

Modelo sociocultural para la intervención en la transexualidad infantil

JUAN GAVILÁN MACÍAS

INTRODUCCIÓN

En el transcurso de los dos últimos años se ha producido un fenómeno que podríamos denominar histórico: la aparición en público de casos de menores que desde una edad muy temprana han reconocido tener una identidad sexual contraria a la del sexo que se les asignó al nacer. Y, además, lo sorprendente, y lo que hace única esta experiencia, es que estos niños y niñas aparecen apoyados por sus familias que se han agrupado en la Asociación de Familias de Menores Transexuales, Chrysallis, para exigirle a la sociedad que reconozca a sus hijos e hijas en función de su sexo y género sentidos. Lo novedoso es que, además, esta experiencia ha consolidado un modelo absolutamente distinto de apoyo y acompañamiento de la transexualidad en la infancia.

El cambio de actitud de las familias con respecto a la tradición es radical. Antes, los padres y las madres tendían a esconder a sus hijos e hijas transexuales, los excluían de la comunidad y los marginaban. Con su consentimiento, se les segregaba y se les expulsaba de la sociedad, e incluso tendía a considerárseles dentro de la categoría de «lo abyecto», de seres que estaban por debajo de lo humano. Sin embargo, ahora, estos menores son aceptados en el seno de las familias, se les apoya, se les acompaña y se exige a la sociedad que los acepte como son, que en el colegio se les trate en función de su identidad sexual, que se les llame por el nombre que han asumido, que usen los cuartos de baño y los vestuarios correspondientes, si están separados por sexo, y que vistan la ropa o el uniforme acorde con su identidad.

En el marco de este trabajo, expondremos en qué consiste la transexualidad, cómo se manifiesta en la infancia, qué necesidades tienen los menores, y expondremos la necesidad de que se desmedicalice y se despsiquiatrice la

transexualidad, es decir, que se produzca el cambio desde el modelo biomédico, en el que se patologiza a las personas transexuales, hasta un modelo para la interpretación, el conocimiento y la intervención que ha de ser de carácter biopsicosociocultural. Se propone un modelo en el que se pudiera establecer una relación continua entre los elementos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y políticos, y en el que circulara la información desde la biología hasta la cultura y desde la cultura hasta la biología, es decir, que también sea socioculturpsicobiológico. Tenemos la convicción de que solo desde un modelo sociocultural que atienda y asuma los factores biológicos y psicológicos se puede atender de una forma más adecuada las necesidades de estos menores.

Uno de los problemas que se plantea en el tratamiento de las niñas y los niños transexuales, posiblemente no el más acuciante ni el más visible, tal vez no el más reconocido, puede ser el hecho de que no haya una teoría sobre la transexualidad infantil con capacidad para establecer los parámetros más importantes de interpretación, un modelo teórico abierto y dinámico desde el que cualquier profesional de la intervención se pudiera situar y operar. No se han realizado trabajos teóricos de cierto calibre en este sentido. La medicina ha perdido el paso. El discurso biomédico se ha mostrado desfasado e inoperante. Y aun así, hasta ahora, las interpretaciones que han predominado en las tareas del conocimiento y el saber sobre la transexualidad infantil han sido las aportaciones realizadas desde el sistema clínico, desde la psicología y la psiquiatría oficiales. Dentro de la esfera de los profesionales de la sanidad se han ido produciendo trabajos en el ámbito de la psicología clínica que, lejos de ayudar, tergiversan el sentido de este fenómeno hasta el punto de producir un desbarajuste desproporcionado en la intervención y el tratamiento de los menores.

En el transcurrir del tiempo en que Chrysallis viene desarrollando su actividad a favor del interés y la satisfacción de las necesidades de sus hijos e hijas, se ha venido mostrando como algo urgente, aunque inadvertida, la necesidad de que se elabore el marco de una teoría social y cultural que destierre a la medicina de la tarea de interpretación de la transexualidad en la infancia y elimine la perspectiva y los errores con que se ha dañado la imagen, la salud y la integridad de los niños y niñas transexuales.

Con todo, no es fácil sustituir los parámetros de una teoría tan desenfocada ni eliminar el desconocimiento tan radical sobre la transexualidad que prevalece entre los profesionales a los que les correspondería el tratamiento y la intervención a favor de estos menores. Una de las dificultades con las que se puede encontrar cualquier profesional de buena voluntad que quiera ponerse al día es que no le resulta fácil encontrar ni el marco adecuado ni las informaciones relevantes con que orientarse y modificar sus prácticas.

¿QUÉ ES LA TRANSEXUALIDAD?

No es fácil definir la transexualidad, porque cualquiera de las definiciones que se suelen dar ya lleva implícitos unos prejuicios, unas creencias injustificadas y toda una serie de tópicos y falsos conocimientos que dependen del punto de vista de la persona y del modelo teórico en el que se define. O simplemente acarrea los valores y la perspectiva de las disciplinas desde las que se la intenta asumir. Es más, hay una variedad tan grande de personas transexuales, se está produciendo una especie de vorágine de definiciones y han proliferado tantos puntos de vista y tan diferentes, que no benefician en nada la tarea de definirla. Hay varias posibilidades de hacerlo, y posiblemente ninguna de ellas sea adecuada. Lo más sensato, e incluso conveniente ahora, sería evitar en la medida de lo posible dar una definición nominal y diferir el trámite de la definición para que se vaya desvelando a lo largo del proceso de la interpretación teórica.

En el modelo biomédico se entiende por transexual a una persona en la que su sexo biológico no se corresponde con su identidad de género. En el marco de la práctica clínica se había planteado la transexualidad como una disonancia entre la identidad sexual y las características físicas, entre la identidad sexual y los genitales. En los continuos avatares del discurso médico se suele hacer hincapié en la idea de una mujer con genitales de hombre o un hombre con genitales de mujer. Así es como se suele definir en el sistema clínico. Y como hasta ahora ha encarnado la interpretación oficial, ha dejado una rémora difícil de evitar. A pesar de que todas las definiciones estén llenas de inexactitudes, de falsas ideas, de falta de información y conocimiento, e incluso aunque provengan de profesionales que deberían conocer el tema y mostrar algún tipo de empatía hacia las personas transexuales, son definiciones imprecisas y que incluso carecen del respeto más elemental. En las últimas décadas, el modelo biomédico, tanto al nivel de la interpretación como de la práctica asistencial, se ha desvelado como insuficiente, inoperante e injusto, porque no responde a las verdaderas necesidades de las personas que trata y porque convirtió la transexualidad en una enfermedad, en un trastorno y en una patología.

En una persona transexual no tiene por qué haber discordancia entre su identidad sexual y su cuerpo. Si se educara a las niñas y los niños, si la sociedad fuera abierta, si no existieran normas y roles tan rígidos, si no se les creara tanta presión a los menores, si viviéramos en una sociedad con un sistema normativo de ordenación sexual que fuera flexible, los niños y las niñas transexuales podrían vivir su identidad sexual con absoluta normalidad y no tendríamos que hablar de la falta de correspondencia entre la mente y el cuerpo, ni entre el sexo y el género, ni entre la identidad de género y los

genitales. Si recibiéramos a una niña o un niño transexual, sin que hubiera adquirido ningún tipo de prejuicio y lo aisláramos convenientemente, o si nos lleváramos a un colectivo de niños y niñas transexuales a una isla y los educáramos de una forma conveniente, ninguno de ellos generaría ningún tipo de prejuicio con respecto a su cuerpo. No desarrollarían ningún malestar con sus genitales, ni se generaría en ellos ninguna incongruencia de género.

En el seno del discurso biomédico, al definir la transexualidad se suele hacer una referencia inmediata al hombre biológico que tiene mente de mujer o a la mujer biológica que tiene mente de hombre. Al funcionar en un modelo que reconoce la existencia de dos sexos y dos géneros, solo se puede describir a las personas transexuales como una mezcla de esos dos sexos, o como un cruce de los dos componentes que se consideran contrarios.

En el contexto del sistema médico, Antonio Becerra, endocrinólogo, ha aportado una definición que contiene uno de los tópicos relevantes reconocidos en el sistema clínico: «El transexual es transgénérico. Desde la infancia su identidad mental es distinta a su identidad genital. Son mujeres que se sienten atrapadas en cuerpos de hombre, y hombres que se sienten atrapados en cuerpos de mujer» (2003, IX). La transexualidad, según Becerra, representa la experiencia dramática de personas que viven en cuerpos equivocados, de mujeres que viven encerrados en cuerpos de hombre que no les pertenecen y hombres que viven encerrados en cuerpos de mujer que no les corresponden. Louis Gooren un experto endocrinólogo, hablaba de los transexuales como de personas que viven en una especie de situación kafkiana, en un cuerpo que no tiene ni puertas ni ventanas. La transexualidad representa una forma de vida agobiante y angustiosa en la que han de librar una lucha continua y constante contra su cuerpo. Pero no es verdad, porque aunque algunas personas transexuales hubieran llegado a esa situación no ha sido por una tendencia natural, sino por la forma en que han vivido y los han tratado. No hay ninguna tendencia en la naturaleza que imponga las condiciones del conflicto y del malestar. La persona transexual no viene predispuesta a sufrir por naturaleza la necesidad de una mente atrapada en un cuerpo equivocado. No hay una disforia *per se*, como han mantenido muchos especialistas. Y, además, siguiendo el símil usado por Gooren, no todas las personas transexuales viven en cuerpos sin puertas ni ventanas, porque hay personas transexuales que tienen casas con balcones amplios, luminosos y soleados.

Félix López, catedrático de Psicología de la Sexualidad de la Universidad de Salamanca, establece uno de los tópicos estereotipados, que no solo responden a los errores de interpretación, sino que colaboran en la posibilidad de que no se respeten los derechos de la identidad de los menores transexuales. En su artículo, titulado «Identidad del Yo, identidades sexuales y de género»,

escribe: «Es importante, por tanto comprender que las personas transexuales rechazan el orden biológico, pero no necesariamente el convencional, siempre que les dejen elegir el rol o género que les ayude a sentirse mejor» (2013b, 145). Y un poco antes había escrito: «Lo que yo quiero destacar es que estas personas no aceptan el orden biológico, tampoco el convencional asignado a su sexo (porque les marca aún más la identidad que no tienen), pero sí, en muchos casos, el convencional que se acomoda a la identidad que están seguras de tener. Es decir, una mujer biológica que se sabe y siente hombre puede estar encantada de asumir el rol que la sociedad le asigna a los varones. Claro que esto no siempre es así, porque esas personas están en el mundo actual y, como tantas otras, pueden ser muy críticas con los roles y géneros sexistas» (2013b, 145). No tiene ningún sentido que se siga defendiendo el tópico gastado de que la transexualidad va en contra del orden biológico. Es absurdo seguir creyendo que el proceso biológico solo afecta a la formación del sexo cromosómico, gonádico y genital, como si la formación del sexo cerebral no respondiera a los mecanismos biológicos de la diferenciación sexual. Seguir manteniendo todavía la idea del rechazo del orden biológico supone legitimar la existencia de una cisura entre la identidad sexual y el proceso biológico de formación de las gónadas y los genitales, y además complica la posibilidad de interpretar el fenómeno de la transexualidad con todos los problemas derivados de haber aceptado de forma acrítica que solo existan dos órdenes de diferenciación en la naturaleza y en la cultura, dos sexos y dos géneros, el hombre y la mujer, lo masculino y lo femenino.

Como empezamos diciendo, no es fácil definir la transexualidad. Siempre quedan flecos que no encajan con la realidad que intentamos definir y delimitar. Yo mismo, cuando he tenido que definirla en alguna de mis conferencias o cursos, he usado una definición *ab hoc*, una definición lo más neutra posible que, aunque a mí mismo no me convenza, sirva al público que se introduce en el tema para disponer de una idea clara y útil, es decir, una especie de herramienta de la que después se podrá prescindir. Normalmente, se suele decir que se entiende por transexual a una persona que tiene una identidad sexual contraria al sexo que se le asignó al nacer. De entrada, es interesante esta definición, entre otras razones porque sirve para retener dos elementos necesarios, la identidad que se siente y la que se le impone.

Las definiciones precedentes del discurso biomédico no son adecuadas. Y es por eso por lo que tenemos que ir descartando una serie de tópicos. El transexual no es un error de la naturaleza. La naturaleza no se equivoca. Nosotros nos podemos equivocar, la sociedad se puede equivocar; la naturaleza, no. La naturaleza funciona a base de unos mecanismos tan sencillos como las mutaciones genéticas. Y gracias a esas mutaciones estamos nosotros aquí en el planeta, somos primates bípedos y andamos en posición erguida. No

se trata, por tanto, de que se haya producido un error, sino que somos solo y exclusivamente el resultado de la diversidad que genera la naturaleza, de la amplia variedad de seres que produce.

Los tópicos que hay que desterrar son los que proceden de la visión médica de la transexualidad, y que en buena medida representan la misma visión que tienen algunos transexuales de sí mismos, como pensar que la persona transexual es una mente en un cuerpo equivocado o una persona atrapada en un cuerpo que no le corresponde. No hay equivocación en la naturaleza, como acabamos de decir. La naturaleza produce la variación y la diversidad de las personas, de hombres con pene, mujeres con vagina, pero también de hombres con vagina y mujeres con pene. Realmente es la propia producción de la diversidad la que genera la naturaleza, pero no por error sino por los propios mecanismos de producción que funcionan en su seno. De esta forma, en función de la producción biológica y con los mecanismos sociales y culturales correspondientes para la identificación, hay personas que se consideran hombres y mujeres; y otras que no se consideran ni hombres ni mujeres; hay personas con el cariotipo XY que son hombres, pero también los hay que son mujeres; y hay personas con el cariotipo XX que son mujeres, pero también las hay que son hombres.

DISFORIA DE GÉNERO

Para hablar de la desmedicalización y la despatologización de la transexualidad, es necesario recordar que desde 2009 hay un movimiento poderoso a nivel internacional que se llama STP-2012, el acrónimo de Stop a la Patologización Trans. Es un movimiento internacional muy potente que se ha articulado en más de cincuenta ciudades, de cuatro continentes y que reúne a unas doscientas asociaciones de transexuales, cargadas de razones contra la patologización de las personas transexuales. Lo que piden los activistas y lo que exigen estas asociaciones es que se saque la transexualidad del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Lo que intentan es que se deje de considerar la transexualidad como un trastorno mental.

Cada vez hay más especialistas en psicología y psiquiatría que están de acuerdo con los objetivos de este movimiento. El equipo de Ámsterdam defiende de una manera clara y rotunda que no hay patologización, que no hay un trastorno natural producido por la transexualidad, que la disforia no se da *per se*, sino que viene producida por los elementos exógenos de la presión social. Eli Coleman, que es el director del área de sexualidad de la Universidad de Minnesota, mantiene, exactamente igual, que no hay un trastorno *per se*, sino que ese trastorno, si existe, proviene del exterior a causa de la marginación, la exclusión y la estigmatización. Es decir, que la presión

que ejerce la sociedad sobre las personas transexuales es la que produce el trastorno y la que genera la disforia.

Por lo tanto, no se puede mantener que exista la disforia de género como un fenómeno intrínseco, sino que es producido por la discriminación y la intolerancia sociales. No se debería incluir como un trastorno el hecho de ser víctima de una discriminación social. En un artículo titulado «Derechos sanitarios desde el reconocimiento de la diversidad» y recogido en *El género desordenado*, Sandra Fernández (2010, 183), licenciada en Biología y con formación de posgrado en género, recoge que en 2008 el grupo de trabajo sobre identidad de género de la American Psychological Association reconoció que la transexualidad no es un trastorno *per se*.

En contra de esta evidencia, Louis Gooren, al igual que otros especialistas de los servicios médicos dedicados al tratamiento de la identidad de género, mantenía que durante las últimas décadas se había avanzado al dejar de considerar la transexualidad como una perversión y al desligarla de las cuestiones morales e incluso religiosas, para aceptarla como una realidad biológica y como un problema médico. Trinidad Bergero, Susana Aisain e Isabel Esteva, dos de ellas miembros destacados de la UTIG de Málaga, pretenden señalar de forma velada las ventajas de la patologización: «Esta calificación de patología ha sido cuestionada desde distintos sectores, y diversas asociaciones de personas transexuales han advertido que esta clasificación no debe ser usada con fines estigmatizadores (HBIGDA, 1998). Pero también reconocen que ha posibilitado, de momento, la puesta en marcha de una cobertura sanitaria en el sistema público de salud y ha generado investigaciones que permitirán tratamientos más efectivos en el futuro (HBIGDA, 2001)» (2013, 115).

No deja de ser curioso que, a pesar de reconocer que se ha producido un rechazo de la patologización de la transexualidad en distintos ámbitos de la sociedad, sigan creyendo en la necesidad de mantenerla. No puede tener ninguna ventaja mantener a las personas transexuales como rehenes dentro del sistema sanitario. Trinidad Bergero, Susana Aisain e Isabel Esteva se esfuerzan por encontrar argumentos convincentes y salvar la posición que tiene la UTIG en el sistema clínico. «La cobertura del tratamiento de la transexualidad en el sistema sanitario público ha sido una de las más importantes reivindicaciones en los últimos tiempos. Esta pretensión se ha convertido recientemente en un logro, lo cual supone un avance para la mayoría de la comunidad transexual, ya que por un lado se ha conseguido que procesos como el tratamiento hormonal y la cirugía estén sujetos a control médico de forma más universal y, por otro, que se le dé un reconocimiento formal dentro de la sociedad. No debemos olvidar que existen transexuales que ratifican esta manera de entender la transexualidad reivindicando su derecho a ajustarse a uno u otro sexo, ya que las ideas subyacentes al sexo y al género

en el modelo biomédico también están presentes en nuestra sociedad» (2013, 130). Pero no consiguen convencernos de lo que defienden. La dignidad de las personas no puede depender de la necesidad de considerarlas enfermas ni de mantenerlas bajo los parámetros del tratamiento que se les da dentro del sistema clínico. No nos convence el razonamiento. Los problemas sociales se han de solucionar con medidas sociales, no han de pasar por tener soluciones médicas. Es decir, no tiene sentido medicalizar y patologizar la transexualidad. No es necesario, ni justo, patologizar a las personas transexuales y someterlas a la autoridad médica, psicológica y psiquiátrica para que se les dispense el tratamiento que necesitan.

La visión que tenemos de la transexualidad es la de una realidad construida por la medicina. No cabe duda de que hay personas que coinciden con el modelo propuesto por el discurso biomédico y el sistema clínico. En realidad, es la única posibilidad que se les ha dejado y que les quedaba. Coincidir con la visión médica de la transexualidad era el único camino posible para muchas personas transexuales. Lo que no resulta tan claro es si las personas transexuales que acuden al servicio de salud están de acuerdo con las actuaciones y con los procedimientos que se han realizado sobre ellos y que han tenido que soportar en las unidades de tratamiento de la identidad de género.

A pesar de la amabilidad de las batas blancas, en el ámbito que estamos comentando aparecen amenazas, si no explícitas, por lo menos tácitas. Parece que intentan infundir miedo cuando escriben: «Probablemente, la cobertura de estas actividades dejaría de ser pública, suponiendo una discriminación para las personas con menores recursos económicos, que acabarían poniendo en riesgo su estado de salud» (2013, 131). Pero, no hay ninguna razón convincente para que las autoridades sanitarias suspendan los tratamientos médicos. A las personas transexuales se les puede seguir tratando sin necesidad de ninguna intervención psicológica o psiquiátrica y sin necesidad de tener que pasar por ser enfermos, exactamente igual que se trata en el sistema sanitario público a las mujeres embarazadas.

Es más, se justifica la intervención médica en función de la necesidad que presentan las propias personas transexuales de asimilarse dentro del modelo binario a uno de los dos sexos. Todo responde a un argumento erróneo en el que se cree que al patologizar a las personas transexuales se les libera del estigma, porque se les empieza a considerar como pacientes dentro del sistema clínico, es decir, personas enfermas. Parece que lo deberían asumir como el precio que tendrían que pagar. A fin de cuentas, esta creencia responde al tópico de que la sociedad habría de ser más benévola con las personas que se hubieran acogido bajo el paraguas de la enfermedad y de la patología.

Sin embargo, la cobertura sanitaria de la transexualidad, así como el reconocimiento social, no dependen de la posibilidad de que se les medicalice

y se les psiquiatrice, sino que depende de la voluntad social y de la necesidad de tomar las decisiones políticas que garanticen la igualdad y los derechos humanos de todos los ciudadanos.

Las consecuencias de los tratamientos médicos son ampliamente conocidas por los transexuales. Se han de pasar varios años asistiendo a la consulta de psicólogos clínicos o de psiquiatras a la espera de que dicten un diagnóstico, que por lo demás no tiene fundamento alguno, porque la mayoría de los transexuales saben lo que tienen que responder a las preguntas de los especialistas para conseguir lo que desean. Por lo tanto, la necesidad en la que se debate el personal clínico de establecer un diagnóstico diferencial y poder certificar la ausencia de comorbilidad se establece sobre un fondo de arbitrariedad. Y todo esto dentro de unos parámetros internacionales que consideran la transexualidad como una enfermedad mental, una patología, un trastorno, una disforia o una incongruencia de género.

No se puede identificar la transexualidad con la disforia. No siempre hay malestar. No siempre hay sufrimiento. Hay personas transexuales que viven en perfecta armonía con su cuerpo. Y si hay disforia, como hemos dicho antes, se debe a la presión que la sociedad ejerce contra las personas transexuales. Ana Gómez, psicóloga del PIAHT de Madrid, escribe: «El prejuicio social, la discriminación y un ambiente hostil afectan negativamente el bienestar psicológico, físico, social y económico de las personas LGBT» (2014, 133). O como interpreta la psicóloga, el estrés procede de los impactos psicológicos negativos que han de soportar las personas estigmatizadas: «La historia del «estrés trans» nace en la infancia. Los niños, niñas y adolescentes con género variante son más vulnerables al rechazo y a la opresión en una cultura que enfatiza el sistema dicotómico de géneros, sobre todo en entornos escolares y familiares donde la normativa de los roles de género sea muy rígida» (2014, 134).

La disforia se define como el malestar que se produce entre el sexo biológico y el género asumido, entre la identidad de género y los genitales. Es una definición del discurso biomédico que no responde a la realidad. Estoy totalmente convencido de que el trastorno y el malestar se producen, si lo hay, no entre el sexo y el género asumido, no entre la identidad de género y los genitales, sino entre el género asumido y los patrones del género público establecido, es decir, por la presión que la sociedad ejerce con los patrones de conducta sexual y los roles de género o por las normas rígidas del cissexismo que impiden el desarrollo normal de las personas transexuales.

El término «disforia» indica una doble segregación. Al rechazo y exclusión producidos por la sociedad hay que añadir la marginación que supone sentirse afectado por un trastorno y un malestar que a su vez son producidos por la presión social. Que el malestar y el sufrimiento no provienen de causas endógenas, sino que proceden de la presión social es algo que expresan

también Trinidad Bergero, Susana Asiain e Isabel Esteva: «El sufrimiento de estas personas está determinado en gran medida por el hecho de sentirse fuera del orden dicotómico de la división de los sexos. La sociedad determina los límites simbólicos que indican quién está dentro y quién queda fuera del orden social. Sentirse incluido en uno de los polos de la dicotomía hombre-mujer ofrece seguridad» (2013, 116).

De todas formas, no se puede identificar la transexualidad con la disforia. En los niños y niñas que son aceptados y apoyados por sus familias se respira una sensación continua de alegría y de entusiasmo. Todos los que hemos estado atentos y hemos intentado conocer el fenómeno de la transexualidad en la infancia hemos sido testigos del cambio tan radical que se da en las niñas y los niños transexuales cuando se les acepta y se les apoya. Raquel (Lucas) Platero, docente de Enseñanza Secundaria, activista de RQTR e investigador en la Universidad Complutense de Madrid, ha dejado constancia de este cambio: «En varias entrevistas realizadas a familias, aparece una coincidencia y es subrayar el hecho de que el carácter de sus hijos e hijas había cambiado drásticamente una vez que habían podido expresar cómo se sentían y habían recibido el apoyo. Todas coincidían en que antes del apoyo, sus hijos e hijas eran retraídos, tímidos, irascibles, pasivos e incluso solitarios. Una vez que han podido mostrar su expresión de género y vivirla libremente, se han vuelto más abiertos, sociales, comunicativos y extrovertidos. En suma, el apoyo y la aceptación suponen un cambio trascendental, que pasa por la relación que se establece entre los miembros de esas familias» (2014, 51). Nadie tiene derecho de poner ningún tipo de reparo a esta transformación.

Cuando se habla de disforia en una niña o un niño transexual, solo quiere decir que el menor siente malestar con sus órganos sexuales, con sus genitales. Y es posible que alguno de ellos haya sentido ese malestar. Incluso será posible que algunos lo tuvieran de una manera leve, pero hay que tener en cuenta que estos niños y niñas ya han sido educados con los valores del binarismo, los valores de la sociedad en la que nosotros vivimos y que no son precisamente los que favorecen el bienestar de estos menores. Refiriéndose a los menores Raquel (Lucas) Platero escribe: «Son menores que crecen en espacios donde tienen que esconder lo que sienten, lo cual puede facilitar que aparezcan signos de ansiedad, enfado, hiperactividad, angustia, que a su vez repercutirán en su rendimiento escolar, clima familiar y su entorno social» (2014, 55).

Cuando el niño ha dicho «yo soy una niña», los padres le han repetido muchas veces «tú no eres una niña, tú tienes un pene». Y cuando la niña ha dicho «yo soy un niño», los padres se han esforzado también en decirle que «no es un niño, que tiene una vagina». A nadie debe extrañar que estos menores hayan interiorizado que sus órganos genitales no se corresponden

con su identidad sexual. Si lográramos aislar a unos niños y unas niñas transexuales antes de haber recibido contagio de la ideología de género y sin haber recibido el sentimiento de culpa que adquieren ante sus genitales y su propia identidad, si pudiéramos alejarlos del centro de la presión y los aisláramos de todos los tópicos y los estereotipos, estos niños y niñas aceptarían con absoluta naturalidad que existen hombres que tienen vagina y aceptarían con absoluta naturalidad que hay mujeres que tienen pene.

Las niñas y los niños transexuales no presentan ningún problema médico, psicológico o psiquiátrico. Los problemas que se les pudieran presentar guardan relación con la sociedad que no los admite y los excluye, los segrega y los estigmatiza. La aparición de cualquier patología es meramente ocasional y accidental. No hay ninguna patología que se pueda unir de una manera intrínseca con la transexualidad en forma de comorbilidad propia.

La cuestión estriba, como hemos defendido anteriormente, en reconocer que no hay disforia *per se*. No todas las personas transexuales tienen disforia, ni todas la padecen de la misma forma. Puede presentarse a distintos niveles y en distintas etapas de la vida. Nunca hay normas establecidas para considerar el rechazo o la aceptación, no ya del cuerpo ni de los genitales, sino de la propia vida. Pero nunca esos niveles de rechazo y malestar proceden de sí mismos.

Evidentemente, puede existir malestar y rechazo en los niños y niñas a los que se les opone la barrera de la norma cissexista y se les exige de forma irracional que sean lo contrario de lo que son. En la Web de Chrysallis he leído a una madre que decía que su hijo había sentido una fuerte disforia cuando era tratada como una niña, pero que había dejado de tenerla cuando lo aceptaron como el chico que es. No deja de ser una forma de darle la vuelta a la cuestión. Es verdad que la disforia se agudiza en la adolescencia, cuando empiezan a consolidarse los caracteres sexuales secundarios. En algunas personas transexuales puede llegar a ser extrema, y en otros, en cambio, no aparecer. Se pueden dar casos de adolescentes que se acepten sin ningún tipo de problemas y el de otros que sientan asco de tocar sus propios genitales. Sin embargo, nunca depende de condiciones intrínsecas, no es *per se*. Como he dicho anteriormente, no tiene por qué darse la falta de correspondencia ni el conflicto entre la identidad sexual y los genitales, sino entre la identidad sexual asumida por el individuo y la presión que ejerce la sociedad desde los sistemas normativos. En algunas personas transexuales se ha dado el deseo profundo y poderoso de que desaparezca o se le caiga el pene, de dañárselo o de cortárselo, e incluso se han producido tendencias autolíticas. En algunos casos se puede dar un odio exacerbado hacia sus genitales. Pero no deja de ser una casualidad que, cuando es más intensa la disforia y el sufrimiento, sea en la adolescencia, justo en el momento en que se agudiza el proceso de la masculinización.

La incongruencia no se da entre el género vivido y expresado con el género asignado, sino que posiblemente los especialistas que han introducido este término en el DSM se han olvidado de un tercer plano, absolutamente necesario para poder comprender el fenómeno de la disforia, el género público e idealizado de la norma, la presión exacerbada de la sociedad.

La presión social es tan poderosa que algunos transexuales han desarrollado una especie de yo interior, que hacen coincidir con una identidad verdadera y que la oponen a la apariencia errónea y equivocada de su cuerpo, de una identidad que funciona por encima de la corporalidad y del sexo. El problema de la transexualidad significa para estas personas que solo valoran la apariencia del cuerpo para armonizarla con esa identidad interiorizada, pero con una interioridad en la que solo se alcanza a reconocer lo masculino y lo femenino, el hombre y la mujer, el niño y la niña, es decir, el modelo impuesto desde la cisnormatividad.

LA TRANSEXUALIDAD INFANTIL

Cuando hablamos de transexualidad infantil, nos referimos a una etapa de la vida humana en que la persona es más vulnerable y tiene menos mecanismos de defensa. Es muy difícil plantear la posibilidad de construir una teoría acerca de la transexualidad en la infancia porque las niñas y los niños son considerados como seres sin conciencia, sin responsabilidad y sin agencia, es decir, meros apéndices de los padres y las madres. Uno de los problemas que se suelen usar para argumentar en contra de la aceptación de la transexualidad en la infancia es que en los primeros años de vida es prácticamente imposible saber si los niños serán gays, lesbianas o trans (Platero, 2014, 50). Y, en realidad, no se trata de saber qué serán, sino si se puede conocer de una manera simple su identidad. Lo que resulta muy difícil de entender a los especialistas, psicólogos, psiquiatras, e incluso a algunos activistas transexuales, de entre los que rechazan las identidades fijas, esencializadas y naturalizadas, es que los niños y las niñas puedan tener conciencia de su identidad a una edad tan temprana, porque piensan que todavía son inmaduros (Platero, 2014, 55). Otro problema que ha impedido tener un conocimiento adecuado acerca de la transexualidad en la infancia es el hecho de que, a pesar de las teorías freudianas, se haya creído que en esa etapa de la vida no hay conciencia sexual ni de género.

Al establecer los criterios para definir la transexualidad en la infancia tanto en el DSM como en la CIE se hace a través de dos características fundamentales: se reconoce a través de la identificación acusada y persistente con el otro sexo, además de presentar un malestar persistente con el propio. Y, además, es necesario tener en cuenta que esta alteración no puede coexistir con una enfermedad cromosómica, es decir, con la intersexualidad. Es más,

los criterios que proporcionan los especialistas que elaboraron el DSM y la CIE para identificar la transexualidad infantil responden a los estereotipos más acusados de sexo y género. Distinguen de una forma muy clara al niño y la niña, indicando la ropa, los rasgos y los juegos que han de asumir cada uno de ellos con los tópicos más recalcitrantes. Tal como hace la propia sociedad, se basan en un sistema de ordenación del sexo y el género binario, dicotómico y dualista estableciendo rasgos muy marcados, e incluso contrapuestos para cada uno de los dos sexos.

La definición de la transexualidad del DSM se mueve entre la existencia de dos sexos, el «propio» y el «otro», el hombre y la mujer, lo masculino y lo femenino, la niña y el niño, en el marco de un sistema dualista y binario en el que se excluyen las identidades diversas y fluidas. Trinidad Bergero, Susana Asiain e Isabel Esteva escriben: «Hemos comprobado que la transexualidad, tal y como se aborda en la biomedicina, tiene un marcado carácter occidental y es una transexualidad definida por la medicina en relación con un modelo dicotómico de identidad de género» (2013, 129-130).

El discurso biomédico ha establecido la transexualidad como un trastorno en el proceso de la diferenciación sexual. Lo normal es que a la formación del sexo cromosómico, gonadal y genital le siguiera el desarrollo de dos vías posibles, las de los dos sexos que existen en el modelo dicotómico de las sociedades occidentales. El trastorno y el problema de la identidad se producen cuando al curso normal que se inicia con el sexo cromosómico, gonadal y genital no le sigue el proceso de la diferenciación sexual correspondiente del cerebro, sino que se cruza con el otro sexo. Esto quiere decir que en el periodo fetal o perinatal, después de haberse formado el sexo cromosómico, al cariotipo XX al que le habrían de corresponder las gónadas y los genitales femeninos, sin saber por qué se produce la formación del sexo cerebral masculino. O que al formarse el sexo cromosómico y corresponderle un cariotipo XY, al que le habrían de seguir las gónadas y los genitales masculinos, se forma el sexo cerebral femenino.

Hay dos modelos absolutamente distintos, e incluso contrapuestos, para interpretar este fenómeno. Desde el modelo biomédico, que es binario, el paso desde la séptima o la octava semana en la que se forma el sexo cromosómico, gonadal y genital, hasta seis semanas después en que se forma el sexo cerebral se entiende como un trastorno en la diferenciación sexual, una falta de armonía o de correspondencia entre el primer nivel y el segundo nivel de la diferenciación, porque se entiende que siempre que se dé el cariotipo XX ha de darse una mujer con los genitales femeninos, mientras que al cariotipo XY le ha de seguir un hombre con los genitales masculinos. Sin embargo, no hay ningún trastorno de la diferenciación. La naturaleza no solo genera personas que se pudieran adscribir a cualquiera de los dos sexos,

sino a una cantidad indefinida de sexos y de identidades posibles y diversas. En el modelo sociocultural se defiende la posibilidad incontrovertible de la diversidad sexogenérica y se puede entender que la naturaleza produce de una forma espontánea el abanico amplio de las identidades, e incluso es un modelo en el que no habríamos de distinguir la naturaleza generizada de los genitales, eso quiere decir que el pene no tiene que ser masculino; ni la vulva y la vagina, femeninas.

Por tanto, ni en la infancia ni en la vida adulta hay una falta de correspondencia entre el sexo y el género, ni una incongruencia entre el género vivido y el género asignado. Lo que se produjo al nacer fue un error en la asignación. La sociedad a través del sistema médico asigna el sexo a los recién nacidos a la vista de los genitales. A nadie se le ha ocurrido hasta ahora esperar para asignar el género de la niña o del niño hasta que tuvieran la capacidad de expresarse y decirlo. No sé si a alguien en la administración se le habrá ocurrido que es el momento para esperar antes de atribuir el sexo a la persona que acaba de nacer. Pero es evidente que el sexo y el género han de ser asumidos por el menor de forma autónoma. Nadie necesita a ningún psicólogo ni psiquiatra que lo diagnostique o lo evalúe. Las normas sociales de ordenación del sexo y el género deberían ser abiertas y flexibles para permitir que todas las personas pudieran reconocer su identidad sin ningún problema y que, en caso de error, las personas transexuales pudieran cambiar su identidad de la forma más sencilla posible.

Tal vez tendríamos que considerar un avance la definición que hace el DSM-5 de la transexualidad, pero no lo hacemos. Abandonar el concepto de trastorno de la identidad de género, para considerar la transexualidad como una incongruencia entre el género vivido y el género asignado no supone apartarse de la patología. En la identidad de cualquier persona transexual no existe ninguna falta de correspondencia entre el género sentido y los genitales o el género asignado. No existen ni la incongruencia ni el malestar que caracteriza la disforia de género.

Hay una cierta tendencia muy generalizada, extendida entre psicólogos clínicos y psicoterapeutas especializados en género con experiencia e incluso entre personas transexuales que ponen en duda la posibilidad de que exista la transexualidad infantil, que se considere como un simple problema de la identidad y que, sobre todo, se difumine entre los menores variantes de género.

Félix López Sánchez escribe: «Nos parece discutible si se debe mantener o no este diagnóstico (problemas de identidad de género en la infancia) porque no conocemos cuál es la causa y porque, en el caso de la infancia, es una manera de etiquetar, y con frecuencia estigmatizar, a los menores» (2013b, 144). Parece claro que prefiere evitar el término transexualidad. Pero no se trata de dar un diagnóstico. Es una realidad. Hay madres que

prefieren hablar de su hija o su hijo transexual como una niña o un niño, evitando así la caracterización de transexual. Se produce un rechazo del propio término referido a su hija. Sin embargo, hay muchas familias, y con ellas sus hijos e hijas, que aceptan con absoluta naturalidad e incluso con orgullo la transexualidad.

El problema de raíz no es que el diagnóstico pudiera estigmatizar, sino que las personas transexuales, incluidos los niños y las niñas transexuales, no necesitan que se les diagnostique. La transexualidad no es una cuestión médica. El problema, si lo hay, es social, cultural y político. Y tampoco es un problema. El problema lo tiene la sociedad que sistemáticamente ha marginado, excluido y estigmatizado a las personas transexuales, que se ha empeñado en medicalizar y patologizar la transexualidad.

A muchos psicólogos les ha gastado una mala pasada el fantasma de la reversión. Les ha influido hasta el punto que han creído conveniente, como hace Ana Gómez, aconsejar a los padres y las madres de estos menores que adviertan a sus hijos e hijas de que la aventura en la que se adentran no es una aventura irreversible, sino una mera exploración. Lo que debería explicarnos la psicóloga es qué pensarán los especialistas, y ella misma, cuando descubran que lo que consideraban una simple exploración por los jardines del género se ha convertido en una identidad transexual irreversible de las niñas y niños desde una edad muy temprana y les ha proporcionado a esos menores una tranquilidad, una confianza y una alegría tan grande que ha logrado cambiar su vida de una forma radical. Lo que debería pensar es qué dirá cuando descubra que ha defendido de forma injustificada una idea procedente de encuestas mal realizadas y sobre definiciones mal planteadas porque el campo sobre el que se realizaban no estaba bien delimitado.

En estas teorías se ha diluido el fenómeno de la transexualidad en la infancia, porque han conseguido introducir la sospecha de una discontinuidad indemostrable entre la variación de género y la ruptura de normas de género en la infancia y la transexualidad en la adolescencia y en la vida del adulto. Ana Gómez, en clara sincronía y consonancia con los trabajos de Zucker, Wallien, Cohen-Kettenis y López, escribe: «Acorde a la literatura existente, en la mayoría de ellos, la disforia de género desaparecerá antes, o al principio de la pubertad. Las investigaciones afirman que la disforia de género durante la infancia no siempre continúa» (Platero, 2014: 135). Hay que puntualizar varias cuestiones que son fundamentales: en primer lugar, y aunque sea reiterativo, negar la posibilidad de que se identifique la transexualidad con la disforia de género haciendo gala de un lenguaje patologizador; en segundo lugar, no tiene sentido que crea haber conseguido un fundamento sólido para sus tesis con las referencias a unas investigaciones sin haber pensado en la posibilidad de que esas investigaciones solo sean unas

estadísticas desafortunadas que la Unidad de Identidad de Género del Clínic de Barcelona y del Hospital Universitario Ramón y Cajal ya han puesto en duda y creen necesario revisar; y, en tercer lugar, afirmar de la forma más clara posible que la identidad sexual y de género de estos niños y niñas se suele desvelar en una edad muy temprana y que suele existir una continuidad entre la transexualidad infantil y la transexualidad en la adolescencia y en la vida adulta.

Es verdad que no todas las personas transexuales han seguido el mismo esquema de desarrollo con una vivencia clara desde la infancia y que muchos solo han tenido conciencia de la transexualidad al llegar a la vida adulta. En cambio, muchas personas transexuales adultas reconocen haber sentido una identidad especial desde muy pronto, aunque no hubieran sabido identificar qué les pasaba. Es más, ninguna de estas experiencias es motivo suficiente para negar y eliminar los datos que aportan los niños y niñas transexuales que han alcanzado una conciencia muy clara de su identidad a una edad muy temprana.

Hay muchas personas a las que les extraña que una niña o un niño tengan una conciencia tan clara de su identidad sexual desde tan pronto. Y no es algo tan extraño. Lo raro sería que no la tuvieran. El principal testimonio de este fenómeno lo tenemos a través de los niños, las niñas y sus padres. Es más, a cualquiera que se dedique a investigar sobre la transexualidad en la infancia no se le debe pasar por alto la experiencia de tantos menores que han expresado de múltiples formas su identidad sexual. Este tiene que ser el verdadero punto de partida para cualquier interpretación que pretenda ser rigurosa.

Una de las razones o creencias sobre la que se fundamenta la posibilidad de la negación de la conciencia de la transexualidad infantil desde los primeros años de vida proviene de la posición que niega que las raíces biológicas determinen la identidad sexual, así como de las ideologías de género que no aceptan las identidades sexuales como entidades esencializadas y naturalizadas. Por ejemplo, Cristina Garaizábal, psicóloga clínica y psicoterapeuta especializada en terapias de género, nos convoca a «combatir el determinismo que hoy impregna de manera mayoritaria muchas teorías psicológicas y ver la identidad de una manera más fluida, menos monolítica» (Platero, 2014: 121).

Y aun estando de acuerdo con que hay identidades que no son monolíticas sino que son flexibles y fluidas, no creemos que sea necesario renunciar a las interpretaciones biológicas acerca del origen de la transexualidad. Cristina Garaizábal es especialmente injusta con las familias al responsabilizarlas de considerar como transexualidad lo que posiblemente no lo fuera: «Los padres y las madres que tienen criaturas que no se sienten identificadas con «lo normal», con lo normativo, se llenan de angustia y también muchas veces de culpa. Y esta angustia les lleva a buscar una nueva etiqueta que

les tranquilice y les permita saber qué hacer a partir de ese momento» (Platero 2014: 120).

No se trata de un capricho ni una decisión arbitraria de los menores, ni de los progenitores. No es una veleidad repentina. Conozco la carta de un niño a su padre en la que le escribe: «Que soy un chico y que he nacido así, que yo no lo he elegido». Y se lo dice para que lo acepte y no siga llamándolo por el nombre de niña. Lo más seguro es que no sea un estado pasajero. No se puede creer de un modo acrítico en la posibilidad de la reversión. La flexibilidad y la fluidez tienen un límite. Los términos en que se expresa Cristina Garaizábal son muy claros: «Debemos trabajar con el entorno del menor y explicar que los comportamientos de niños y niñas que se saltan las normas asociadas al género que les ha sido asignado son normales y forman parte de la curiosidad, de la necesidad de explorar y experimentar propias de los primeros años. Que un niño quiera disfrazarse siempre de «Caperucita Roja» o le guste jugar con muñecas no significa nada en relación a una futura transexualidad u homosexualidad» (2014, 121). Y lleva razón al afirmar que esos cambios de rol, que un niño se vista con ropa niña o que a una niña le gusten los juguetes de niño no es señal inequívoca de ser homosexual o transexual. Sin embargo, no se puede reducir y encerrar a todos los niños variantes de género en una misma categoría. Dejar las conductas de variación de género solo a un gusto por experimentar y jugar no responde a las necesidades de las niñas y los niños que muestran una identidad sexual muy clara en contra del sexo y el género que les asignaron al nacer.

Los menores transexuales tienen muchas maneras de afirmar su identidad, de mostrar el descontento y el malestar de que se les trate conforme a un género que no es el suyo. La realidad insoslayable es que los niños y las niñas transexuales piden, reclaman y exigen con insistencia que se les trate conforme a su sexo y su género asumidos y no conforme al que les asignaron al nacer. En un Congreso de Psicología que trataba sobre problemas de género, Cristina Palacios, madre de una niña transexual de ocho años y trabajadora social, dice: «Desde que mi hija es capaz de sostenerse de pie, siempre se ha vestido de niña o de mujer. Nada más llegar de la guardería lo primero que hacía era quitarse la ropa de niño y se ponía como podía ropa y zapatos de su mamá, las joyas, las gafas de sol y, sobre todo, una toalla en la cabeza a modo de melena». Es más, marcaba muy bien los roles de género desde muy pequeña: «Cuando íbamos a una tienda de juguetes solo se acercaba y se le iluminaban los ojos con las muñecas, y no con cualquier muñeca, solo con las Barbies, La Sirenita, Cenicienta, es decir, muñecas con rasgos femeninos muy marcados».

Para identificar la transexualidad en la infancia hay un dato incontestable: los niños y niñas a los que nos referimos hablan de sí mismos en

masculino o femenino, es decir, en conformidad con el sexo y el género asumidos, a pesar de que se les haya socializado desde que nacieron en el sexo y el género contrarios. Hay niñas y niños que se imaginan en el futuro viviendo de acuerdo a su sexo sentido y se identifican con los personajes que ven en los cuentos, justo los personajes que ellos y ellas creen que encarnarán cuando sean mayores, una manera de demostrar su identidad. Sobre estas proyecciones podemos escuchar las palabras de Cristina Palacios: «Cada día que papá le contaba un cuento antes de dormir, ella siempre decía que era la protagonista femenina, y que cuando de mayor fuera mujer, le pasarían todas las cosas que ocurrían en esas historias». Un hombre transexual de treintaidós años, que ha hecho la transición a los treinta y mientras tanto había llevado una vida como una mujer lesbiana con pareja, reconoce que no se veía en el futuro como una mujer, que no soportaba la idea de pasar toda su vida como mujer. A pesar de haber tenido conciencia de su transexualidad muy tarde, desde joven había proyectado la imposibilidad real de permanecer como mujer durante todos los años que le quedaban que vivir.

Cada vez hay más niños transexuales que se están educando como tales en el marco de la diversidad. Un niño de tres años con una hermana transexual pone el dedo en la llaga cuando después de explicar en clase la profesora la diferenciación sexual con los dos sexos, le pregunta extrañado a su profesora dónde está «el otro». Es decir, no termina de comprender que solo existan hombres con pene y mujeres con vulva y vagina, porque en ese modelo se deja fuera a su hermana, porque en ese sistema no hay ninguna figura que represente a una persona a la que él conoce y quiere.

No resulta comprensible que especialistas en el tema crean que los niños y las niñas no puedan tener conciencia de su identidad. Los datos que nos suministra la realidad son incontestables. Un niño de dos años le dice a su madre que no le haga coletas ni le ponga trabas en el pelo porque es un niño; y este mismo niño, cuando tiene cuatro años, le dice a su madre que es un niño sin pene. Hay una niña de diez años que no se identifica con ninguna estrella del cine o de la canción, sino que se quiere llamar Cambrollé de apellido por la presidenta de la Asociación de Transexuales de Andalucía (ATA). Un día le pregunté por qué se quería llamar Cambrollé de apellido y me contestó rápido y de forma espontánea: «Porque es nuestra presidenta». No sé si esto les parecerá a los psicólogos que se interesan por este fenómeno un índice claro de tener una conciencia de la identidad y una conciencia de ser transexual.

En el discurso biomédico se suele identificar de una forma estereotipada lo masculino y lo femenino, el hombre y la mujer, el niño y la niña, la heterosexualidad y la homosexualidad, como identidades monolíticas y estables. Se tipifican los genitales como masculinos y femeninos. El problema es que

hay identidades dentro de la diversidad que no encajan en el esquema estrecho de la dualidad y del binarismo. En contra de la lógica excluyente del modelo binario de la biomedicina, es necesario plantear la transexualidad en los términos de la diversidad sexogenérica para evitar la idea de un cuerpo equivocado o del paso de un sexo al otro. Es en este ámbito en el que se han desarrollado los tópicos de la mente de mujer en un cuerpo de hombre o una niña con genitales de niño.

Habría que hacer especial hincapié en que el hombre y la mujer no se oponen con rasgos contradictorios, que el sentido de la diversidad nos obliga a considerar que existen distintos tipos de hombres y mujeres cissexuales; que hay mujeres con pene y hombres con vulva y vagina; que de la misma forma que los genitales no determinan el género, el género tampoco determina los genitales; que no se puede seguir hablando de niños con genitales de niña o de niñas con genitales de niño, porque no hay genitales masculinos ni femeninos, a pesar de que en la práctica de muchos siglos se haya repetido hasta la saciedad y se haya establecido como una creencia absolutamente cierta.

Contra las prevenciones de algunos psicólogos de evitar el término «transexualidad», Cristina Palacios defiende de forma contundente: «Una vez detectado un caso de transexualidad infantil, los psicólogos tienen la obligación, si me lo permiten, de llamarlo por su nombre, sin miedo». Y un poco más adelante: «Ustedes han de entender, y han de hacer entender también a los padres, que sus hijos tienen el derecho a desarrollar su personalidad de manera libre, y que es el propio menor quien debe decidir con el respaldo necesario cómo quiere ser. Ni la sociedad, ni el Estado, ni siquiera sus padres pueden decidir por él». La identidad sexual es una cuestión de autonomía y autodeterminación. Solo la persona puede decidir acerca de su identidad.

Además de depender la identidad de las raíces biológicas, lo que ha logrado crear un fenómeno similar en distintas sociedades y se manifiesta desde una edad muy temprana, también depende de los patrones culturales que los niños y las niñas asumen desde muy pronto. A nadie debe extrañar que los menores conozcan los roles de género desde los primeros años de vida. De la misma manera que un niño de menos de tres años demuestra que conoce las reglas de la gramática cuando dice «yo sabo» en lugar de «yo sé» o «yo cabo» en lugar de «yo quepo», los niños y las niñas transexuales a esa misma edad tienen la capacidad para conocer las normas de género, y pueden decir «guapo» en lugar de «guapa», «la niña» en lugar de «el niño».

Es posible que el menor no tenga capacidad legal para tomar ciertas decisiones, pero desde luego tiene capacidad y autonomía para definir su identidad. Nadie más que la niña o el niño saben lo que sienten, cómo se sienten, quiénes son y cuál es su identidad sexual. Como dice Raquel (Lucas) Platero, «para los menores puede ser muy frustrante que las personas adultas

no seamos capaces de reconocer estos intentos comunicativos, que a menudo aparecen como un malestar difuso, poco articulado o se hace tangible en los problemas de conducta y desde el conflicto» (2014, 115). Nadie, ninguna persona, ni la familia ni ninguna otra institución, se puede arrojar el derecho de negar su sexo sentido. Los adultos solo pueden acompañarlos en la búsqueda y el desarrollo de su identidad. Y cuando hablamos de acompañamiento, que es uno de los términos básicos referidos a la intervención con los menores transexuales, solo nos referimos a apoyarlos, educarlos, conducirlos y a colaborar en la búsqueda del ámbito donde se han de encontrar y desarrollar a sí mismos.

Solo los niños y las niñas transexuales tienen la capacidad para tomar decisiones que son fundamentales para su vida y para desarrollar su personalidad. Ninguna persona, profesional o institución, tiene el derecho de reprimir, corregir, castigar o modificar su identidad. Intentar negar, reprimir, modificar la identidad vivida y sentida por un menor significaría atentar contra su integridad. Félix López escribe: «Cualquier otra intervención que no respete su auténtica identidad debe considerarse una agresión intolerable que atenta contra los derechos básicos de la persona» (2013, 147). Las cuestiones relativas a la identidad sexual no responden a ninguna proclividad, a ninguna tendencia ni deseo, sino que responde a una necesidad del ser, a un derecho inalienable de ser y expresar su identidad de género. Y un poco más adelante afirma: «Los padres que no acepten la identidad de sus hijos menores y las instituciones que no acepten la identidad sexual de los menores deben ser considerados penalmente maltratadores. Cambiar la legislación penal es, en este sentido, prioritario» (2013, 148).

CONDICIONES DE LA INTERVENCIÓN

El sistema clínico ha intentado justificar que solo al amparo de la medicina la transexualidad ha podido alcanzar un cierto prestigio social. O dicho de otra forma, que se ha dado un gran avance en la consideración de la transexualidad desde que empezó a considerarse una enfermedad y un trastorno, que solo se puede conocer y mejorar el trastorno de la identidad de género desde los parámetros de la clínica. Sin embargo, en el devenir de las últimas décadas, se ha demostrado de forma muy clara cómo ha envejecido el modelo biomédico hasta llegar al colapso. Ha quedado de manifiesto que solo se avanzará en la consideración de la transexualidad cuando se suspendan los esquemas del sistema clínico y se asuma el respeto por la igualdad de las personas y los derechos humanos.

Sobre el tema de la transexualidad infantil, la Asociación de Familias de Menores Transexuales acaba de emprender una aventura histórica. Chrysalis se plantea como una tarea fundamental cambiar el tratamiento que se

había dado a los menores transexuales y se ha de plantear el cambio en la consideración de la diversidad sexogenérica.

Los profesionales que se quieran implicar en las tareas del acompañamiento de los niños y niñas transexuales han de cambiar la forma de acercarse a los menores y sus familias. Basta con que haya cambiado la disponibilidad de la familia de los menores para que la situación sea absolutamente distinta. No van a encontrar personas destrozadas por el dolor y el sufrimiento. No se han de acercar con la idea de que solo han de orientar y encauzar, sino con la conciencia clara de que podrán interactuar con ellos, que encontrarán entre los familiares más cercanos una información básica y valiosa.

Veamos el juicio de un experto. En el artículo de Félix López podemos leer: «En estos casos, una buena información a los padres y a la escuela para que no castiguen a los menores que no aceptan su orden biológico, con apoyo a ese niño o niña como «persona», a la vez que se siguen estrategias de espera, nos parece lo más adecuado» (2013b, 144). Merece la pena comentar una cita en la que se une, por una parte, el acierto de condenar que se niegue, corrija o castigue a los menores para cambiar su identidad, con la equivocación, por otra parte, de recomendar que se dé información a los padres con un tono un tanto paternalista, así como confundir a las familias, a los menores transexuales y a los profesionales que se pudieran encargar del tratamiento haciéndoles creer que aceptarlos tal cual y permitir que desarrollen abiertamente su identidad puede ser una estrategia equivocada.

En primer lugar, los padres y las madres han de estar abiertos a recibir información interesante y relevante de los profesionales que dispongan de conocimientos para hacerlo, pero los profesionales han de estar abiertos también a oír y recibir información cuando los padres dispongan de ella. En segundo lugar, no debería referirse a los niños y a las niñas transexuales como «menores que no aceptan su orden biológico». No es verdad. El sexo cerebral es tan biológico como el sexo cromosómico, gonadal y genital. Los niños y las niñas transexuales tienen su identidad a la que van unidos sus propios genitales. Y, por último, aunque lo dejaremos para más adelante, no tiene ningún sentido proponer la «espera» como la estrategia más recomendable.

Debe quedar claro que una gran mayoría de niñas y niños transexuales no necesita el acompañamiento de los psicólogos para definir su identidad. Posiblemente les haga falta a algunos padres, no a todos, pero no a los niños ni a las niñas, que conocen su identidad sexual con una claridad meridiana. Los progenitores lo único que han de hacer es aceptarlos, quererlos, apoyarlos y acompañarlos, pero son los menores los únicos que pueden asumir su identidad, sin necesidad de nadie que los diagnostique o los clasifique.

Por lo que conozco de esta asociación se ha demostrado que los padres y las madres se preocupan del acompañamiento de sus hijos e hijas, de su

cuidado y educación, con plena dedicación y alegría, en contra de todos los obstáculos que proceden de las instituciones sociales, de la medicina, de los centros escolares, de psicología, la psiquiatría y de las distintas organizaciones relacionadas con la justicia.

Me gustaría advertir a los profesionales que vayan a intervenir de alguna forma en la problemática de la transexualidad en la infancia que se despojen de todos los prejuicios y los tópicos, como la disforia, el malestar y el sufrimiento, que puede haberlos, no digo que no, pero todo el que tenga que trabajar algún día con el fin de ayudar a estos menores piense que se va a encontrar con niños y niñas fuertes, alegres, con unos niveles de autoestima y de empoderamiento muy altos.

En la actualidad coexisten dos modelos absolutamente distintos para conocer y tratar la transexualidad en la infancia. Los programas de intervención dentro del modelo biomédico y el modelo sociocultural de los familiares de Chrysallis, dos modelos que son absolutamente distintos. En el primero, se aconseja la estrategia de la espera, que hagan una vida doble, que solo se les permita vivir conforme a su género sentido en el seno de la vida familiar, pero que sigan llevando una vida de acuerdo al género asignando al nacer, que tengan paciencia hasta que lleguen a la adolescencia y que solo cambien el nombre al final del largo proceso de la transición social. Cristina Palacios, una madre gallega de Chrysallis, contestaba rotunda: «¿Esperar a qué? ¿A qué se le pase? ¿Esperar a que cambie, porque la presión de la sociedad es más fuerte que su deseo interno de ser niña? ¿Esperar a que pierda su infancia siendo una niña infeliz? ¿Esperar a que la sociedad esté preparada para admitir a una niña transexual? Cuando se trata del bienestar y de la felicidad de un menor, no hay tiempo ni espera, y no intervenir puede causar daños irreparables de por vida a los menores transexuales».

En *El Faro de Vigo*, en el curso de una entrevista y reportaje, Cristina Palacios declara: «No podemos dejar que por nuestros miedos y prejuicios los niños sean infelices y pierdan su infancia y su adolescencia». Y en el mismo ejemplar de *El Faro*, Natalia Aventín dice: «A muchos padres les preocupa demasiado lo que pensarán sus vecinos o la gente del trabajo. Se quieren más a sí mismos que a sus hijos. Sin embargo, esto no es algo que puedas apartar. Cuanto antes se visualice y la sociedad entienda que existe, mejor calidad de vida tendrán los niños».

En realidad, las familias han creado un modelo absolutamente nuevo y distinto de acompañamiento de los menores transexuales al que se había establecido en las llamadas Unidades de Identidad de Género que siguen los criterios establecidos en los estándares internacionales. La tarea inicial de las familias es la de acompañar a las niñas y niños para que no se sientan solos y no se crean extraños, para aportarles una sobredosis de confianza y

seguridad, elevar su autoestima, alejar de sus vidas la culpabilidad y minimizar el efecto de la discriminación social.

Las intervenciones negativas tienen consecuencias nefastas. Tienden a fortalecer el sentido de culpa, bajan la autoestima, generan desconfianza y culpabilizan a los menores por sentir lo que sienten. La intervención y la ayuda ha de extenderse a todo el entorno de los niños y las niñas, a la familia y a los centros escolares. En el artículo publicado en *Trans*sexualidades* de Platero, Ana Gómez escribe: «La intervención debe ir orientada a facilitar la comprensión de todos los miembros, mediante la educación y reestructuración cognitiva, analizando las creencias y pensamientos de género sexistas y transfóbicos» (2014, 137). Y un poco más adelante expone cómo deben actuar los especialistas: «El apoyo terapéutico se desarrollaría con fines tales como la exploración, identidad, función y expresión de género; analizando el impacto negativo del estigma en la salud psicológica, aliviar el prejuicio y la transfobia interiorizada; la promoción de la resiliencia y principalmente el apoyo hacia la integración escolar, familiar y social» (2014, 139).

La propuesta de Cristina Garaizábal consiste en complementar la intervención trasladándola desde el campo del individuo hasta el nivel de su interrelación con la sociedad: «La intervención con el menor debe ir encaminada a legitimar sus gustos y deseos. Ayudarle a poner nombre a sus sentimientos y deseos y facilitar que se manifieste tal y como se siente, transmitiéndole que no hace daño a nadie y que, en consecuencia, sus sentimientos son legítimos. También es bueno reforzar sus aptitudes y habilidades sociales para que pueda defenderse de la transfobia que posiblemente sufre o sufrirá. En la intervención con el menor es fundamental descupabilizarle, no permitiendo que interiorice la transfobia social, situando el problema no en sus comportamientos sino en las reacciones y la respuesta social ante ellos» (Platero, 2014, 121).

Al afirmar que los niños y niñas transexuales necesitan el apoyo y acompañamiento de sus padres, lo que hacemos es excluir la necesidad de los cuidados médicos y psicológicos. Los menores no necesitan cuidados médicos hasta que cumplen los once o los doce años, es decir, en el inicio de la pubertad. Necesitan un cuidado muy especial de sus padres, de sus tutores, de los equipos de orientación en el colegio, e incluso el tratamiento libre por parte de la medicina y la endocrinología. Y cuando digo tratamiento libre, quiero decir que han de ser atendidos en un modelo clínico en el que sean ágiles las pruebas genéticas y hormonales para conocer cuándo se produce el inicio de la pubertad, que no necesiten ni el diagnóstico ni la evaluación de un psicólogo o un psiquiatra para poder acceder al bloqueo del desarrollo puberal o para continuar con un tratamiento hormonal cruzado cuando proceda.

Las familias han logrado crear un espacio vital de confianza y de seguridad para sus hijos e hijas. Estos menores no tienen por qué responder

a ningún problema médico ni psicológico. La que necesita la terapia es la sociedad. O dicho de otra forma, se necesita una terapia social para el entorno de los niños y las niñas. Cristina Garaizábal insiste en la necesidad de que se flexibilice y se dulcifique el ambiente en que viven los menores: «Por último, en relación a las escuelas, ludotecas y el entorno del menor, es importante la labor de flexibilizar las normas de género. Romper con la obligatoriedad de baños, juegos, habitaciones, vestuarios, etc., segregados en función del sexo. Permitir que la forma de vestir, de comportarse, los deseos, las actividades, los juegos, disfraces no estén marcados por si eres chico o chica. Igualmente es necesaria una labor activa del profesorado para formar al alumnado en el valor de la diversidad sexual y de género» (Platero, 2014: 121-122). Y casi inmediatamente después añade: «Estas intervenciones tienen que estar guiadas por la firme convicción de que la transexualidad no es una patología sino una forma más del desarrollo de la identidad de género, tan legítima como cualquier otra» (Platero, 2014: 121-122).

Los términos de la intervención social no son los mismos ahora que antes. El cambio producido en la consideración de la transexualidad infantil en los dos últimos años supone haber alcanzado la capacidad de que las familias no necesiten, como se cree en los planes de la psicología clínica oficial que se las oriente en cuanto al tratamiento que han de dar a la situación. En muchos casos, son los padres los que pueden orientar a los profesionales que los atienden. Tanto los psicólogos como los educadores y los trabajadores sociales han de ponerse al día con urgencia si no quieren quedar en fuera de juego.

En cuanto a la situación en que se encuentra la transexualidad en la infancia, se ha de reaccionar de una forma urgente contra una transfobia institucional e institucionalizada. Las familias han constatado aversión, rechazo, miedo, marginación y exclusión en muchas instituciones sociales, en un médico que se niega a dar un certificado o un informe positivo en relación a la identidad del menor, en un psicólogo que se atreve a tratar a un niño o una niña transexual sin los conocimientos adecuados, en las dificultades con profesores y directores de centros escolares, en que no se atiende a la necesidad de una educación que no se mueva en los mismos parámetros que el de los menores cissexuales, así como en las trabas burocráticas y legales que se les suele poner para conseguir el cambio de nombre y de sexo en el Registro Civil. Es fundamental que se consolide el respeto de los derechos de los menores transexuales. Además, la sociedad ha de responder ante sus necesidades escolares y sanitarias.

No soy la persona más adecuada para aconsejar cuáles habrían de ser las líneas maestras de la intervención en beneficio de los niños y las niñas transexuales. Pero creo necesario plantear en el seno de este congreso que son negativas y tienen unas consecuencias nefastas las terapias reparativas

de la identidad y todos sus sucedáneos. Sobre estas terapias Raquel (Lucas) Platero escribe: «Esta intervención reparadora facilita una interiorización negativa o «transfobia interiorizada», que genera su vez no solo una autoestima muy negativa, sino también facilita tener conductas autolesivas y un riesgo inherente de suicidio» (2014, 112). Estas terapias, y todas las acciones que se promueven en este sentido de negar y corregir, son terapias y actuaciones de una crueldad inaudita. No se obtiene ningún beneficio de ningún intento de intervención que suponga la más mínima posibilidad de reprimir o influir de forma negativa en el desarrollo de la identidad del niño o la niña. Cristina Palacios proponía: «Yo no soy psicóloga, pero mi poco juicio me dice que cuanto menos se reprima a los niños y a las niñas más felices y sanos crecerán. Es importante para el desarrollo de un niño sentirse aceptado y seguro».

Una parte de la intervención social ha de ir dirigida al entorno más cercano de los menores transexuales, a su familia si fuera necesario y a los centros escolares, que es un lugar básico para la educación y la formación de los menores. Todas las personas cercanas, familiares y profesionales, han de esforzarse por oír, comprender y andar junto a estos menores. El trabajo específico en los colegios puede ser fundamental para su educación.

En el marco del modelo educativo de las sociedades occidentales se han de incluir con urgencia programas de educación en la diversidad sexogenérica. No cabe duda de que los centros de enseñanza habrían de contar con equipos de orientación en los que los psicólogos, los pedagogos, los trabajadores y los educadores sociales habrían de jugar un papel clave en la educación y el acompañamiento de estos menores.

Las condiciones básicas del desarrollo de un niño o una niña transexual son la de ser queridos, aceptados, apoyados y acompañados por sus familias. Los menores que son acogidos favorablemente en el seno familiar ya han andado una parte considerable del trayecto. El trabajo que hay que realizar desde distintos campos de la sociedad es el de la acogida en los centros escolares, facilitar el respeto por parte de sus compañeros y arroparlos desde los grupos de amigos.

Todas las instancias de los centros escolares deben focalizar el trabajo en la atención a la diversidad. Y en este caso concreto, han de cuidar que a los alumnos y alumnas se les llame por los nombres que respondan a su identidad, que usen los baños y los vestuarios correspondientes, que sean atendidos de forma correcta ante el acoso y, por supuesto, disponer de un profesorado que pueda atender sus necesidades educativas, tanto académicas como personales.

Los efectos de un apoyo y un acompañamiento eficaces por parte de la familia suponen unos beneficios sorprendentes. Es interesante seguir atendiendo a la comunicación que hizo Cristina Palacios al Congreso de Psicología sobre género: «Si algo hemos constatado desde que mi hija ha

realizado el tránsito, es que ahora es más feliz, y eso porque ha dejado de sentir vergüenza por ser una niña, ha dejado de disimular lo que era en sitios como el colegio o el parque de la urbanización, ha dejado de llevar una doble vida, se ha despojado de sus miedos y ha dado un paso muy importante para empezar a ser la persona que siempre ha deseado ser». Y un poco más adelante añade lo importante que es el apoyo abierto y sin prejuicios de los profesionales bien formados: «Las familias, y sobre todo, los niños y las niñas transexuales deberían recibir el soporte y el refuerzo de los profesionales que como ustedes han de tener unos conocimientos y unas aptitudes en el área de lo social». No se trata de negar ni siquiera de corregir. Solo hay que apoyarlos y educarlos para que puedan encontrar, aclarar y consolidar su identidad.

BIBLIOGRAFÍA

- BECERRA, A. (2003). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*, Díaz de Santos, Madrid.
- CANO, G., ESTEVA, I. y BERGERO, T. (2006). «Reflexiones psicológicas sobre el proceso transexual mujer a hombre». En Gómez y Esteva, *Ser transexual*.
- ESTEVA, I. y CANO, G. (2006). «Trastorno de identidad de género en la infancia y adolescencia». En Gómez y Esteva, *Ser transexual*.
- FAUSTO-STERLING, A. (1998). «Los cinco sexos». En Nieto, *Transexualidad, transgenerismo y cultura*.
- GIDDENS, A. (1995). *Las transformaciones de la intimidad*, Cátedra, Madrid.
- GÓMEZ GIL, E. y ESTEVA DE ANTONIO, I. (2006). *Ser transexual*, Editorial Glosa, Barcelona.
- GOOREN, L. (2003). «El transexualismo, una forma de intersexo». En Becerra, *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (2013a). *Identidad sexual y orientación del deseo en la infancia y adolescencia*. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediátrica.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (2013b). «Identidad del yo, identidades sexuales y de género», en Moreno y Puche, *Transexualidad, adolescencias y educación*.
- MORENO, O. y PUCHE, L. (2013). *Transexualidad, adolescencias y educación: miradas multidisciplinares*, Egales Editorial, Madrid.
- NIETO PIÑEROBA, J. A. (1998). *Transexualidad, transgenerismo y cultura: Antropología, identidad y género*, Talasa, Madrid.
- NIETO PIÑEROBA, J. A. (2008). *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- PLATERO, RAQUEL (LUCAS), (2014). *Trans*sexualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- PUCHE, L., MORENO, E. y PICHARDO, J. I. (2013). «Adolescentes transexuales en la escuela. Aproximación cualitativa y propuesta de intervención desde la perspectiva antropológica». En Moreno y Puche, *Transexualidad, adolescencias y educación*.