 2020).

El cambio epidemiológico más llamativo: la disforia de género de inicio súbito en la adolescencia

El caso del *GIDS (Gender Identity Development Service)* de la Clínica Tavistock al que me he referido antes ha sido uno de los motivos de reflexión más importantes para nuestro grupo de trabajo. Afortunadamente, el *NHS (National Health Service)* encargó un estudio independiente para revisar cómo se estaba procediendo en aquel servicio al que habían encomendado la atención de niños y adolescentes con disforia de género, y en febrero de 2022 se publicaron los resultados de este estudio, conocido como *Informe Cass (2022)*. En este estudio se destaca cómo les habían llamado la atención varios cambios producidos en los últimos diez años:

- El aumento exponencial de derivaciones al *GIDS*, que habían pasado de una media de 50 casos en 2009 a 2.500 en 2020

- Que se había invertido la proporción de niños y niñas. Antes la gran mayoría de casos eran de niños y adolescentes varones con disforia de género y ahora se había producido un aumento exponencial de niñas y adolescentes mujeres que superaban con mucho las demandas de los varones.

- Un tercio de los casos presentaban trastornos del espectro autista u otros tipos de neurodiversidad, y había un porcentaje alto de casos de niños adoptados o que habían estado en régimen de acogida.

En España, se observa en las publicaciones de las diferentes UTIG un aumento de chicas adolescentes que demandan atención. Y tenemos la valiosa información de la UTIG de Málaga, por ejemplo, sobre tres cambios en la demanda observados en los últimos años, en cuanto a tres variables: la edad, el sexo y el tipo de demanda:

- Edad: Ha aumentado el número de menores de edad que solicitan atención: Los menores de 18 años han pasado de suponer el 10'5% de personas solicitantes en el período 1999-2010 a ser más de la cuarta parte (26%) en el tramo 2015-2020.

- Sexo: Se ha observado también una inversión de la ratio hombre/mujer de manera notable en el grupo de menores de 18 años.

- Tipo de demanda: La mayoría de mujeres adolescentes que demandan atención refieren un comienzo de la disforia tardío (sobre los 13-14 años), no en la infancia (los padres suelen confirmar este aspecto), ya con la pubertad bien avanzada. Y relatan un contacto previo con las redes sociales como fuente importante de información. (Esteva de Antonio, I. *et al.*, 2014)

Este fenómeno que se ha observado en Gran Bretaña, en España, y en diversos países occidentales encabezados por Estados Unidos ha sido categorizado por Lisa Littman con la siglas *ROGD (Rapid Onset Gender Dysphoria)*, para referirse a la disforia de género que debuta en la adolescencia, sin historial previo de antecedentes en la infancia, principalmente en chicas, con un trasfondo previo de problemas psicológicos, conflictos familiares, vulnerabilidades psicosociales e inmersión en las redes sociales. En

un libro de investigación periodística muy reconocido sobre este fenómeno en Estados Unidos, *Un daño irreversible* (2020), su autora, Abigail Shrier, llega a la conclusión de que la disforia de género de inicio súbito en las adolescentes norteamericanas se transmite por contagio a través de las redes sociales entre chicas con un gran deseo de pertenencia, que alegan tener una identidad trans de un día para otro, sin ningún indicio previo de malestar con su cuerpo sexuado. Para la autora, la causa principal sería que las adolescentes actuales se sienten más solas e infelices que las de generaciones anteriores, con tasas de ansiedad, depresión, soledad, autolesiones e intentos de suicidio mucho más elevadas. Las chicas de esta generación pasan más tiempo solas mirando las pantallas que con sus amistades y las niñas se enfrentan a ideales de belleza imposibles y a una hipersexualización muy prematura que genera un gran rechazo a la feminidad (en palabras de Vaishnavi Sundar, como subtítulo de su documental *Dysphoric: escapar de la feminidad como de una casa en llamas* (Sundar, 2021) Aunque este malestar con una feminidad cada vez más sexualizada y violentada es una reacción perfectamente comprensible, el estado de opinión social induce a que se consideren chicas trans, autodiagnóstico que es validado sin ningún cuestionamiento mediante las llamadas «Terapias afirmativas», que las introducen en un camino de tratamientos nocivos con consecuencias irreversibles. La autora sostiene que el 100% de chicas adolescentes a las que se administran bloqueadores de la pubertad pasan a tomar hormonas del sexo opuesto posteriormente, y que la transición social pocas veces se revierte. En cambio, si no se interviene en estos procesos, el 70% de las adolescentes superan la disforia por su cuenta.

La posición del psicoanalista en su consulta: un ejemplo clínico

Los psicoanalistas nos encontramos un tanto descolocados ante esta epidemia. Por una parte, la teoría social post-moderna y transgenerista proclama que cualquiera que se sienta del otro sexo y acuda a un psicólogo solo va a encontrar dos alternativas: o el psicólogo es *trans friendly* y va a afirmarlo en su sentir, o va a ser transfóbico y va a oprimirlo autoritariamente. Está aún muy reciente la época en que los psicoanalistas, ante los pacientes homosexuales, no es que practicaran terapias de conversión mediante técnicas aversivas de condicionamiento, como hacían los terapeutas conductistas, pero sí que en muchos casos en sus interpretaciones se traslucía su adhesión a una teoría psicoanalítica reduccionista basada en un modelo explicativo lineal que remitía cualquier fenómeno a pulsiones de vida y de muerte, psicosexualidad infantil y complejo de Edipo. Pero los psicoanalistas que han sabido ampliar este esquema reduccionista y reconocer la multiplicidad de sistemas motivacionales en juego se encuentran mejor situados para responder a este fenómeno cuando son consultados por los padres de niños y adolescentes trans.

Veamos ahora un ejemplo de aplicación de un modelo para el tratamiento de adolescentes que se identifican como trans tomado del libro de Marcus y Susan Evans al que me he referido anteriormente (Evans, 2021, pp. 63 – 72).

Los autores presentan el caso de una chica de 16 años, a la que llaman Sara, cuya madre pide psicoterapia para su hija con historial anterior de anorexia. Refiere que le costó establecer el vínculo con ella cuando era bebé, porque era una bebé ansiosa y le costaba relajarse. Tiene una hermana menor que va bien en la escuela. El padre es un ejecutivo de nivel alto, dedica mucho tiempo y energía al trabajo y deja que la madre se ocupe de las niñas.

La madre dice que cuando Sara era niña establecía amistades muy intensas con otras niñas en la escuela, pero a menudo se rompían cuando Sara se volvía intensamente dependiente de una amiga. A los 11 años, cuando pasa de la escuela primaria a la secundaria, pasa a comportarse de manera más desafiante, y tiene berrinches frecuentes en la escuela. También ataca a su hermana menor en disputas por el mando de la TV. Pasa cada vez más tiempo en el ordenador, y más tarde su madre descubre que está siguiendo un foro proanorexia donde la animan a restringir la dieta, y durante unos meses manifiesta anorexia nervosa.

Al principio los padres intentan manejar el trastorno alimentario en casa animándola a comer. Esto da lugar a grandes peleas a la hora de las comidas, porque ella se niega a comer y dice que sus padres no tienen derecho a hacerla comer. La madre describe un incidente en la fiesta de cumpleaños de su hermana, cuando Sara se negó a comer nada y se marchó de la fiesta diciendo que odiaba a todos y que nadie la entendía. Entonces la derivan a un servicio de trastornos alimentarios, donde la tratan según un protocolo de control de las comidas, y añaden terapia familiar. Parece que el tratamiento funciona, y les dan el alta.

Dos meses después del alta, llaman a la madre de la escuela y le dicen que Sara había dicho al tutor que quería que le cambiaran el nombre y los pronombres, que quería hacer la transición social, y que ahora le llamaban Steve. Los padres se alarman por lo rápido que ha ido todo y porque la escuela haya adoptado un abordaje afirmativo del género, es decir, que los alumnos han de ser libres para expresar su género como lo deseen. Los padres piden una cita con la directora y esta simpatiza con los padres, pero les dice que la autoridad competente en educación les ha dicho que han de hacer un abordaje afirmativo en estos casos, sin tener en cuenta los deseos de los padres. También les dice que quieren derivar urgentemente a Sara a un servicio de salud mental infanto-juvenil porque llora con frecuencia y amenaza con abandonar la escuela cuando no se aclara con los deberes. La madre dice que confió en que este servicio, que les había ayudado tanto en el caso de la anorexia, pudiera ayudar en el caso de la identidad de su hija.

A Sara la visita un miembro del servicio que se presenta como “la persona que se ocupa de las jóvenes con disforia de género”. Luego cita a los padres y les dice de manera bastante abrupta que su hija tiene disforia de género y que la van a derivar al servicio especializado en género. Los padres mencionan su historia previa de anorexia y sus dificultades para afrontar las demandas del desarrollo. El les dice que de eso se ocuparán otros, pero que, si Sara sintiera que se comprende su disforia de género, podría reducirse su tendencia a los berrinches y sus dificultades de conducta. Tras esta visita, sintiéndose completamente en desacuerdo con su hija y con aquella persona, los padres deciden consultar en otro servicio.

En la primera consulta, la terapeuta familiar recibe a toda la familia, y luego hace visitas individuales a Sara y a sus padres. Los padres se extienden hablando de su preocupación porque temen que se esté empujando a su hija a hacer una transición social de género apresurada y en cambio se estén ignorando otras dificultades suyas y la influencia de las redes sociales. Mencionan el período traumático de su trastorno alimentario y cómo Sara había seguido tan fácilmente los consejos del grupo de apoyo de internet. Describen cómo Sara es sugestionable y fácil de convencer por cualquier grupo que le ofrezca una solución de talla única (*one-size-fits-all*) para sus problemas. Los

padres de Sara estaban muy preocupados de que su hija se viera arrastrada a una especie de secta que la dirigiera inexorablemente hacia las intervenciones médicas y físicas.

La terapeuta preguntó a los padres por la primera infancia de Sara. La madre se echó a llorar diciendo que había sufrido una grave depresión postparto tras el nacimiento de Sara, y que su marido y su suegra se habían cuidado de la niña. Ella se culpaba por las dificultades de Sara en su primera infancia, y pensaba que nunca se había recuperado del todo de esta primera adversidad. La terapeuta pensó que el sentimiento de culpa de la madre tal vez le había dificultado poder afrontar el comportamiento tiránico de su hija. También pensó que la madre había echado en falta el apoyo de su marido cuando él pasaba largos períodos fuera de casa por razones laborales.

Luego la terapeuta preguntó cómo había respondido Sara ante el nacimiento de su segunda hija. La madre volvió a mostrarse incómoda, y dijo que tuvo una depresión postparto más ligera y que la abuela se ocupó de la niña muchas veces. Sara tuvo una respuesta extrema ante el nacimiento de su hermanita, estaba de malhumor y tenía rabietas con frecuencia. Aunque ya no llevaba pañales y había logrado el control de esfínteres, empezó a hacerse pipí en la cama y pidió volver a la cama de los padres. La madre dijo que era como si estuviera compitiendo para volver a ser la bebé.

Cuando le preguntaron al padre cómo era su relación con Sara, él dijo que se llevaban bien, aunque cuando estaba decepcionada por algo, tendía a luchar para llamar la atención de su mujer. Dijo que a veces él tenía que intervenir para que parara de gritar violentamente a su madre. El padre se sentía culpable por haber estado lejos durante largos períodos mientras las niñas eran pequeñas, y sabía que a su mujer le había dejado un peso pesado.

Encuentros con los padres

Cuando en los comienzos de la terapia la terapeuta familiar exploró la relación entre los padres, los dos bajaron los ojos y dijeron que no habían tenido mucho tiempo el uno para el otro, porque Sara dominaba la casa. La terapeuta señaló que parecía que en su casa no había tiempo para nada más que para Sara y sus problemas y que eso depositaba mucho poder en manos de una persona. Aunque la conducta de Sara era claramente un intento de ocupar el centro de la escena, quizás esto la hacía sentirse muy mala por tener este impacto.

Con el tiempo, la terapeuta de familia pudo ayudar a los padres a hablar de sus sentimientos de culpa sobre los primeros años de vida de Sara y a examinar cómo estos habían influido en su conducta en relación con ella. Y pudieron desarrollar un abordaje más firme, pero reflexivo, para contener las amenazas y los accesos de hostilidad de Sara y ayudarla a encontrar maneras alternativas de manejar su ansiedad y su rabia. Los autores se refieren a Bion, que describió la función continente de la madre cuando encaja y digiere experiencias que el niño no puede manejar. Los padres empezaron a sentirse más confiados ante la conducta de su hija y a mantenerse firmes ante su intimidación. La terapia además permitió hablar sobre las dinámicas familiares y sobre lo necesario que era que el padre apoyara a su mujer cuando estaba fuera por trabajo. Él estuvo de acuerdo en mantener regularmente conversaciones cara a cara con su mujer y sus hijas. Los padres también coincidieron en que la hija menor nunca se quejaba de que la dejaran de lado; en realidad parecía mantener un perfil bajo como si dijera: “Bueno, mamá y papá ya tienen bastante con lo que les ha tocado”. Se exploró este tema y pudieron animar a la hermana

a que tuviera en consideración sus propios pensamientos y sentimientos. Así que se apoyó a la familia para que encontrara la manera de reequilibrar la balanza entre Sara y sus dificultades y la necesidad de dejar espacio para otros miembros de la familia.

Hacia el final de la terapia familiar los padres dijeron a la terapeuta que por primera vez en veinte años habían dejado a sus hijas con los abuelos y se habían tomado un fin de semana para ellos. Y la madre luego describió una situación en la que, cuando iban en coche a un pub para celebrar el cumpleaños de la hija menor, Sara empezó a gritar a su madre porque no la llamaba con su nombre masculino. El padre dijo a Sara que estaba buscando pelea deliberadamente. Paró el coche, bajaron él y Sara, y le dijo que dejara de gritar a su madre, y que estaba estropeando el cumpleaños de su hermana. Le dijo que no continuarían el viaje hasta que se calmara. Al cabo de un rato, Sara se calmó, volvieron al coche y continuaron el viaje.

Terapia con Sara

Sara estuvo de acuerdo en acudir a la consulta cuando la terapeuta le dijo que pretendía comprenderla a ella y sus dificultades sin prejuicios.

La terapeuta invitó a entrar a Sara y ella entró con una mirada hosca como dando por supuesto que la terapeuta había oído hablar de ella y sabía lo que ella estaba pidiendo. Se sentó en el borde del asiento, en posición incómoda. Parecía como si no estuviera segura de ser bien recibida o de si iba a quedarse. La terapeuta le dijo que quizás se sentaba al borde del asiento porque le preocupaba que la terapeuta hubiera escuchado muchas cosas malas sobre ella. Ella asintió y levantó un poco la vista. Entonces la terapeuta comentó que quizás también le preocupaba que la hiciera sentir pequeña o avergonzada.

Los autores relatan que los primeros meses de terapia se caracterizaron por largos períodos en los que Sara parecía congelada. De vez en cuando mostraba un poco de interés por algo que hubiera dicho la terapeuta, pero pronto volvía a la actitud hosca y no comunicativa.

Pero que tras varios meses, Sara empezó a abrirse y hablar más de su historia, y de su sentimiento de que su madre siempre le había hecho sentir que era demasiado sensible e infantil. Hablaba como si sintiera que la estaba empujando a desarrollarse y crecer demasiado rápido. La terapeuta le dijo que Sara no sentía que su madre le hubiera proporcionado el equipo necesario para crecer.

Más adelante en la terapia, la terapeuta pudo referirse al resentimiento de Sara cuando nació su hermana, y sintió que la había privado de su relación exclusiva con su madre. Ambas exploraron cómo Sara necesitaba ser “el bebé” en el centro de las cosas, fijada en una posición en la que cualquier movimiento o desarrollo se vivía como una amenaza.

Discusión clínica en la reunión de equipo

En las reuniones de equipo, nos cuentan que la terapeuta de Sara describió la situación al principio de la terapia: ella no podía operar de la manera habitual. Dijo que sentía que Sara se callaba información y material de manera que impedía trabajar. La

terapeuta iba con mucho cuidado para no hacer interpretaciones que pudieran molestar a Sara, pero esto la dejaba en un estado de desconexión frustrante.

La terapeuta de familia pensó que esta situación de algún modo era un reflejo de la situación en casa, con la madre de Sara tratando de persuadirla todo el tiempo para que se conectara con la vida, mientras que la chica se obstinaba en sus síntomas, instalada en la posición de que ella sí que necesitaba ayuda. Un colega se preguntó si Sara estaba impidiendo que sus padres siguieran adelante con sus vidas y castigándoles eternamente por haber tenido otra hija. Entonces se recordó al equipo la historia de anorexia de la paciente. El estado mental anoréxico lleva al individuo a un estado de autosuficiencia maníaca en el que se detiene el desarrollo, y especialmente cualquier evidencia de desarrollo sexual, en parte privando al cuerpo del alimento que necesita para desarrollarse, crecer y funcionar como cuerpo sexual. También impide cualquier ingesta o digestión de su experiencia emocional en el mundo externo. También es común en las jóvenes anoréxicas dominar la dinámica familiar, donde todos están aterrorizados ante la perspectiva de una recaída mortal de la paciente si alteran las rutinas y las estructuras que ella acostumbra a utilizar para controlar la conducta de la familia.

Tras la interrupción de verano

Tras la interrupción por vacaciones de verano, la madre de Sara telefoneó para decir que la paciente no quería volver a terapia y solo quería transicionar. Sara creía que la terapia formaba parte de un plan para impedirle ser quien ella quería ser.

Sin embargo, volvió la semana siguiente y tras cinco minutos de silencio castigador dijo que la terapia era una pérdida de tiempo y que la terapeuta solo estaba tratando de detenerla e impedirle llegar a su ser real. La terapeuta respondió diciendo que quizás sentía que la había dejado colgada durante la interrupción para irse a vivir otros aspectos de su vida, algo parecido a lo que sintió cuando su madre fue a lo suyo y tuvo otro bebé. Sara gruñó a la terapeuta y dijo algo desdeñoso. Sin embargo, luego se suavizó y dijo que sabía que sus padres estaban decepcionados con ella. La terapeuta dijo que quizás Sara pensaba que la terapeuta se había marchado porque también estaba decepcionada con sus progresos. Sara se desplomó en la silla de una manera que parecía indicar que la terapeuta había dicho algo que la había afectado.

La terapeuta le preguntó si había alguna área en la que pensaba que podía dar algún placer a sus padres. Tras una breve pausa, en la que parecía estar reteniendo una sonrisa, dijo que jugaba muy bien a hockey. Lo hacía tan bien que había jugado con los chicos hasta los 13 años, pero luego le dijeron que tendría que jugar en el equipo de las chicas. Se mostró desconsolada, y dijo que odiaba jugar con las chicas porque eran unas quejicas cuando se lastimaban.

Durante las semanas siguientes, la terapia se dedicó a explorar varios temas centrados en la ansiedad de Sara sobre cómo le costaba manejar sus emociones sin perder el control. Se sentía amenazada en cualquier situación en la que se sintiera excluida o humillada y podía enfadarse mucho. Tras la segunda interrupción en la terapia, Sara se volvió hosca y enfadada. Dejó de hablar a la terapeuta y empezó a restringir el contenido de la sesión. La terapeuta le dijo que pensaba que Sara había experimentado la interrupción como un rechazo, como si la hubiera dejado a la intemperie en un ambiente frío. Sara dijo que la terapeuta era como sus padres, que le pedían que se animara solo

para hacerles felices. Entonces la terapeuta dijo que pensaba que Sara quería que se enterara de que estaba muy enfadada y no tenía ganas de perdonarla.

Discusión del caso en el equipo

La hipótesis de trabajo fue que la depresión postparto de la madre había interferido en su capacidad para establecer un vínculo con la bebé Sara. Y a esto se añade que cuando se recuperó de la depresión post parto grave, continuó sintiéndose deprimida y ansiosa por el impacto que había tenido su enfermedad sobre su hija, y su sentimiento de culpa continuó interfiriendo durante años con su necesidad de desarrollar una relación más sólida y confiada con Sara. Las ausencias regulares del padre por razón de su trabajo además la habían privado de su ayuda para manejarse con las niñas. El equipo creyó que este apego ansioso entre madre e hija pudo interferir con la necesidad de Sara de internalizar una madre que pudiera ayudarla a entender el sentido de su rabia, su ansiedad y sus celos. Esto llevó a Sara a tratar de controlar a su madre y sus actos como un intento de prevenir cualquier separación, ya que necesitaba tener disponible constantemente a una figura externa para aliviar su ansiedad.

El nacimiento de otra hija rompió esta frágil relación, y Sara hizo una regresión, y cogía berrinches para llamar la atención de su madre. Era como si le estuviera diciendo: “No tienes derecho a tener otro bebé. Yo soy el único bebé que puedes tener, y siempre necesitare que estés disponible.” La ausencia del padre hizo que no hubiera una presencia parental alternativa para ayudar a Sara a hacer la triangulación.

La triangulación tiene que ver con la capacidad para separarse del objeto ideal (la madre de Sara) y poder ver las cosas desde otra perspectiva y acceder al pensamiento simbólico. Sara, con una ansiedad abrumadora y mucha rabia ante cualquier separación, dominaba la vida doméstica, agraviada por la presencia de su hermana. La combinación de la culpa que sentía la madre por su depresión post parto y la falta de apoyo del padre impedían que la madre pudiera responder a las demandas de su hija mayor. Y el dominio de Sara dejaba fuera del escenario a la hermana menor.

La fragilidad del yo de Sara cuando se sentía abrumada por sentimientos de rabia, celos o humillación la llevaba a evacuar estos sentimientos mediante acciones y explosiones verbales violentas. Sus comunicaciones estaban cargadas de ansiedad y estaba presente la queja de que todo habría ido bien si sus padres le hubieran ofrecido unas condiciones perfectas para ella. En otras palabras, sus padres tendrían que haber funcionado como una máquina quitaneves, allanándole el camino y quitando de en medio los obstáculos para su bienestar. Era como si necesitara creer que debería vivir en un mundo perfecto en el que ella estaría en el centro de todo.

La terapeuta que trabajaba con Sara tenía que empatizar con sus sentimientos de humillación, agravio y celos siempre que surgía un problema, y también explorar con ella cómo tendía a quedarse enganchada con esos estados. Cuando estaba en modo enfadada, creía que no tenía recursos ni capacidades internas para afrontar el dolor de la decepción, o para poder adaptarse a las nuevas circunstancias. La terapeuta había de ayudarla a elaborar la pérdida de su posición en la familia, y también mostrarle cómo veía que, en esos estados, ignoraba los recursos internos que tenía.

En las primeras etapas de la terapia, la terapeuta a menudo tenía la sensación de estar caminando sobre cáscaras de huevo en cada sesión. Por una parte, corría el riesgo

de traumatizar a la paciente si trataba de tocar puntos importantes, como la pérdida y la rivalidad, prematuramente, haciendo sentir a Sara que la forzaba a crecer cuando aún no se sentía preparada. Por otra parte, la terapeuta había de procurar no dejarse controlar por Sara y entrar en colusión con su odio al crecimiento. Este es un dilema constante en el tratamiento de jóvenes con un ego frágil que puede sentirse abrumado si se le hacen demasiadas demandas psicológicas. Por consiguiente, recurren a mecanismos de defensa más primitivos, como la negación, la disociación y la proyección, que protegen rígidamente al individuo del dolor psíquico, pero inhiben la capacidad individual para desarrollar la flexibilidad mental que se requiere para hacer la prueba de realidad central para el desarrollo psíquico saludable.

A los 10 meses de terapia, Sara explicó a la terapeuta el incidente en que su padre había parado el coche y la había hecho bajar para regañarla. Ella reconoció cómo ella no tenía ninguna razón. La terapeuta le dijo que al parecer Sara se daba cuenta de que a veces provocaba una respuesta de irritación en los demás, y en ella. El conflicto entre la parte de ella que quería transicionar y la parte que tenía dudas se escenificaba como un conflicto entre ella y la terapeuta.

Gradualmente el deseo de transicionar de Sara fue disminuyendo y al cabo de 3 años de terapia de frecuencia semanal dijo que le gustaría parar. Hacia el final de la terapia, dijo muy orgullosa a la terapeuta que la habían nombrado capitana del equipo femenino de hockey y que ahora se llevaba mucho mejor con sus amigas en la escuela.

Poco después de finalizada la terapia, los padres contactaron con el equipo de terapia familiar para decir que a su hija se la veía mucho más contenta. Aunque todavía tenía sus momentos, sentían que habían podido recuperar su papel de padres y dejar el de cuidadores de una jovencita frágil. Además ahora los padres tenían más tiempo para ellos y para el resto de la familia.

Algunas conclusiones

Este ejemplo clínico, que he podido sintetizar y publicar en español gracias al generoso permiso de sus autores, puede ser una muestra de cómo los psicoanalistas podemos continuar ejerciendo nuestro oficio en tiempos de desconcierto y confusión. Marcus Evans es un psicoanalista miembro de la *British Psychoanalytical Society* que ha trabajado como psicoterapeuta en el NHS durante 40 años y que dirigió los Departamentos Clínicos de Salud Mental para Adolescentes y Adultos en la Tavistock durante varios años. Y Susan Evans es una psicoterapeuta psicoanalítica que ha trabajado también muchos años en el GIDS (el Servicio de Identidad de Género que ahora va a clausurarse en la Tavistock, atendiendo a las recomendaciones finales del informe encargado a la Dra. Hillary Cass). Roberto d'Angelo, que presentó un caso clínico en el número que el *International Journal of Psychoanalysis* dedicó al tema «trans» en 2020 (de Celis Sierra, M. 2021) miembro del *Institute of Contemporary Psychoanalysis de Los Angeles*, y presidente de la *Society for Evidence-Based Gender Medicine*, escribe en la contraportada del libro de los Evans que los autores, gracias a su amplia experiencia clínica, ilustran bien cómo la disforia de género no se puede comprender sin comprender los contextos evolutivos y relacionales en los que surge. Por ello considera que el libro puede ser una referencia muy valiosa para aquellos que tratan de ir más allá de la superficie para trabajar el tema a fondo. Y destaca la valentía que han demostrado al

presentar una perspectiva de la disforia de género cada vez más excluida del discurso clínico y social.

Por lo que a mí respecta, hace tres años empecé a sentirme interpelada especialmente por la demanda de aquella madre que me preguntaba si yo era *trans friendly*. Compartí mi desconcierto con las colegas del grupo de trabajo al que me he venido refiriendo (especialmente con Paloma Azpilicueta, Mari Carmen Giménez y Eileen Wieland, autoras de interesantes artículos citados en las referencias bibliográficas). Cuando he empezado a ver casos de adolescentes y familias afectadas por el fenómeno creciente de la disforia de género de inicio rápido, me he sentido también acompañada por el recuerdo de todo lo que había aprendido sobre adolescencia con el añorado psicoanalista Luis Feduchi, con el que nunca se planteó el tema trans però sí se planteó a fondo el tema de la adolescencia. Se trataba de un psicoanalista *adolescent friendly*, convencido de los buenos resultados que se pueden obtener con intervenciones asistenciales reflexivas y contenedoras cuando nos llegan casos en los que predomina el fracaso de la contención familiar y social y la falta de respeto mutuo en el sentido más profundo del término (Feduchi, 2011).

En mi experiencia de dos años atendiendo casos en los que el motivo de la consulta es la manifestación de una hija adolescente que les comunica, sorpresivamente para ellos, que se siente chico y, para empezar, quiere que la llamen con un nombre de chico, etc., coincido con los Evans en que es esencial crear un espacio para la exploración de la dinámica familiar y el rol que ocupa la hija en ella. Hablo en femenino, porque la mayoría de casos que he atendido son chicas, aunque también he visto un par de casos de chico que se plantea si es trans (uno de ellos, diagnosticado previamente como TEA). Mi corta experiencia confirma lo que he leído hasta ahora sobre antecedentes más frecuentes en estos casos: trastornos alimentarios, separaciones traumáticas de los padres, duelos no elaborados, experiencias de bullying o acoso escolar hacia adolescentes que escapan a los estereotipos más comunes, etc.

La época en que se ha ido gestando la idea en estas adolescentes ha coincidido además con el confinamiento debido al Covid, coincidiendo con los cambios puberales, con las ansiedades relacionadas con la maduración sexual y los cambios corporales propios de la edad, y sin poder comunicarse presencialmente con los grupos de amigos y amigas tan fundamentales en la adolescencia. Varios casos se han conectado con «amigos virtuales» que han resultado ser activistas trans, e incluso en un caso, una especie de publicista de las bondades de la cirugía como tratamiento que acababa dando los datos del cirujano que ofrecía sus servicios para hacer mastectomías sin dejar grandes cicatrices.

A veces he atendido a chicas escarmentadas por la actitud «transafirmativa» apresurada que han encontrado en otros profesionales con los que han consultado previamente y tras una hora de entrevista ya han empezado a hablar de hormonaciones. A este respecto recomiendo una película estrenada recientemente, «Mi vacío y yo» (Dir. Adrián Silvestre, 2022) que presenta de una manera bastante realista en qué pueden consistir estas entrevistas en el contexto de una ciudad como Barcelona.

Por último, creo que es importante no actuar en modo «función apostólica», al decir de Balint, en un sentido o en otro, es decir, no tener como objetivo evitar la transición a toda costa, así como la terapia afirmativa LGBTI tiene como objetivo el apoyarla. Los Evans nos dicen que en su experiencia muchos jóvenes pueden llegar a la

consulta con la idea fija de que han nacido en un cuerpo equivocado y de que todos sus problemas se van a solucionar si se les ayuda a hacer la transición. Y es necesario que los profesionales que los atienden empaticen con su deseo, però resistan la tentación de entrar en colusión con ellos, o con los padres presionados por ver sufrir a su hija, y asustados cuando hay amenazas de suicidio. El profesional puede sentirse muy presionado y habrá de asumir que una parte esencial de su trabajo será la contención de las ansiedades de la familia y las propias. Es todo un reto, y de ahí la necesidad de compartir nuestras experiencias en pequeños grupos tipo Balint.

Otra fuente importante de presión para el profesional es la derivada del contexto político y social en el que ejerce su profesión. Y en este sentido, una colega de nuestro grupo de trabajo «Psicoanálisis y Sociedad», M^a Carmen Giménez, planteó una serie de cuestiones al Comité de Bioética de la Generalitat de Catalunya, el cual, tras meses de deliberación nada sencilla, consensuó unas «Recomendaciones para el acompañamiento de las personas menores en la búsqueda de su identidad de género» entre las que se contaba la de descartar que el deseo de transición no cubra otras problemáticas sobre la relación con el cuerpo o con el entorno ; y, si las hay, ver cómo tratarlo todo. Y donde se reivindicaba que toda decisión clínica implica una valoración clínica y todo tratamiento un razonamiento clínico (Comité Bioetica Gencat, 2022).

Referencias

- Almaraz, M. C., Expósito, P. y Gómez Gil, E. (2021). Identidad sexual y disforia de género: Modelos explicativos y situaciones emergentes. En R. M. Rodríguez Magda, *El sexo en disputa* (pp. 13-128). CEPC.
- Azpilicueta, P. (2022). Niños y adolescentes trans: ser o no ser. *Temas de Psicoanálisis*, (24). <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2022/07/18/ninos-y-adolescentes-trans-ser-o-no-ser/>
- Balint, M. (1957). The doctor, his patient and the illness. En *Problems of Human Pleasure and Behaviour* (pp. 198-220). The International Psycho-analytical Library.
- Carrasco, S. (2022). La construcción de la infancia y la adolescencia «trans» en el contexto educativo, *Temas de Psicoanálisis*, (24). <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2022/07/18/la-construccion-de-la-infancia-y-la-adolescencia-trans-en-el-contexto-educativo/>
- Cass, H. (Pres.) (2022). *Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people*. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/gender-dysphoria/independent-review-into-gender-identity-services-for-children-and-young-people>
- Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya COPC. (13 de diciembre, 2021). *Espai de Debat: Jornada: Reflexions sobre la qüestió «trans» a la infància i a l'adolescència* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=p56VV6VQoss>
- Comité de bioética de la Generalitat de Catalunya (2022). *Recomendaciones para el acompañamiento de las personas menores en el proceso de cerca de su identidad de género*. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/document_s_tematica/recomendaciones-acompanar-personas-proceso-identitat-genero.pdf
- Daurella, N. (2013). *Falla básica y relación terapéutica. La aportación de Michael Balint a la concepción relacional del psicoanálisis*. Agora relacional.

- de Celis Sierra, M. (2021). Pensar analíticamente sobre el transgenerismo, una tarea urgente (Reseña de una controversia y un caso clínico en el IPJ de noviembre de 2020). *Aperturas Psicoanalíticas*, (66). Artículo e10.
<http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001148>
- Díaz-Benjumea, L. (2021). El psicoanálisis ante la sexualidad y el género en nuestro tiempo [Editorial]. *Aperturas Psicoanalíticas*, (66). Artículo e1.
<http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001150>
- Evans, S. y Evans, M. (2021). *Gender Dysphoria. A Therapeutic Model for Working with Children, adolescents and Young Adults*. Phoenix.
- Feduchi, L. (2011). El adolescente ante su futuro. *Temas de Psicoanálisis*, (24).
<https://www.temasdepsicoanalisis.org/2010/12/14/el-adolescente-ante-su-futuro/>
- Ferenczi, S. (1984). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y el de la pasión. En *Obras Completas* (Vol. IV, pp. 139–149). Espasa Calpe. (Original publicado en 1932)
- First, do not harm. Other countries should learn from a transgender verdict in England. (12 de diciembre, 2020). *The Economist*.
<https://www.economist.com/leaders/2020/12/12/other-countries-should-learn-from-a-transgender-verdict-in-england>
- Generalitat de Catalunya. (2017). *Model d'atenció a la salut de les persones trans**.
<https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3959>
- Generalitat de Catalunya. (2021). *Annex Memòria preliminar de l'Avantprojecte de llei integral de reconeixement del dret a la identitat i expressió de gènere*.
<https://participa.gencat.cat/processes/dretalidentitatiexpressiodegenere/f/3371/>
- Giménez, M. C. (2022). A propósito de la transexualidad: algunas reflexiones bioéticas sobre la transición sexual en menores, *Temas de Psicoanálisis* (24).
<https://www.temasdepsicoanalisis.org/2022/07/18/a-proposito-de-la-transexualidad-algunas-reflexiones-bioeticas-sobre-la-transicion-sexual-en-menores/>
- Grupo de Psicólogas Reflexivas. (enero, 2022). *Al·legacions a la Memòria justificativa d'un Avant-projecte de llei integral de reconeixement del dret a la identitat i expressió de gènere*. Portal de Participación Ciudadana de la Generalitat de Catalunya.
<https://drive.google.com/file/d/1qiSZEam6QUGYSzn63pKgbzyWZYvET2z9/view>
- Grupo de Trabajo Psicoanálisis y Sociedad del COPC. (18 de febrero, 2021). *Primum non nocere*, Primero no hacer daño. *PsiAra*.
<https://www.psiaracopc.cat/2021/02/18/primum-non-nocere-primero-no-hacer-dano/>
- Joel, D. y Vikhanski, L. (2019). *Mosaico de género. Más allá del mito del cerebro masculino y femenino*. Kairós
- Russo, F. (2016). Is There Something Unique about the Transgender Brain? *Scientific American*, 27(1), 33. <https://doi.org/10.1038/scientificamericanmind0116-33>
- Scientific American. (2018). *The New Science of Sex and Gender*.
- Shrier, A. (2021). *Un daño irreversible. La locura transgénero que seduce a nuestras hijas*. Deusto.
- Silvestre, A. (2022). *Mi vacío y yo* [Película]. Adrián Silvestre Films, Alba Sotorra, ICAA, Promarfi Futuro 2010, Testamento PCT.
- Stock, K. (2021). *Material Girls*. Flee.
- Sundar, V. (2021). *Dysphoric: fleeing womanhood like a house on fire* [Documental]. Lime Soda Films. <https://www.youtube.com/watch?v=w8taOdnXD6o>
- Wieland, E. (2022). Reflexiones psicosociales sobre la disforia de género. *Temas de psicoanàlisis*, (24). <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2022/07/18/reflexiones-psicosociales-sobre-la-disforia-de-genero/>

