



comunidad  
y justicia



La cuestión  
**trans**

Para una comprensión  
integral del debate



**La cuestión trans:  
Para una comprensión  
integral del debate**

Edición: Vicente Hargous F.

Ayudante de Investigación: Lucas Peñaylillo M.

Diseño: Alejandra Urzúa I.

**Comunidad y Justicia**

[contacto@comunidadyjusticia.cl](mailto:contacto@comunidadyjusticia.cl)

[www.comunidadyjusticia.cl](http://www.comunidadyjusticia.cl)

© Comunidad y Justicia 2024



**Si estás interesado en apoyar el trabajo  
que hacemos en Comunidad y Justicia y  
la publicación de documentos como este,  
¡contáctanos!**

[Visita nuestro sitio web >>](http://www.comunidadyjusticia.cl)



# Prólogo

Este trabajo se redactó\* para quienes estén interesados en comprender, con franqueza intelectual, la disforia de género y sus tratamientos. No se trata de un asunto fácil. En él se enredan problemas filosóficos, morales, políticos, médicos y psicológicos. Además, el debate se nubla por un ambiente tóxico en el que las ideologías campean por sobre la sensatez y la evidencia disponible. **El objetivo es abordar integralmente la “cuestión trans”,** sin ser un informe empírico exhaustivo y sin enclaustrar la discusión con un uso excesivo de tecnicismos filosóficos y psicológicos, de modo **que sirva de material introductorio a quienes deseen comprender el problema en su misma raíz –nuestro ser corporal, incluyendo nuestra dimensión sexual–,** pero con ciertos elementos de juicio que nos entrega la evidencia empírica.

¿Cuál es el motivo por el cual lo hacemos? Evidentemente, no podemos evitar asumir una perspectiva concreta. Y dicha perspectiva es un realismo filosófico, una objetividad ética y una antropología que reconoce la naturaleza humana como

algo dado, todo lo cual se condice con el sentido común. No se trata, desde luego, de “imponer” nuestra postura, pero sí de algo que reconocemos como verdadero y que no tendría sentido ocultar. Esta visión, además, es compatible con la evidencia empírica más sólida disponible hasta la fecha. Como se verá, los datos son coherentes con este conocimiento: nos dicen algo de lo que somos, y parece razonable interpretarlos como que apuntan a un **reconocimiento de la sexualidad como algo que se integra de modo necesario en la propia identidad,** como algo que configura de alguna manera lo que somos y estamos llamados a ser.

Siendo un texto de tales características, no pretende tampoco ser algo absolutamente novedoso en cuanto a sus partes, pero sí al menos una ayuda para quienes buscan introducirse al tema. La novedad que pretendemos apunta, así, a dar un enfoque integral del problema. Esperamos que esta mirada, que exponga brevemente distintos aspectos en torno al asunto, pueda servir de aporte para un debate serio y razonable sobre él en el espacio público.

Esperamos que esta mirada integral del tema, que expone brevemente sus distintos aspectos, pueda servir de aporte para un debate serio y razonable en el espacio público.

\* Este documento es fruto de un trabajo colectivo de años realizado en la Corporación Comunidad y Justicia, especialmente por los miembros que ha tenido su área de Investigación. Sin embargo, también han colaborado en él –directa e indirectamente– muchos pasantes, a quienes agradecemos su valiosa contribución, especialmente a Lucas Peñaylillo Morales, sin quien no habría sido posible realizar la labor de consolidación que permitió que este documento fuese publicado. Agradecemos también a Juan Pablo Rojas Saffie, por sus recomendaciones bibliográficas y orientaciones, y a Cristián Rodríguez Rodríguez, por revisar el texto y aportar con sus valiosísimas sugerencias.

# Índice

1. Un debate difícil en la sociedad actual\_3
  2. ¿Persona sexuada o un yo encarcelado en su sexo?\_7
  3. Psicología y diferencia sexual\_13
  4. Sexualidad humana y felicidad humana\_17
  5. Disforia de género como diagnóstico y sus causas\_22
  6. “Terapias” afirmativas: evidencia disponible\_28
  7. Conclusiones\_43
- Bibliografía\_47

# 1

## Un debate difícil en la sociedad actual

En el *Banquete*, Platón pone en boca de Aristófanes un discurso sobre el amor y la sexualidad, en el cual relata un mito para explicar el problema de la división sexual y de la atracción sexual:

*Tres eran los sexos de las personas, no dos, como ahora, masculino y femenino, sino que había, además, un tercero que participaba de estos dos, cuyo nombre sobrevive todavía, aunque él mismo ha desaparecido. El andrógino, en efecto, era entonces una cosa sola en cuanto a forma y nombre, que participaba de uno y de otro, de lo masculino y de lo femenino.*<sup>1</sup>

El comediógrafo cuenta que los hombres eran redondos, con dos rostros, cuatro brazos, cuatro piernas, y dos órganos sexuales. El hombre era, entonces, dos mitades unidas: unos eran masculinos, otros femeninos y otros andróginos. Pero los hombres, siendo muy fuertes y veloces en el combate, en su orgullo “conspiraron contra los dioses”, y por eso Zeus con un rayo los separó en dos, de modo que ahora cada mitad tendía a buscar su mitad faltante. La profundidad de este mito, a pesar de contener puntos que no compartimos<sup>2</sup>, muestra que Platón quería plantear un debate abierto sobre la conexión entre el amor, la atracción afectiva y la genitalidad. Y ciertamente en toda época se ha visto que existe cierta unidad entre estas cosas, lo que a su vez manifestaría que **la sexualidad no es algo indiferente respecto de la configuración personal**. Pero sobre todo, nos muestra la apertura con la cual era posible en aquella época tratar esta clase de problemas, con total libertad intelectual.

Todo esto en el *Banquete* forma parte de un gran diálogo, en el que los personajes muestran con transparencia sus visiones sobre el amor. Se trata, sin embargo, de un diálogo que hoy en día parecería imposible... Y si en nuestras comunidades políticas nos cerramos a ese diálogo probablemente sea porque no es la verdad lo que contiene el discurso dominante. Y así, no existe una participación en un *logos* común, pues no existe un auténtico diálogo ni una participación en una comprensión de la verdad. No en vano Aristóteles –al comienzo de su *Política*– señala que el *logos*, el discurso, el diálogo, y la verdad que en ellos se contiene son esenciales en la comunidad política: “la participación comunitaria [del sentido del bien y del mal, de lo justo y de lo injusto, y de los demás valores] constituye la casa y la ciudad”<sup>3</sup>. Hoy, tristemente, podemos decir que **hay temas acerca de los cuales no se puede hablar y quien osa levantarse contra el discurso establecido es “cancelado”**<sup>4</sup>.

Existe una conexión entre amor, atracción afectiva y genitalidad. La biología no es indiferente al amor ni a la propia identidad.

Disforia de género: malestar psíquico que afecta a las personas cuyo sexo biológico no coincide con el género con el que se identifican.

<sup>1</sup> Platón (†347 A.C.): *Banquete*, 189e. Utilizamos la traducción de C. García Gual, M. Martínez Hernández y E. Lledó Íñigo, en: Platón (1988): *Diálogos*, Vol. 3, Gredos, Madrid.

<sup>2</sup> Entre otros, aunque depende de la interpretación que se haga del mito, el postulado de una indiferencia originaria respecto del sexo (que no está muy alejado de lo que parece ser la escatología subyacente a ciertas teorías de género), cfr. Levet, Bérénice (2018): *Teoría de género o el mundo soñado de los ángeles*, IES, Santiago, pp. 110-111, y también el de la homosexualidad como algo que sería parte del origen (pues algunos tendían a buscar a una mitad de su mismo sexo).

<sup>3</sup> Aristóteles (†322 A.C.): *Política*, I, 1253a 12. Utilizamos la traducción de Manuela García Valdés, en: Aristóteles (1988): *Política*, Gredos, Madrid.

<sup>4</sup> Si bien la cancelación en el caso chileno no pasa de ser un reproche social muy fuerte, en países euro-

¿Cuál es el sentido de nuestra sexualidad?

“La mitad de las mujeres de su curso comenzaron a identificarse como hombres y ella tampoco quiere seguir siendo una niña”.

(Testimonio de la madre de una adolescente con disforia de género)

Uno de los temas más polémicos del mundo público actual en occidente es justamente aquél que se debatía en el pasaje citado de Platón: ¿Cuál es el sentido de nuestra sexualidad? ¿Hay una dimensión profunda de nuestra identidad que depende en mayor o menor medida de nuestra configuración corporal? ¿Cuál es la conexión que existe entre dicha identidad y el despliegue de los actos que podemos realizar con nuestra sexualidad? En particular, el problema planteado se vuelve polémico con la pregunta sobre qué significa ser mujer<sup>5</sup>. Asociado a ese tema se plantea el que nos convoca, que es el de la conveniencia o inconveniencia de los llamados **“tratamientos de afirmación de género”**, es decir, aquellas intervenciones psicológicas, psicosociales, farmacológicas y quirúrgicas dirigidas a dar a ciertas personas apariencia del sexo contrario a su sexo biológico y/o a quitarles la apariencia propia de su sexo biológico. La materia es tan sensible para muchas personas, que la sola definición que hemos dado probablemente no sea aceptada de buenas a primeras por ellas. Muchos prefieren hablar de “sexo asignado al nacer” en lugar de “sexo biológico”<sup>6</sup>. Probablemente se debatiría también que el resultado de los “tratamientos afirmativos” sea una mera “apariciencia”. Incluso, algunos probablemente argüirían que carece de sentido hablar de cierta “apariciencia propia de cada sexo biológico”<sup>7</sup>.

Se trata de algo de lo que es muy difícil conversar abierta y honestamente en nuestras sociedades. Como señala la dra. Hilary Cass –experta en la materia, a quien le encargaron la elaboración de un informe independiente sobre los “tratamientos afirmativos” en el Reino Unido–, **“a pesar de las mejores intenciones de todos los interesados en este complejo asunto, la toxicidad del debate es insólita”**<sup>8</sup>. Se trata, así, de algo difícil de comunicar. Y de este modo, la arista sentimental y los pseudoargumentos impiden la sola posibilidad

---

peos ya hemos visto casos en que un “discurso transfóbico” y otros “discursos de odio” incluso pueden llevar aparejadas consecuencias penales. Sobre la legislación de “discursos de odio”, *vid.*: Coleman, Paul B. (2012): *Censored. How European “Hate Speech” Laws are Threatening Freedom of Speech*, Kairos Publications, Viena, *passim*.

<sup>5</sup> Si tomamos como ejemplo el ejercicio del documental “What is a Woman?”, presentado por Matt Walsh y distribuido por *The Daily Wire*, veremos que la intensidad de la discusión es bastante agresiva, pero sobre todo que no parece haber realmente un diálogo entre los participantes de la misma. El documental muestra –no sin cierta dosis de acidez– las aporías de la ideología de género y del movimiento transgenderista.

<sup>6</sup> La terminología de “asignación de sexo” (*sex assignment*) es bastante común, de la misma manera que la de “reasignación”. *Vid.*, por ejemplo, Raveenthiran, Venkatachalam (2017): “Neonatal Sex Assignment in Disorders of Sex Development: A Philosophical Introspection”, *Journal of Neonatal Surgery*, Vol. 6, N°3, *passim*. También se usa esta nomenclatura, por mencionar documentación oficial, en las estadísticas del Gobierno de Canadá: “El sexo de nacimiento se refiere al sexo asignado al nacer. El sexo de nacimiento es típicamente asignado con base en el sistema reproductivo de una persona y otras características físicas”, Statistics Canada (2024): “Sex at Birth of Person”, disponible en <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=24101> (consultado el 11 de julio de 2024).

<sup>7</sup> Un ejemplo paradigmático de esta visión podría ser el caso de Judith Butler, cuya visión sobre el género se funda en una negación de la ontología según la cual existiría algo fijo, antes de la significación misma asignada (el género): “el cuerpo es un mero instrumento o medio con el cual se relaciona sólo externamente un conjunto de significados culturales. Pero el «cuerpo» es en sí una construcción, como lo son los múltiples «cuerpos» que conforman el campo de los sujetos con género. No puede afirmarse que los cuerpos posean una existencia significativa antes de la marca de su género”, Butler, Judith (2007): *El género en disputa*, Paidós, Barcelona, p. 58, las cursivas son nuestras.

<sup>8</sup> Cass, Hilary (2024): “Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People”, NHS England - NHS Improvement, p. 13, texto completo disponible en <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/> (consultado el 27 de mayo de 2024). En adelante, el informe será citado simplemente como “Informe Cass”, añadiendo a continuación la página referida. Las traducciones del informe son nuestras.

de debate al respecto. Se prefiere omitir términos incómodos, posturas que cuestionan el relato políticamente correcto o, incluso, el hecho de que no exista evidencia empírica suficiente sobre el impacto de los llamados “tratamientos afirmativos” en la salud de las personas. **¿Es acaso razonable realizar un acto que modifica directamente la genitalidad, o bloquear el desarrollo de un adolescente, sin tener siquiera certeza de si dicho “tratamiento” será beneficioso o perjudicial? ¿No tendría más sentido buscar soluciones basadas en la naturaleza, como en estos tiempos se ha buscado hacer en otras disciplinas?** Hay, por cierto, una gran incomodidad al tratar estos temas, pero tal vez ese es precisamente el problema: no se aborda integralmente la dificultad, y se opta por actuar a ojos cerrados, a pesar de estar en juego las vidas de miles de niños que padecen disforia de género.

Durante el gobierno de Gabriel Boric, sin mencionarlo la ley ni el reglamento, el programa de apoyo a la identidad de género Paig, “Crece con orgullo”, redujo la edad para recibir asesoría a los tres años y agregaron la obligación de usar el enfoque afirmativo.

Existe un relato dominante, según el cual los “tratamientos afirmativos” serían la mejor respuesta frente al drama que sufren los pacientes con disforia de género (incluso sin tener evidencia sólida “aún”, dirían), en algunos casos basándose en experiencias anecdóticas de ciertos pacientes que, al menos en el corto plazo, se ven tranquilos. Este relato posiblemente responde a múltiples causas, desde los intereses de farmacéuticas que proveen los insumos necesarios para los “tratamientos”, pasando por las raíces ideológicas de las teorías de género, hasta la confianza en estudios que en realidad carecían de una metodología adecuada. No es posible abordar en este espacio las causas de dicho relato –ni creemos que tendría sentido elaborar una teoría conspirativa que lo explique–, pero no cabe duda de que existe una conexión entre él y el discurso de las teorías de género y que, por otro lado, el enfoque “afirmativo” se plantea como algo incuestionable.

El discurso establecido del género tiene una cantidad considerable de puntos ciegos, flancos abiertos de los cuales nadie parece querer hacerse cargo.

Es verdad que existen ciertos puntos en los cuales el debate público ha abierto flancos que permiten discutir ciertos aspectos del problema, pero normalmente no permiten abordar su raíz. Uno de ellos es el deporte femenino, donde hombres biológicos que se “autoperciben” como mujeres arrasan en las competencias. Este caso es particularmente curioso, pues desde ciertos feminismos se fomentó por años la inexistencia de algo fijo que defina lo específicamente femenino. La feminidad sería resultado de una construcción histórica que oprimiría a la mujer, y de ahí a la absolutización del género para la negación del sexo no hay más que un paso. Pero, finalmente, esa secuencia lógica llevó a sostener que personas biológicamente varones (digamos, genéticamente XY) se lleven los premios de mujeres atletas que no tenían cómo competir contra ellos.

Impresiona que menores de edad, incapaces de administrar sus bienes, puedan decidir “transitar” hacia otro sexo.

Otro punto que abre espacios de debate sobre el tema es el que nos convoca, sobre los llamados “tratamientos afirmativos” aplicados a niños y adolescentes. Impresiona a cualquiera que ciertas personas legalmente menores de edad –incapaces de comprar cigarrillos o alcohol– puedan decidir “transitar” hacia otro sexo. Pero **es aún más desconcertante que se altere tan significativamente su cuerpo, con el consiguiente impacto en su psicología, sin tener evidencia empírica sobre las consecuencias para la salud de quien recibe estos “tratamientos”**. Cualquiera podría comprender que, si la evidencia empírica sobre sus supuestos beneficios es insuficiente, no debería realizarse un “tratamiento” tan invasivo a un niño.

Es importante destacar que, incluso en este tipo de casos, el relato dominante se plantea como un discurso ideológico acerca del cual normalmente no se puede discutir, salvo detalles acciden-

tales (como la edad desde la cual sería aceptable alguna medida<sup>9</sup>), o al menos no se acepta debatir sobre las premisas que lo fundan. Y no obstante, es claro que el discurso establecido del género tiene una cantidad considerable de puntos ciegos, flancos abiertos de los cuales nadie parece querer hacerse cargo. Por eso es posible convencer a personas sinceramente interesadas en conocer las respuestas que, como sociedad, deberíamos ser capaces de dar frente a estos problemas (pues son discusiones políticas, y no meras decisiones individuales).

**Este texto pretende ser una ayuda para quienes buscan introducirse al tema de los llamados “tratamientos transfirmitivos” aplicados a niños y adolescentes, dando un enfoque integral al problema.**

<sup>9</sup> El Informe Cass, por ejemplo, está permeado por una retórica similar, según la cual se “desaconsejan” ciertos tratamientos, o se propone su postergación, sin asumir –supuestamente– ninguna postura antropológica. El problema reside en que no es posible una neutralidad pura, por lo que no se ve una filosofía consistente que permita a la vez negar ciertos “tratamientos” que causan grave perjuicio a la propia salud física y mental antes de una edad determinada, y aconsejarlos luego de cierta cantidad de años.



## 2 ¿Persona sexuada o un yo encarcelado en su sexo?

El debate sobre la cuestión del transgénero –al igual que el de las llamadas “teorías de género”– depende de ciertas premisas que necesariamente se fundan en una determinada concepción antropológica, en una filosofía sobre la persona y la sexualidad. No es lo mismo, en efecto, pensar que **cada persona humana es una unidad radical, donde lo corporal no es completamente separable del yo**, que creer que el yo es una entidad que, aunque está misteriosamente encerrada en una cantidad de materia que llamamos “cuerpo”, es algo absolutamente dissociado de él. Y así como algunos niegan que el cuerpo sea esencial en la configuración de la propia existencia, también hay otros que niegan la existencia de algún principio espiritual que se distinga de la mera corporalidad. **Son tres, por tanto, las posturas posibles que se pueden sostener frente a la cuestión del cuerpo y su sentido.**

Son tres las posturas posibles que se pueden sostener frente a la cuestión del cuerpo y su sentido.

Hay quienes sostienen que la persona no es más que un núcleo de autonomía separado de todo *lo dado*, incluyendo la naturaleza y la corporalidad misma. El cuerpo sería simplemente propiedad llamada a ser sometida al dominio despótico de la voluntad del yo. Se trata de una filosofía

*según la cual el hombre es esencialmente persona y no animal, de tal manera que la palabra “animal” no significa algo que el hombre es, sino tan solo algo que el hombre tiene [...], donde el cuerpo del ser humano se limita a yuxtaponerse a lo que en este ser sería esencial, la realidad de su espíritu.<sup>10</sup>*

Las teorías de género se caracterizan, en última instancia, por asumir esta premisa: la identidad de un individuo podría encontrarse en un “cuerpo equivocado”<sup>11</sup>, con lo cual se niega la

En 2023, el Ministerio de Desarrollo Social reportó que 1.202 niños ingresaron a su programa “Crece con Orgullo”, y se proyecta que para 2024 se sumarán otros 2.940.

<sup>10</sup> Millán-Puelles, Antonio (2000): “Persona humana y sexualidad”, en *El matrimonio y su expresión canónica ante el III milenio: X Congreso Internacional de Derecho Canónico* (Pedro Juan Viladrich ed.), EUNSA, Pamplona, 9-26, p. 12.

<sup>11</sup> La más reciente declaración de la Iglesia Católica, sobre la dignidad humana, sostiene que la teoría de género llega, así, a “prescribir” la “disposición” sobre uno mismo, y por ende a negar que el propio cuerpo es un don. Cfr. Congregación para la Doctrina de la Fe (2024): *Dignitas infinita*, 60. Existen al respecto reflexiones teológicas muy profundas –especialmente en las enseñanzas de Juan Pablo II sobre la teología del cuerpo–, pero no podemos detenernos en ellas, ya que escaparían a los fines inmediatos de este trabajo. La postura de la Iglesia Católica reconoce que existe una conexión entre la visión del cuerpo como un *don* y la de la aceptación de la naturaleza como algo *dado* y, en consecuencia, preconfigurado o programado, pero a la vez la de la dignidad personal como algo que no es disponible. Cabe destacar que en este texto no pretendemos, en ningún caso, “imponer” una “visión religiosa” sobre el problema: se trata de un argumento que en sí es comprensible racionalmente. Probablemente algunos lectores consideren problemática la mención de documentos pontificios en este trabajo, y sin embargo, en muchas ocasiones lo que se dice en ellos contiene verdades que son alcanzables mediante la razón. En ese sentido, Gonzalo Letelier afirma lo siguiente: “Naturalmente, la sola alusión a un texto pontificio exige al menos un par de precisiones que permitan disminuir la ansiedad de algunos y neutralizar los prejuicios de otros. El prejuicio queda más o menos neutralizado en la medida en que se acepte que, al menos en un análisis histórico, citar un documento pontificio no significa suscribirlo, y que, en un análisis propia-

Las teorías de género son manifestaciones de una filosofía que asume que lo corporal no es algo que el yo **es**, sino algo que el yo **tiene** como un objeto ajeno a sí mismo, separable, disponible y, por ende, modificable a voluntad.

¿Qué criterio puede tener un niño para saber si quizás es hombre o quizás no?  
¿Se tienen las cosas tan claras a esa edad como para consentir y someterse a un tratamiento médico que puede ser irreversible?

dimensión identitaria del cuerpo y, en consecuencia, que la identidad misma es algo dado: “la identidad sexual ya no es algo «dado», sino una experiencia puramente subjetiva”<sup>12</sup>. Contra lo que vulgarmente en ocasiones se cree, las teorías de género no son materialistas, sino todo lo contrario: en el fondo son manifestaciones de una filosofía que podríamos denominar “espiritualista”<sup>13</sup>. Este espiritualismo asume que lo corporal no es algo que el yo es, sino algo que el yo tiene como un objeto ajeno a sí mismo, separable, disponible, y, por ende, modificable a voluntad.

No deja de ser llamativo que tantas personas asuman con facilidad esas premisas, tan contrarias a la experiencia de la mayoría. Incluso nuestro lenguaje ordinario en muchas ocasiones nos lleva a identificar nuestro cuerpo con nuestra identidad; y por eso suena muy postizo usar expresiones como “suelte mi cuerpo” o “esto le duele a mi cuerpo”, en abierto contraste con la naturalidad con la que decimos “suéltame” o “me duele”<sup>14</sup>. Y es que **naturalmente percibimos nuestro cuerpo como algo que somos, nos comprendemos a nosotros mismos como un yo corporalizado**, y por eso el lenguaje ordinario se refiere así a nuestro cuerpo y sus partes. **“El hombre es realmente él mismo cuando cuerpo y alma forman una unidad íntima”**<sup>15</sup>. Y si nuestra sexualidad es algo que, de alguna manera, es muy importante dentro de la configuración de nuestro ser corporal, entonces necesariamente es algo que incide decisivamente en lo que somos y estamos llamados a ser con nuestros actos. Por eso Millán-Puelles indica que “hay una radical impregnación, según el modo de una determinación esencial, del propio cuerpo del hombre por el espíritu humano”<sup>16</sup>. **El cuerpo no puede entenderse como un mero conjunto de partes añadidas mediante uniones**

mente teórico, es perfectamente posible que un documento de esta naturaleza, sobre todo tratándose de lo que la Iglesia designa como su «doctrina social», las argumentaciones sean fundamentalmente filosóficas y los elementos teológicos, fácilmente identificables y, hasta cierto punto, incluso susceptibles de ser abstraídos. Siempre en un orden teórico, esta segunda precisión debería ser suficiente también para disminuir la ansiedad de aquellos que se ponen nerviosos al solo nombre de la Iglesia”, Letelier, Gonzalo (2017): “Solidaridad: ¿un nuevo principio social?”, en *Solidaridad. Política y economía para el Chile de la postransición* (Antonio Correa y Cristián Stewart eds.), Idea País – Construye Sociedad – Fundación Hanns Seidel, Santiago, 38-49, pp. 38-39).

<sup>12</sup> Levet, Bérénice (2018): *Teoría de género o el mundo soñado de los ángeles*, IES, Santiago, p. 44.

<sup>13</sup> Un notable desarrollo de este punto puede verse en George, Robert P. (2016): “Gnostic Liberalism”, *First Things*, disponible en <https://www.firstthings.com/article/2016/12/gnostic-liberalism> (consultado el 11 de julio de 2022).

<sup>14</sup> Es verdad que hay expresiones que podrían usarse para rebatir esto, como “romperse una pierna”, “la mano está quebrada”, pero cabría destacar que las vivencias más íntimas, como el dolor, incluso cuando se refieren a una parte del cuerpo, normalmente se expresan utilizando el pronombre “me”: “me duele el brazo”. En fin, somos conscientes de que se trata de un problema fenomenológicamente difícil, que no somos capaces de abortar a cabalidad, pero simplemente queremos hacer presente de qué manera la experiencia vital de la mayoría de las personas muestra la natural integración del cuerpo en la propia identidad.

<sup>15</sup> Benedicto XVI (2005): *Deus Caritas est*, 5. Allí mismo, el Pontífice señala que “el desafío del eros puede considerarse superado cuando se logra esta unificación. Si el hombre pretendiera ser sólo espíritu y quisiera rechazar la carne como si fuera una herencia meramente animal, espíritu y cuerpo perderían su dignidad. Si, por el contrario, repudia el espíritu y por tanto considera la materia, el cuerpo, como una realidad exclusiva, malogra igualmente su grandeza. El epicúreo Gassendi, bromeando, se dirigió a Descartes con el saludo: «¡Oh Alma!». Y Descartes replicó: «¡Oh Carne!». Pero ni la carne ni el espíritu aman: es el hombre, la persona, la que ama como criatura unitaria, de la cual forman parte el cuerpo y el alma. Sólo cuando ambos se funden verdaderamente en una unidad, el hombre es plenamente él mismo. Únicamente de este modo el amor —el eros— puede madurar hasta su verdadera grandeza”.

<sup>16</sup> Millán-Puelles, *op. cit.*, p. 10.

**accidentales**, o como un accesorio que podría ponerse o sacarse arbitrariamente, sino que forma parte de la constitución esencial de lo que somos. **“El ser humano está inseparablemente compuesto de cuerpo y alma, y el cuerpo es el lugar vivo donde se despliega y manifiesta la interioridad del alma, incluso a través de la red de relaciones humanas”**<sup>17</sup>.

Por otro lado, es posible caer en el extremo contrario: la segunda postura que es posible sostener respecto de la comprensión de lo corporal es un materialismo, que ve a la persona humana como un animal más, sin nada que la diferencie de modo esencial de los demás. En realidad, no es totalmente incompatible sostener a la vez las premisas materialistas teóricas y las respuestas políticas de las teorías de género: si el ser humano es solamente un conjunto de células, carbono unido accidentalmente en algún lugar del universo, entonces su cuerpo efectivamente puede verse como simple materia disponible. **Al negar lo espiritual, se niega la identidad misma del ser personal y su valor.** Pero estas visiones materialistas (porque no es una sola) tienen muchos puntos ciegos: la estructura de la subjetividad de un ser humano no es reductible a lo meramente biológico, ni siquiera a ciertos procesos biológicos tremendamente complejos. Existen procesos complejos que ocurren en el cerebro *cuando* pensamos, pero que *no explican* el pensamiento (que ocurran al mismo tiempo no significa que sean causa). No es posible que un pensamiento abstracto –una realidad intrínsecamente inmaterial– se explique por una serie de transferencias de moléculas entre neuronas o meros impulsos eléctricos<sup>18</sup>.

Parece razonable, por tanto, buscar una visión más equilibrada. Esta es la tercera postura posible sobre la comprensión de la propia corporalidad: una que afirme **la existencia de la identidad personal en toda su profundidad inmaterial, pero sin negar la relevancia de lo corporal en su configuración.** Podemos comprobar con facilidad que existe algo que va más allá de lo material en nosotros, pero, a la vez, reconocemos que nuestro cuerpo es parte de lo que nosotros mismos somos. **La persona humana es una unidad, un yo que opera corporalmente, o lo que es lo mismo: un cuerpo animado.**

Pero podríamos preguntarnos: ¿qué tiene que ver todo esto con el problema del sexo y la teoría de género? La razón es muy sencilla: a continuación de la pregunta sobre la relevancia del cuerpo, es necesario reflexionar sobre el modo en que la sexualidad incide en nuestra identidad corporal (cuestión que depende de la pregunta anterior). Es verdad que el cuerpo no puede ser reducido a la genitalidad, pero es innegable que el sexo influye decisivamente en la configuración de cada cuerpo: corporalidad en el ser humano implica ser-sexuado. Y cuando se trata de una persona, el ser-sexuado parece ser algo esencial a *lo más profundo* de nuestra existencia, a ese núcleo íntimo e incommunicable que distingue a las personas humanas de los demás seres materiales<sup>19</sup>. Hombres

Si el ser humano fuera solamente un conjunto de células, carbono unido accidentalmente en algún lugar del universo, entonces su cuerpo efectivamente puede verse como simple materia disponible. Al negar lo espiritual, se niega la identidad misma del ser personal y su valor.

<sup>17</sup> Congregación para la Doctrina de la Fe (2024): *Dignitas infinita*, 60.

<sup>18</sup> Acerca de este problema, que excede a todas luces los objetivos de este trabajo, recomendamos consultar Sanguinetti, Juan José (2017): “Cerebro y persona”, *Conferencia Universidad de Mendoza (Argentina)*, disponible en [https://www.academia.edu/34305996/CEREBRO\\_Y\\_PERSONA](https://www.academia.edu/34305996/CEREBRO_Y_PERSONA) (consultado el 12 de julio de 2024). Baste con señalar que nos parece que existe una enorme distancia epistemológica –a nuestro modo de ver, también ontológica y vivencial– entre lo experimentado y lo que puede analizarse físico-químicamente en el cerebro, con lo cual parece claro que son realidades distintas; no es reducible lo mental a lo cerebral (o al menos, el coste epistemológico de tales formas de materialismo nos parece demasiado elevado como para ser aceptable).

<sup>19</sup> Acerca de este punto, sobre la constitución ontológica del ser personal, *vid.* Amado, Antonio (2023): “Un nombre nuevo”, *Revista Suroeste*, texto disponible en internet en <https://revistasuroeste.cl/2023/07/19/un-nombre-nuevo/> (consultado el 28 de mayo de 2024).

¿Cuál es la relación entre el cuerpo humano, el sexo de la persona y su identidad?

y mujeres son igualmente seres humanos, y ambos tienen una especial dignidad en cuanto seres personales, pero cada ser humano es, también radicalmente, una persona sexuada. El ser-sexuado no es, entonces, algo meramente accidental o accesorio, y la sexualidad misma está teñida de la dignidad propia del ser personal. “El cuerpo humano participa de la dignidad de la persona, ya que está dotado de significados personales, especialmente en su condición sexual”<sup>20</sup>. Cuando hablamos de que una persona es varón o mujer, pareciera que nos referimos a algo más nuclear que cuando decimos que tiene cierta estatura, cierto color de pelo o cierta curvatura en la nariz. **Lo sexual se integra en nuestra identidad, empapándola completamente.**

Esta integración de la propia sexualidad –en su dimensión física– no es, por lo demás, algo puramente abstracto. Se trata de algo que tiene un correlato empírico, precisamente respecto de cosas que parecieran estar relacionadas con la propia identidad. Por ejemplo, las diferencias psicológicas entre hombres y mujeres se pueden ver en distintos puntos del desarrollo psíquico de la persona. Basta con ver el proceso de crecimiento y maduración de un niño, en contraste con el de una niña: **la psicología de los niños es diferente de la de las niñas**, estadísticamente existen *tendencias* a ciertos gustos o actividades (no son absolutas, por supuesto, pero sí nos dicen algo de cómo el sexo influye en la configuración de la identidad), **e incluso hay inclinaciones en cuanto a ciertos modos de razonar y sentir que son distintos**<sup>21</sup>. Aunque tales tendencias no correspondan con normas absolutas –y es posible que en parte respondan a factores culturales–, también es absolutamente cierto que en gran medida esas tendencias reflejan una condición determinada por el sexo biológico. **Niños y niñas son distintos, se comportan de manera diferente y se desarrollan anatómicamente y psicológicamente de modo diverso.** Esto muestra que lo sexual es algo importante, determinante, para la propia identidad. Y siendo así, necesariamente lo es también para nuestra propia plenitud. La plenitud personal exige, entonces, integrar nuestro propio ser sexuado, afirmar libremente nuestro modo de ser.

Frente a estas reflexiones, alguien podría legítimamente preguntar **qué nos importa que otros vivan su vida como quieran**: si efectivamente el sexo biológico es relevante para el desarrollo de la mayoría de los niños y niñas no es discutible, pero ¿por qué habría que interferir en las decisiones vitales de otra persona, de alguien que sufre por *sentir* que se encuentra en un “cuerpo equivocado”? Hay, por cierto, elementos atendibles en esa pregunta. En primer lugar, que no se puede obviar en este asunto el drama humano en que se encuentran los pacientes con disforia de género. Además, en segundo lugar, es necesario reconocer que las tendencias

Siete de cada diez niños tratados con psicoterapia y “espera vigilante” consiguen “salir” de la disforia de género y convertirse en adultos reconciliados con su cuerpo.

20 Congregación para la Doctrina de la Fe (2024): *Dignitas infinita*, 60.

21 Estos puntos se pueden apreciar en cosas tan cotidianas como los juegos y pasatiempos. Así, los estudios muestran de modo contundente que existen diferencias entre niños y niñas al elegir juguetes; incluso cuando se matiza la magnitud de las diferencias, es claro que ellas existen, cfr. Davis, Jac T.M. y Hines, Melissa (2020): “How Large Are Gender Differences in Toy Preferences? A Systematic Review and Meta-Analysis of Toy Preference Research”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 49, N°2, 373–394, *passim*. También hay datos que revelan que los hombres juegan más videojuegos que las mujeres, tienden a jugar en grupos y sus juegos suelen tener elementos competitivos, cfr. Hamlen, Karla (2010): “Re-Examining Gender Differences in Video Game Play: Time Spent and Feelings of Success”, *Journal of Educational Computing Research*, Vol. 43, N°3, 293–308, *passim*. Y sobre las relaciones entre ellos, hay evidencia sobre la manera en que se producen las amistades: las de los niños tienden a ser más superficiales, ordenadas a actividades específicas y juegos, más grupales, entre otras características, mientras que las amistades entre niñas suelen ser más íntimas, con relaciones personales entre dos o muy pocas niñas, y ordenadas a compartir la propia interioridad, *vid.*, con abundantes referencias, Underwood, Marion (2007): “Introduction to the Special Issue: Gender and Children’s Friendships: Do Girls’ and Boys’ Friendships Constitute Different Peer Cultures, and What Are the Trade-Offs for Development?”, *Merrill-Palmer Quarterly*, Vol. 53, N°3, 319–324, *passim*.

en sí mismas no implican una norma moral ni jurídica: nadie propone, por ejemplo, prohibir a los niños jugar con niñas a juegos que podríamos considerar femeninos en algún aspecto. La tendencia general no implica que ningún niño o niña escape a ella, ni que sea malo o inconveniente que lo haga. Pero nada de esto debe hacernos perder de vista el objeto del debate: la conveniencia o inconveniencia de los llamados “tratamientos afirmativos”, especialmente en niños. La tendencia nos dice algo sobre lo que *somos*, naturalmente. **La tendencia nos indica que existen diferencias entre niños y niñas, y que es sano que se manifiesten a lo largo de su desarrollo.**

¿Por qué preocuparnos de que un niño que sufre por sentir que se encuentra en un “cuerpo equivocado” viva su vida como quiera?

Pero eso todavía no responde una inquietud ya implicada en el cuestionamiento planteado: ¿tiene sentido interferir en la vida de una persona que quiere someterse a tales tratamientos? Para responder a esta pregunta es necesario primero tomar una posición: ¿es conveniente intervenir en las decisiones de otros? Aunque hoy tendemos a pensar lo contrario en abstracto, los casos concretos nos muestran que **no hay inconveniente en intervenir en ocasiones, cuando se trata de decisiones gravemente perjudiciales para la persona**, o cuando el interesado no sea suficientemente capaz de velar por su bien por sí mismo.

Pretender que cada uno en esta materia puede hacer lo quiera es una respuesta fácil, pero a la vez irresponsable: ¿qué pasa si lo que la persona elige no solamente no es lo mejor para ella, sino que incluso le causaría un mal irreparable y grave? Por estos motivos se busca públicamente evitar los suicidios y se castiga penalmente al que auxilia al suicida. De la misma manera, es necesario intervenir en casos extremos y graves de abusos y explotación de niños, incluso si el que los perpetra es su padre. Y hay muchos otros casos parecidos: un médico no puede recetar fármacos psicotrópicos porque su paciente lo solicita sin razón; un ingeniero no puede construir contra las normas municipales y nacionales de edificación amparándose en la solicitud de un cliente; un vendedor de un kiosco no puede venderle cigarrillos a un menor de edad que los pida... Y la lista de ejemplos podría seguir. Además, dejar que cada uno haga lo que quiera pasaría por alto que **la política se ordena precisamente al bien común**. No es razonable promover una legislación según la cual el orden natural sea indiferente (incluso si omitimos el hecho de que no existe evidencia suficiente sobre las consecuencias que padecen las personas con disforia de género que reciben los llamados “tratamientos afirmativos”). Si todo esto ya es un argumento suficiente en caso de adultos, con mayor razón debería ser así si se trata de niños y adolescentes, que carecen de madurez suficiente como para deliberar adecuadamente sobre los riesgos que traen tales tratamientos. Pero el colmo es que **hoy ni siquiera los adultos cuentan con evidencia suficiente como para tomar una decisión informada sobre la materia.**

Dejar que cada uno haga lo que quiera pasaría por alto que la política se ordena, precisamente, al bien común.



## EL CASO DE KEIRA BELL

**“En realidad yo era una chica insegura de su cuerpo, que había sufrido el abandono de mis padres, me sentía alejada de mis compañeros, padecía ansiedad y depresión y luchaba con mi orientación sexual”.**

Keira es una inglesa que pasó por una infancia muy difícil. Sus padres se divorciaron, su madre era alcohólica y en muchos sentidos sufrió un abandono que la hizo sufrir mucho, especialmente durante los primeros cambios que llegaron con su pubertad.

En esa etapa difícil –frente a las preguntas de adultos sobre si quería ser un niño– se convenció de que debía “transicionar”. A los 16 años comenzó a tomar bloqueadores de pubertad, y hormonas masculinas un año después, para sufrir la “mastectomía” a los 20 años. Pero, cuenta ella, “mientras más avanzaba mi transición, más me daba cuenta de que no era un hombre y que nunca lo sería”. Y, sobre todo, comprendió que la disforia de género no era la causa de su desgracia, sino una consecuencia de ella.

Una vez que comenzó el proceso de “detransición”, ella señala que por fin pudo llorar, pues el exceso de testosterona en su cuerpo no lo permitía. Ahora expresa sus emociones y difunde su testimonio, para mostrar cómo el problema de la disforia debería abordarse desde una compasión que acoja al paciente y lo acompañe, sin darle la “solución fácil” de hacerlo ser lo que no es.

Conoce su historia >> <https://www.persuasion.community/p/keira-bell-my-story>.

# 3 Psicología y diferencia sexual

Existen, por tanto, las diferencias entre hombres y mujeres, y esas diferencias nos dicen algo de lo que *somos* y de cómo estamos *llamados a ser* para alcanzar la plenitud. Esta filosofía –según la cual “la diferencia sexual (es decir, masculino y femenino) afectará a la persona a todos los niveles”, por lo que, aunque “descubrimos nuestra masculinidad o feminidad en nuestro cuerpo, [...] la masculinidad y la feminidad no son meras características físicas, sino que afectan a la persona en todo su ser”<sup>22</sup>– tiene un sólido respaldo en la evidencia.

Cuando se habla en general de las diferencias entre hombres y mujeres –salvo las más evidentes, que se dan en el plano físico (diferencias biológicas)<sup>23</sup>– muchas personas tienden a cerrarse y a decir que se trataría de generalizaciones apresuradas, fundadas en prejuicios. Nos dicen que hay mujeres que tienen mejor desempeño que muchos hombres en matemáticas, o que hay hombres que tienen habilidades de cuidado más desarrolladas que muchas mujeres. Y eso es cierto: no tendría sentido hacer afirmaciones universales absolutas, ni tampoco imponer moldes postizos que podrían impedir un despliegue sano de la personalidad, estigmatizando a los que en algún aspecto no coinciden totalmente con un paradigma rígido de virilidad o feminidad. Además, hombres y mujeres son seres humanos, es decir, tienen una naturaleza común, por lo que no es raro que efectivamente existan muchas similitudes entre ambos (de hecho, hay muchas más similitudes que diferencias). Pero –y ese es el punto que nos convoca– no podemos pasar por alto que, como ya hemos mencionado, sí existen ciertas *tendencias* distintas en los gustos, en el comportamiento, en la formación de vínculos sociales, en el modo de pensar y sentir. Y esos patrones nos *dicen algo* de aquello en lo que naturalmente consiste el ser-mujer y el ser-varón. Negar eso que nos *muestran* tales datos produce, así, ciertas confusiones sobre el significado de la virilidad y la feminidad. Esa negación constituye a fin de cuentas una negación total o parcial de la diferencia sexual. Respecto de esto, Sodergren señala lo siguiente:

Entre hombres y mujeres sí existen ciertas *tendencias* distintas en los gustos, en el comportamiento, en la formación de vínculos sociales, en el modo de pensar y sentir.

<sup>22</sup> Sodergren, Andrew (2022): “The Psychology of the Sexual Difference”, en *Sexual Identity: The Harmony of Philosophy, Science, and Revelation* (John DeSilva Finley ed.), Emmaus Road Publishing, Steubenville, p. 96. Agradecemos la traducción de esta obra a Nicolás Eyzaguirre Bäuerle, psicólogo y académico de la Universidad Finis Terrae.

<sup>23</sup> Cfr. Weiss, Elizabeth (2024): “No Bones About It: Sex Is Binary”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 53, N°5, May, 1595-1608, *passim*. Acerca de esto se podrían citar muchísimos manuales de medicina, pues las diferencias no solamente se aprecian en los órganos genitales: las proporciones de distintas hormonas, el nivel de tejido adiposo, las formas del sistema óseo (especialmente se aprecia en el caso de la pelvis) y muchas otras. Basta con pensar que ya en el desarrollo fetal “las gónadas del varón se convierten en testículos y comienzan a producir grandes cantidades de testosterona. Como resultado, los fetos masculinos y femeninos están expuestos a cantidades muy diferentes de esta hormona masculinizante, que afecta no sólo a los órganos reproductores, sino también a diversos aspectos del cerebro”, Sodergren, Andrew, *op. cit.*, p. 99. A esto se suma el desarrollo posterior propio de la pubertad, *vid.*: McCarthy, Margaret (2017): *Sex and the Developing Brain*, Morgan & Claypool, San Rafael (CA, EE.UU.), *passim*.

Los debates sobre cómo se diferencian los sexos son perennemente populares entre las parejas románticas, los padres, los autores de autoayuda y los artistas. En estos contextos, las diferencias entre los sexos se suelen estereotipar, exagerar e incluso ridiculizar. Por el contrario, el discurso más serio de los científicos sociales ha hecho hincapié en que los sexos son muy parecidos, que las diferencias aparentes se deben en gran medida a influencias sociales y que la sociedad podría beneficiarse de programas de crianza y educación más neutrales en cuanto al género. Cuando añadimos a esta mezcla la reciente tendencia a considerar el “sexo” y el “género” como realidades separadas que pueden disociarse entre sí, es fácil ver cómo puede producirse una enorme confusión.<sup>24</sup>

“...No es necesario cambiar el sexo del nacimiento para ser feliz o encontrarse. El sexo no es algo que se pueda cambiar y uno no puede vivir en base a obligar al resto del mundo a una ilusión, uno tiene que tratar que ser quien es con las herramientas que tiene (...) Ser trans no es rebelde, ser trans es lo que te están mostrando los medios masivos, las redes sociales y te lo están imponiendo a nivel salud pública de una forma irresponsable.

Nicolás, extrans detransicionado

Ya en el desarrollo de la infancia se pueden apreciar diferencias marcadas entre niños y niñas. Los estudios muestran que incluso los recién nacidos tienen inclinaciones espontáneas muy claras.

Ahora bien, **existe una línea muy delgada entre afirmar la sutileza de ciertas diferencias y simplemente negar la relevancia de toda diferencia.** No se trata, por cierto, de un asunto que permita elaborar distinciones absolutas perfectas; en ese sentido, Lippa sostiene que “muchas diferencias psicológicas de género son pequeñas o inexistentes, algunas son moderadas y otras son grandes”<sup>25</sup>. Pero **sí es claro que existen ciertas diferencias entre hombres y mujeres a nivel de inclinaciones psicosociales –y no meramente de atributos o características anatómicas o fisiológicas–, y esto es relevante porque apuntan a algo constitutivo de la identidad personal,** por lo que es importante comprenderlo de modo integral y equilibrado. En efecto, existe una proclividad de hecho en las muestras de cada estudio que puede asociarse con facilidad a distinciones causadas por patrones culturales contingentes, pero hay otras que, aunque no siempre sean grandes, sí responden a la identidad personal viril o femenina en cuanto tal.

Ya en el desarrollo de la infancia se pueden apreciar diferencias marcadas entre los niños y las niñas. Incluso los recién nacidos tienen inclinaciones espontáneas muy claras: la mayoría de los infantes varones normalmente se orientan a fijar la vista en objetos mecánicos, mientras que las mujeres lo hacen en rostros humanos<sup>26</sup>.

Es frecuente escuchar una objeción que ya es casi un lugar común, según la cual esa clase de conductas responderían a factores del entorno social: se trataría, principalmente, de una “construcción social”. No obstante, también se ha logrado acreditar sólidamente que estas preferencias se deben principalmente a efectos de hormonas sexuales en el útero, y no a una imposición paterna o ambiental<sup>27</sup>. La identidad sexual no consiste en la influencia de una serie de hormonas, por cierto, pero ellas sí muestran *algo* de esa identidad corporal, y ese algo no es una construcción o imposición, cultural o social.

Por lo demás, si se tratara de algo causado por factores ambientales, culturales o sociales, apenas habría diferencias significativas en los niños más pequeños –dado que durante el desarrollo

<sup>24</sup> Sodergren, Andrew, *op. cit.*, p. 95.

<sup>25</sup> Lippa, Richard (2006): “The Gender Reality Hypothesis”, *American Psychologist*, Vol. 61, N°6, 639-640, p. 639. La traducción es nuestra.

<sup>26</sup> Cfr. Baron-Cohen, Simon (2003): *The Essential Difference: The Truth About The Male And Female Brain*, Basic Books, New York, pp. 54-56.

<sup>27</sup> Cfr. Hines, Melissa (2011): “Gender Development and the Human Brain”, *Annual Review of Neuroscience*, Vol. 34, 69-88, pp. 74-79; Hines, Melissa (2010): “Sex-Related Variation in Human Behavior and the Brain”, *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 14, N°10, 448-456, p. 451; y McCarthy, Margaret (2017): *Sex and the Developing Brain*, Morgan & Claypool Publishers, San Rafael, pp. 99-103.



intrauterino no existe tanta exposición al ambiente–, pero los datos revelan que tales diferencias ya son claras desde un comienzo. También desde muy pequeños se aprecia que los varones tienden a cometer con más frecuencia actos que pueden calificarse como “agresión” en sentido amplio<sup>28</sup>, a realizar más actividades de riesgo y a puntuar más alto en índices de impulsividad<sup>29</sup>. También hay evidencia respecto de la observación a ciertos juguetes: las niñas tienden a fijar más la atención en muñecas y los niños en camiones<sup>30</sup>.

Pero no solamente podemos ver las diferencias entre niños y niñas en elementos tan concretos como los juguetes, porque el desarrollo del ser humano desde su nacimiento no es puramente psíquico: se despliega en distintos niveles biológicos, psicológicos y morales. Incluso antes de iniciar plenamente el desarrollo embrionario existen ya diferencias biológicas relevantes, la primera de las cuales es la genética. **Los genes determinan el sexo desde el comienzo de la existencia del cigoto, determinan luego las hormonas que se segregarán, todo lo cual influye enormemente en el desarrollo del cerebro, de manera distinta en cada sexo**<sup>31</sup>:

*La genética binaria (XX versus XY) actuando a través de hormonas sexuales y dirigidas por genes, es la fuente primaria y estable del cerebro humano diferenciado sexualmente. Con anterioridad el entorno social, los genes y las hormonas conducen al desarrollo psíquico de ambos sexos en direcciones distintas. La esencia humana solo se puede hacer realidad en una de las dos formas sexuales de masculinidad o feminidad. Las predisposiciones generales relacionadas con el sexo son directa y establemente mediadas por el sexo biológico.*<sup>32</sup>

**Está bastante documentado que existen diferencias en la conectividad cerebral entre hombres y mujeres**<sup>33</sup>. La neurobiología actual ha llegado a constatar que “los hombres y las mujeres procesan el lenguaje de forma diferente”<sup>34</sup>. Se ha probado que “existen

diferencias de sexo en las interacciones dinámicas entre las regiones lingüísticas [del cerebro], así como en la segregación funcional y la integración de las redes cerebrales durante el procesamiento del lenguaje”<sup>35</sup>. Y así existen muchas otras diferencias a nivel cerebral entre hombres

Si las diferencias entre algunas conductas de cada sexo fueran causadas por factores ambientales, culturales o sociales, no podría apreciarse ninguna diferencia en los niños más pequeños, pero los datos revelan lo contrario.

¿Cuáles son las diferencias entre los cerebros de un hombre y de una mujer?

<sup>28</sup> Cfr. John Archer (2004): “Sex Differences in Aggression in Real-World Settings: A Meta-Analytic Review”, *Review of General Psychology*, Vol. 8, N°4, 291-322, p. 313. Esto coincide con la configuración genética de los varones a “atacar, defender, cazar y realizar otras actividades, que son complementarias al acoger, conservar y nutrir de la mujer”: Orchard, Pierina (2023): “Avancemos, es nuestro turno”, *Revista Suroeste*, disponible en: <https://revistasuroeste.cl/2023/03/07/avancemos-es-nuestro-turno/> (consultado el 29 de diciembre de 2023).

<sup>29</sup> Cfr. Sax, Leonard (2017): *Why Gender Matters*, Harmony, New York, pp. 27-36, y Cross, Catherine et al. (2011): “Sex Differences in Impulsivity: A Meta-Analysis”, *Psychological Bulletin*, Vol. 137, N° 1, 97-130, *passim*.

<sup>30</sup> Cfr. Alexander, Gerianne et al (2008): “Sex Differences in Infants’ Visual Interest in Toys”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 38, N° 3, 427-433, p. 430.

<sup>31</sup> Cfr. López, Natalia (2021): *Humanos. Los vínculos familiares en el corazón del cerebro*, Rialp, Madrid, pp. 109 y 112.

<sup>32</sup> *Idem*, p. 125.

<sup>33</sup> Cfr. *Idem*, pp. 107-108; Yang, Crystal C. et al. (2023): “Sex differences in cognition and structural covariance-based morphometric connectivity: evidence from 28,000+ UK Biobank participants”, *Cerebral Cortex* (Oxford University Press), 10341-10354, p. 10.342.

<sup>34</sup> Xu, Min et al. (2020): “Sex Differences in Functional Brain Networks for Language”, *Cerebral Cortex* (Oxford University Press), Vol. 30, N° 3, 1528–1537, p. 1528.

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 1535.

y mujeres<sup>36</sup>, que pueden o no ser potenciadas o negadas por la educación y la cultura, así como hábitos personales, pero es innegable cierta influencia propia de nuestra naturaleza biológica.

En fin, si atendemos exclusivamente a la evidencia psicológica y a la información que nos entrega la anatomía, veremos que es claro que hay diferencias entre hombres y mujeres. La evidencia es abrumadora al respecto. Aquellas diferencias no hacen otra cosa que mostrar que hombres y mujeres somos diferentes. Y desde nuestra perspectiva, no son meras influencias o condicionamientos biológicos removibles, sino que responden a *algo natural*. Alguien podría decir que constatar dichas diferencias no es incompatible con querer buscar socialmente un molde diferente, que apunte a reducir al mínimo posible la fuerza de la naturaleza, pero tales motivos no tienen asidero empírico alguno: se trataría, más bien, de una decisión normativa

–política, incluso– que de hecho es contraria a lo que los datos son capaces de mostrar. Pero lo que **no puede admitirse con ninguna seriedad es la negación de la diferencia sexual a todo nivel: biológico, psíquico y social.**

En el “enfoque trans afirmativo”, basta que un niño se autoperciba atrapado en el cuerpo equivocado para ofrecerle el tratamiento para transitar: esto es lo que se está aplicando –apoyado por el Colegio Médico– en toda la red de salud pública y algunas clínicas privadas.

<sup>36</sup> V. gr. Kumpulainen, Venla *et al.* (2023): “Sex differences, asymmetry, and age-related white matter development in infants and 5-year-olds as assessed with tractbased spatial statistics”, *Human Brain Map - Wiley*, Vol. 44, N° 7, 2712-2725, *passim*; Yang, Crystal C. *et al.*, *op. cit.*, *passim*. Natalia López, en la obra ya citada (pp. 116-117) considera que este y otros aspectos –concretamente, las diferencias en las conexiones neuronales (cfr. pp. 107-108)– serían fundamentos fisiológicos de las tendencias de las mujeres a concentrarse en las emociones y la comunicación verbal, y de los hombres en la competencia y la fuerza física, así como los distintos modos de razonar que tienen los hombres y las mujeres. También la autora sostiene que el cerebro femenino está dispuesto a una mayor empatía emocional, en cambio, el masculino a una empatía cognitiva, es decir, que en la mujer los sentimientos ajenos conocidos implicarán una carga emocional propia, en cambio, en el hombre hay un distanciamiento emocional, aunque se entiende el sentimiento del otro (cfr. pp. 120-124). No se trata, con todo, de algo acerca de lo cual exista consenso en la neurociencia. La complejidad del cerebro y de los procesos involucrados no nos permiten afirmar con total certeza la fuente de las diferencias entre hombres y mujeres (aunque dichas tendencias distintas sí tengan respaldo empírico).

# 4

## Sexualidad humana y felicidad humana

Para comprender en toda su profundidad una visión integrada de la sexualidad de la persona, es necesario reflexionar sobre la manera más adecuada de actuar afirmando dicha integración. En otras palabras, la ética y la antropología no serían dos aspectos realmente separables, sino distintos aspectos de una misma cosa: lo que somos –con su propio orden y dinamismo teleológico– nos muestra algo de lo que estamos llamados a ser. **Toda persona humana, hombre o mujer, tiende naturalmente a buscar lo mejor para ella misma, lo que es bueno para ella.**

Esa búsqueda refleja un anhelo profundo de plenitud, lo que se ha llamado desde antiguo “felicidad”. Si nuestra propia configuración tiene algún sentido, entonces **lo que somos determina que hay ciertos actos que son conformes con nuestro modo de ser, y otros que no. Y así, la propia plenitud emerge en un desarrollo en el que actuamos de acuerdo con lo que es más humano**<sup>37</sup>. Lo propiamente humano es la **racionalidad**, como podemos observar en comparación con los demás animales. Los animales llegan a conocer, pero sin superar un umbral que está determinado por sus sentidos, sin poder hablar ni adquirir conciencia de su propio conocimiento.

Aquella capacidad propiamente humana, la racionalidad, importa también una cierta posesión de las cosas que conocemos. Y puesto que **nos conocemos a nosotros mismos, en última instancia, significa que podemos poseernos incluso a nosotros mismos**. Dicha autoposesión es tan intensa que incluso nos permite autodeterminarnos respecto de nuestros actos. Esto indica que existe una facultad distinta de la inteligencia, que nos inclina hacia ciertos objetos, pero que también nos permite decidir libremente, a la que se le ha dado el nombre de **voluntad**. Se trata de una potencia con la cual tendemos hacia cosas que se nos presentan como buenas<sup>38</sup>. Un bien nos mueve, como un peso, y lo buscamos como un objetivo mediante nuestras decisiones<sup>39</sup>. Esto significa que **nuestras decisiones no son algo arbitrario, independiente de nuestra plenitud, sino más bien algo que se enmarca dentro de un orden que da sentido a la vida entera**. La libertad desprendida de este sentido –que guía y explica los fines concretos de nuestros actos– pasa a ser un absurdo: no habría fines concretos ni actos sin un sentido último<sup>40</sup>. Y aquello que da sentido a nuestras acciones –algo que es común, pues todos buscamos la felicidad– lo buscamos porque es lo que creemos que es lo mejor<sup>41</sup>.

¿Qué es la felicidad?

Ante los padres que se oponen a las medidas del programa “Crece con Orgullo”, que son calificados como “resistentes”, los funcionarios de la salud tienen dos opciones: intentar “sensibilizarlos” o **denunciarlos a la justicia**.

<sup>37</sup> Cfr. Aristóteles (†322 AC): *Ética a Nicómaco*, I, 1094a, 1095a 15-20 y 1098a 10. Utilizamos la traducción de Julio Pallí Bonet, en Aristóteles (2021): *Ética a Nicómaco*, Gredos, Barcelona.

<sup>38</sup> Cfr. Aquino, s. Tomás (†1274): *S. Th.*, I-II, q. 1, a. 1.

<sup>39</sup> La “decisión”, en ese sentido, no puede comprenderse plenamente sin la inclinación afectiva hacia el objeto de la misma. Cfr. Verdier, Pablo (2024): “El dinamismo de la afectividad”, *Revista Suroeste*, disponible en <https://revistasuroeste.cl/2024/03/04/el-dinamismo-de-la-afectividad/> (consultado el 14 de junio de 2024).

<sup>40</sup> Cfr. Aquino, s. Tomás (†1274): *S. Th.*, I-II, q. 1, a. 4.

<sup>41</sup> Cfr. *Ibidem*, a. 5.

La plenitud que buscamos todos se realiza en menor medida, como partes de un todo, a través de objetivos que buscamos en cuanto algo que nos perfecciona, cosas que percibimos como buenas. Ellas son dadas por nuestra misma naturaleza, pues nos indica un orden de bienes humanos, los cuales se presentan al entendimiento y la voluntad como tales. Lo que debemos hacer, entonces, es **encontrar los verdaderos bienes humanos, a los cuales tendemos, y perseguirlos para nuestra propia perfección, así como evitar el mal que de alguna manera nos aleja de nuestra plenitud**<sup>42</sup>.

Tenemos, pues, una tendencia natural al bien, en la cual se incluye nuestra naturaleza completa, como cuerpo humano y mente humana. Y nuestra sexualidad, como ya hemos visto, se integra en el ser personal como algo radicalmente propio. Dicho de otra manera: en el orden natural

de fines que debemos perseguir para nuestra felicidad influye nuestra propia sexualidad, *personalizada* según nuestra racionalidad, porque nuestra esencia no es mera yuxtaposición, sino que unión completa de animalidad y racionalidad<sup>43</sup>. Por eso, **pretender que la sexualidad biológica no tiene nada que ver con el propio bienestar no solo sería ilógico, sino que incluso destructivo**: lo sexual, corporal, forma parte de la propia identidad, y esa sexualidad está llamada a ser integrada en la persona, no negada por ella.

Así, **la propia sexualidad determina ciertas inclinaciones y fines a realizar**. Ello no puede ser de otra manera, ya que somos constitutivamente animales racionales, tenemos un cuerpo animal que, por ser tal, implica diferencia y complementariedad sexual. Sin embargo, nuestra sexualidad no es mera animalidad, pues somos personas, y lo superior no anula lo inferior, sino que lo eleva y lo lleva a su propia plenitud. El ser personal no anula el ser animal del hombre: lo sexual se integra en la persona y ella está llamada a llevar a su perfección esa integración mediante el ejercicio de su *libertad*, por la cual debería afirmar su modo de ser. Nuestra personalidad sexuada nos viene dada por ser cuerpos animales, desde el inicio de nuestra existencia, que viene configurada como una existencia humana y, por ende, sexuada<sup>44</sup>. Nos comenzamos a desarrollar, ya con un sexo, en el vientre materno<sup>45</sup>.

Un dato importante a destacar es que la vida fértil femenina y su vida completa no están en paralelo, es decir, que a diferencia de la mayoría de los animales, las mujeres viven más que su vida fértil, pues el sentido humano de la vida no es la sola mantención de la especie, sino que ese fin se enmarca en el amor personal a otra persona del sexo opuesto, que es complementario al propio. Asimismo, las carencias propias

<sup>42</sup> Cfr. *Ibidem*, q. 94, a. 2.

<sup>43</sup> Cfr. Millán-Puelles, *op. cit.*, p. 9.

<sup>44</sup> Esto se produce porque el espíritu del ser humano es, en realidad, su forma substancial. Cfr. Melendo, Tomás (2014): "Varón y mujer. La condición sexuada a la luz de la «seinsmetaphysik»", en *La persona: divina, angélica, humana. Actas del I Congreso Internacional Tomista* (María Esther Gómez de Pedro, Maite Pilar Cereceda Martínez e Ignacio Serrano del Pozo eds.), RIL Editores, Santiago de Chile, 97-141, pp. 100-101.

<sup>45</sup> Según muchos autores tomistas, nuestra propiedad de ser persona sexuada viene dada por la materia, que es el cuerpo, informada por el alma. Y es un cuerpo que, con vistas a la perpetuación de la especie, fue configurado con un sexo determinado, llamado a la complementariedad con el sexo opuesto. Cabe destacar que este tema ha sido ampliamente debatido dentro de círculos intelectuales tomistas: sobre si la sexualidad ya está dada en el alma, o bien si se trata de una propiedad que emerge por el cuerpo. Sin embargo, la integración personal de la sexualidad humana no cambia con ninguna de las tesis y, hasta donde sabemos, tampoco sus consecuencias biológicas y morales.

Lo sexual forma parte de la propia identidad y esa sexualidad está llamada a ser integrada en la persona, no negada por ella.

"Cuando un profesional reafirma la identidad de género de una persona, lo que está haciendo es una intervención psicológica que le estrecha la percepción de sí mismo y le cierra opciones".

Paul Garcia-Ryan, extrans  
detransicionado en Estados Unidos.

de la vida humana inicial requieren de más cuidados por parte de los padres<sup>46</sup>. De hecho, esta crianza comienza en el mismo vientre materno, porque el no nacido es sensible a los sonidos de su madre y procesan su voz mejor que la de cualquier otra persona, reconociendo también las emociones que transmite. Todo ello contribuye al desarrollo cerebral del feto en sus áreas relacionadas con el lenguaje y su posterior habilidad de reconocer el sentimiento ajeno<sup>47</sup>.

La mujer, en todo el proceso de gestación y nacimiento de su hijo, genera un apego hacia él, en el cual se producen múltiples procesos neurobiológicos tremendamente complejos y muy relevantes para el desarrollo del niño. Este apego, dado por la naturaleza misma del embarazo, permite que haya una efectiva respuesta a la necesidad de cuidado del niño. En el caso del padre, es el cuidado al hijo y las actividades conjuntas con él lo que genera el apego, incluso desde que se está gestando, pudiendo crecer más junto con el desarrollo del niño. Todo esto va formando redes neuronales nuevas en el cerebro del padre y de la madre, que fortalecen el vínculo<sup>48</sup>. Sin embargo, **la relación de la madre y el padre con el hijo se da de manera distinta**. El padre tiende a las interacciones físicas, como juegos con objetos y movimiento; la madre tiende al contacto afectuoso, como cariño y la vocalización<sup>49</sup>.

Estas diferencias son manifestaciones de la diferencia sexual, de la cual participamos como algo propio del ser humano y que se entremezcla en todas sus dimensiones personales. Todo lo anterior muestra que la dimensión sexual es fundamental en el desarrollo de la persona humana: despierta y se despliega de manera natural, por sus inclinaciones y por los procesos biológicos propios de cada sexo. De esta manera, podemos reconocer que esas diferencias muestran un orden hacia ciertos bienes humanos y, por tanto, hacia la plenitud personal<sup>50</sup>. Por eso, **aceptar la sexualidad biológica como un hecho dado y como una característica propia e intrínseca de cada uno es esencial para tal plenitud**. Y esa aceptación no se refiere únicamente a una convicción interior, sino que también se refleja en nuestras conductas. Es verdad que la aceptación del sexo no es unívoca –como si pudiéramos aplicar moldes rígidos de cada sexo a todo contexto y época–, pero sí implica cierto despliegue de la propia identidad sexual –de la propia feminidad o virilidad– en nuestras acciones y expresiones sociales y culturales.

**“Después de un plan terapéutico personalizado y de largo plazo con una sicóloga particular de la Fundación Raíz Humana, una niña que tenía disforia está mejor, y sin celular ni redes sociales es otra persona. Ya no quiere transitar y está feliz...”**

(Testimonio del abogado defensor de los padres de una niña a la que el sistema público de salud quería tratar según lo que indica el programa “Crece con Orgullo” y que fueron demandados por el Estado por oponerse)

**Por diferencias cerebrales y hormonales, se da de manera distinta la relación de la madre y el padre con los hijos. El padre tiende a las interacciones físicas, como juegos con objetos y movimiento; la madre tiende al contacto afectuoso, como cariño y la vocalización.**

<sup>46</sup> Por ello, la biología humana está hecha de tal manera que la fertilidad femenina se da en la juventud, para que la crianza dure lo necesario. Cfr. López, Natalia, *op. cit.*, p. 136. A propósito de la crianza y educación de los hijos, Santo Tomás de Aquino sostiene que la familia es como un “útero espiritual”, que permite el pleno desarrollo de la persona humana, cfr. *S. Th.*, II-II, q. 10, a. 12.

<sup>47</sup> Cfr. López, Natalia, *op. cit.*, p. 173.

<sup>48</sup> Cfr. *Ibid.*, pp. 192-195.

<sup>49</sup> Cfr. *Ibid.*, pp. 213.

<sup>50</sup> Ya hemos mencionado la diferencia entre la paternidad y la maternidad, dada por la diferencia de los dos sexos. Sin embargo, no podemos tratar aquí si acaso existen necesariamente otras diferencias funcionales entre los sexos –respecto de actividades distintos de la procreación–, por sobrepasar los objetivos del presente informe. Pero es claro que la inmensa complejidad y distinción entre cada ser humano hace difícil un posible análisis de la diferencia sexual sin tener en cuenta aquello más diferenciador, la paternidad y la maternidad.

No hay duda de que la diferencia sexual en los animales –también en los seres humanos– existe para engendrar hijos, es decir, para la procreación<sup>51</sup>. El solo hecho de la diferencia sexual, por nuestra animalidad, nos indica una orientación a la unión sexual entre los dos sexos, para la fecundidad<sup>52</sup>. En términos concretos, este bien es distinto según cada sexo, pues la maternidad y la paternidad son distintas. Precisamente esta distinción es la más fundamental –y también se refleja biológicamente–, pues nos indica características de cada sexo<sup>53</sup>. Solo un hombre puede ser padre, según su estructura corporal, así como solo una mujer puede ser madre por lo mismo, y todo ello se refleja en la relación entre sexos, así como en la relación entre un padre con sus hijos y en la de una madre con sus hijos.

La sexualidad no puede someterse absolutamente a la arbitrariedad del individuo, o al menos no es posible sin graves consecuencias para este.

**Nuestra propia plenitud depende de que nuestros actos libres relativos a la propia sexualidad la integren en un orden adecuado, de acuerdo con la estructura con la cual está configurada la persona**<sup>54</sup>. En otras palabras, la sexualidad no puede someterse absolutamente a la arbitrariedad del individuo, o al menos no es posible sin graves consecuencias para este.

La sexualidad existe tener hijos, es decir, para dar origen a nuevas personas: de ahí que sea algo tan fundamental<sup>55</sup> e, incluso, algo sagrado<sup>56</sup>. Visto desde esta perspectiva, cualquier tipo de intervención –sea o no realizada por un médico– que atente esencialmente contra esta configuración corporal sería algo perjudicial para la persona, algo que necesariamente la alejaría de su propia plenitud. Así ocurre con la promoción de una “transición psicosocial”, con el uso de “bloqueadores de pubertad” o de “hormonas cruzadas” y con las cirugías que implican una mutilación de los genitales<sup>57</sup>.

<sup>51</sup> Platón ya veía en el s. III a. C. que, dado que la sexualidad es lo que posibilita la procreación, hay ciertas reglas de conducta que se siguen de ello. El fin de la sexualidad es, entonces, la persona humana misma. Por este motivo, a juicio de Carlos Casanova, Platón en las Leyes prohíbe el aborto y la contracepción, cfr. Casanova, Carlos (2023): *Verdad Práctica. En defensa de la ética clásica*, Ediciones UC, Santiago de Chile, pp. 178-179. Vid. también Santo Tomás de Aquino (†1274): *Suma contra gentiles*, III, c. 122.

<sup>52</sup> Cfr. Millán-Puelles, *op. cit.*, p. 25.

<sup>53</sup> “El aspecto fundamental que distingue a los varones y las mujeres es la posibilidad de ser, por su cuerpo, padres o madres”, López, Natalia, *op. cit.*, p. 123.

<sup>54</sup> De lo contrario, se pervertiría el orden por el cual existen las facultades generativas. Cfr. Casanova, Carlos, *op. cit.*, p. 202.

<sup>55</sup> Cfr. *Idem*, pp. 205-206. El autor cita el siguiente texto: de Aquino, s. Tomás (†1274): *Summa contra Gentiles*, III, c. 122.

<sup>56</sup> De hecho, la sexualidad en muchísimas culturas ha sido considerada algo sumamente sagrado, o bien algo muy pecaminoso, pero no algo indiferente o trivial (aspecto que parece casi exclusivo del occidente de nuestra época).

<sup>57</sup> Por cierto, de acuerdo con el principio del doble efecto, es posible que en ciertos casos alguno de estos actos materiales sea legítimo (por ejemplo, si se pierde la fecundidad por un tratamiento contra el cáncer), pero a todas luces las llamadas “operaciones de reasignación de sexo” y los “tratamientos” hormonales no caben dentro de las hipótesis subsumibles bajo dicho principio. Sobre el principio del doble efecto, *vid.*: Miranda, Alejandro (2008): “El principio de doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico”, *Revista Chilena de Derecho*, Vol. 35, N°3, 485-519, p. 490.



## EL CASO DE CHLOE COLE

**“No creo que fuera necesariamente un diagnóstico erróneo; quiero decir, todavía hoy lucho con la angustia relacionada con mi sexo de nacimiento, pero creo que el problema fue el curso del tratamiento que tomaron”**

Chloe es una mujer norteamericana que durante su niñez se vio enfrentada a muchas dificultades con respecto a su salud mental, además de padecer trastornos del espectro autista.

A los nueve años se le diagnosticó disforia de género y a eso se sumaron las crisis propias de la pubertad, que en su caso se potenciaron.

En lugar de apoyarla con una adecuada psicoterapia para resolver sus múltiples conflictos vitales –como se señaló en su demanda contra los doctores que la trataron– simplemente le sugirieron transicionar.

Tomó el nombre de “Leo” a los 12 años. Cuatro años más tarde, “después de una larga y solitaria experiencia”, decidió detransicionar. Hoy Chloe es activista contra los tratamientos transafirmativos.

Conoce su historia >> <https://www.gofundme.com/f/fh8sr-imperfectlymeorg-chloe-cole-and-her-story>

# 5 Disforia de género como diagnóstico y sus causas

La identidad designa aquello que interiormente se construye a partir de la autoimagen, la autoestima y el autoconcepto.

“En la primera consulta el médico privado en Londres me dijo que no había que perder tiempo y me inyectó testosterona el mismo día... Es lo que yo quería, pero ahora veo que fue un error: lo que realmente necesitaba era psicoterapia”.

Joven inglesa con disforia de género y sometida a transición hormonal

En ese contexto, puede ser un verdadero drama para una persona el sentir que su identidad se distorsiona, respecto de la propia sexualidad: no sentirse cómodo o a gusto con la propia corporalidad. Como término psicológico, muchas escuelas contienen distintas definiciones de la identidad. Pero pareciera que ella no designa algo fijo, como el ser-varón, o el ser humano, sino algo que comprende diversos aspectos de la propia autorreferencia<sup>58</sup> y, por ende, con una cierta existencia reflexiva,

que vuelve sobre sí misma (incluyendo el propio cuestionamiento)<sup>59</sup>. Así, podríamos decir que **la identidad designa aquello que interiormente se construye a partir de la autoimagen, la autoestima y el autoconcepto**: “El autoconcepto, la autoestima y la autoimagen son conceptos independientes denominados como autorreferenciales, ya que son empleados en relación con el

*self* o sí mismo”<sup>60</sup>. Estos tres elementos son importantes y la distorsión en cualquiera de ellos podría afectar negativamente la vivencia de la identidad. Una persona anoréxica tiene su autoimagen distorsionada porque no se ve como sensiblemente es; una persona depresiva tiene baja autoestima por la distorsión de quién es. **La distorsión en el autoconcepto (que no es meramente sensible) es uno (entre muchos, probablemente) de los factores que determina –probablemente junto con un menoscabo en la autoestima– el surgimiento de la disforia de género.**

En estos casos, la autopercepción psíquica acerca de la propia corporeidad está en disconformidad con la realidad corporal. En eso consiste la “disforia de género”: “[...] un diagnóstico psiquiátrico que designa a las **personas que sienten una disforia o distrés significativo debido a la discordancia entre su identidad de género y su sexo (biológico), con el que no se identifican ni sienten como propio**”<sup>61</sup>. La iden-

<sup>58</sup> Esta visión la hemos tomado de Moreno, José Eduardo, Resett, Santiago y Schmidt, Analía (2015): *El Sí Mismo. Una noción clave de la psicología de la persona humana*, EDUCA - Facultad Teresa de Ávila (UCA), Buenos Aires, p. 109.

<sup>59</sup> Cfr. Arregui, Jorge y Choza, Jacinto (1992): *Filosofía del Hombre. Una antropología de la intimidad*, Rialp, Madrid, *passim*.

<sup>60</sup> Moreno, José Eduardo; Resett, Santiago y Schmidt, Analía (2015): *op. cit.*, p. 54. Somos conscientes, y los mismos autores lo reconocen, que la identidad es algo bastante más indefinible que la mera suma de estos elementos abstractos, porque a fin de cuentas la persona humana es una radical unidad que se despliega en el tiempo.

<sup>61</sup> Castro, Daniela & Suazo, Benjamín (2020): “Disforia de Género: estado del arte”, *Fundación Raíz Humana*, p. 1. *Vid.*: Asociación Americana de Psiquiatría (2014): *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, American Psychiatric Publishing, Washington DC y Londres, pp. 239-241. En el DSM-5 se indican criterios para su diagnóstico, los cuales, junto con su definición, no están exentos de crítica, *vid.*: McHugh, Paul (2017): “Informe de *amicus curiae* del Dr. Paul McHugh ante la petición de Costa Rica para obtener una Opinión Consultiva de parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos”, *Opinión Consultiva 24, Corte Interamericana de Derechos Humanos*, informe presentado por Tomás Henríquez en representación del autor, pp. 11-12 y 20-21.



tividad sexual se encuentra, así, en un plano diferente al de la atracción afectiva hacia otras personas<sup>62</sup>.

Expuesta ya la definición, es importante tener en cuenta que **la disforia de género se trata de un fenómeno muy excepcional**. La gran mayoría de las personas no manifiesta problemas de este tipo y afirma su identidad sexual sin dudar. “La APA (2014) estima que «aunque faltan cifras precisas, [...] entre el 0,005 y el 0,014% de los varones al nacer y el 0,002 al 0,003% de las mujeres al nacer cumplen con los criterios diagnósticos de disforia de género»<sup>63</sup>.

Asimismo, es importante reconocer que la disforia de género es una realidad compleja que presenta múltiples facetas y que no puede ser abordada desde una postura simplista<sup>64</sup>. De hecho, el Informe Cass destaca que **muchas veces el cuadro clínico que se presenta en los pacientes que padecen disforia de género viene acompañado de otras variables que no pueden ser dejadas de lado**:

*Entre los casos remitidos hay una mayor complejidad de presentación con altos niveles de neurodiversidad y/o problemas de salud mental concurrentes y una mayor prevalencia que en la población general de experiencias infantiles adversas y de niños bajo tutela.*<sup>65</sup>

Muchas veces el cuadro clínico que se presenta en los pacientes con disforia de género viene acompañado de otras variables que no pueden ser dejadas de lado.

Es importante tener en cuenta que cada caso es diferente y que no se puede generalizar la experiencia de las personas que son diagnosticadas con disforia de género. Es un error, como se ha demostrado, suponer que todo el problema se reduce a un simple conflicto entre una percepción (o una “decisión”) y el sexo dado biológico, pues las causas del diagnóstico, como veremos, varían<sup>66</sup>.

Como indica la definición que hemos tomado, la disforia de género es un diagnóstico clínico que contiene dos elementos: **manifestaciones de incongruencia entre el género y el sexo, y un malestar psíquico significativo**. “Disforia” viene del griego, como lo opuesto a la “euforia”, y significa un estado de ánimo de pena, molestia, irritabilidad, angustia o ansiedad.

La llamada “identidad de género” consiste en la percepción subjetiva de ser, sentirse, de un género determinado. En tanto la identidad de género está vinculada a la psicología del sujeto, por ser una percepción subjetiva, es también sensible a los estímulos y a la situación en que se encuentra. **Esta inestabilidad de la identidad de género es especialmente notoria hasta los 7 años, edad en que el niño suele alcanzar la “constancia de género”**.

¿Qué es la identidad de género y cómo se desarrolla en los niños?

A partir de este momento, el niño puede comprender que su identidad sexual es independiente de su comportamiento<sup>67</sup>. Por este motivo, la preferencia por algún comportamiento asociado al género opuesto, e incluso la manifestación de incongruencia de género, no significan necesariamente que el niño tenga definitivamente una “identidad de género” discordante asentada, sino

<sup>62</sup> En ese sentido, una persona que siente atracción hacia una persona de su mismo sexo no tiene (o no necesariamente, al menos) una crisis de identidad tan fuerte como una persona con disforia de género.

<sup>63</sup> Castro, Daniela y Suazo, Benjamín, *op. cit.* p. 1. Los autores citan el DSM-5.

<sup>64</sup> Cfr. Castro, Daniela y Suazo, Benjamín, *op. cit.* p. 1.

<sup>65</sup> Informe Cass, p. 26.

<sup>66</sup> Cfr. Levine, Stephen, *et al.* (2022): “Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults”, *Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol. 48, N°7, 706-727, pp. 709-710.

<sup>67</sup> Cfr. Rojas Saffie, Juan Pablo (2020): “Pseudociencia desmentida con ciencia”, *Raíz Humana*, p. 2. Así, el niño antes de los 7 años puede pensar que si juega con ciertos juguetes es de determinado sexo, hasta esta edad, cuando aprehende que siempre ha tenido la misma identidad sexual.

que cabe considerar otras causas, ya que no ha reconocido todavía plenamente que tiene ya una identidad sexual dada.

En definitiva, dado que la identidad de género es un concepto difuso e inestable, sobre todo en la primera edad, **las manifestaciones de incongruencia de género del niño no deben ser entendidas como determinantes**, sino que más bien corresponde realizar un análisis integral y considerar otras causas del fenómeno, que no son necesariamente indiciarias de ninguna clase de malestar, sino simples procesos propios del desarrollo del niño.

**Es una iniquidad creer que todos los niños que tienen en algún momento de su desarrollo pensamientos o comportamientos atípicos sobre el género, particularmente antes de la pubertad, deben ser animados a ser transgénero.**

*La idea de que un niño de dos años que haya expresado pensamientos o comportamientos identificados con el sexo opuesto puede ser etiquetado de por vida como transgénero no tiene absolutamente ningún apoyo científico. De hecho, es una iniquidad creer que todos los niños que tienen en algún momento de su desarrollo pensamientos o comportamientos atípicos sobre el género, particularmente antes de la pubertad, deben ser animados a ser transgénero.<sup>68</sup>*

**La disforia de género es un diagnóstico que tiende a desaparecer en la adultez.** En efecto, los análisis a la fecha muestran que es probable que el niño que fue diagnosticado con disforia de género durante su infancia, al llegar a la edad adulta ya no presentará síntomas de este trastorno.

*La persistencia de la disforia de género en la adultez varía según los autores: Green (1987): 2,3%; Drummond et al. (2008): 12%; Wallien and Cohen-Kettenis (2008): 27%; Singh (2012): 12,2%; Steensma et al. (2013): 37%; APA (2014): 2,2% a 30% en hombres y 12% a 50% en mujeres. Esto, siempre y cuando el medio no los empuje en dirección contraria. De ahí que es posible concluir, por un lado, que la gran mayoría de estos casos evoluciona favorablemente y, por otro, que evidentemente no es indiferente qué intentos se realicen.<sup>69</sup>*

El informe Cass, que representa un caso verdaderamente ejemplar de seriedad científica respecto del estudio de esta materia, señala al respecto con bastante solidez que **no existe apoyo empírico alguno para la persistencia de los síntomas, lo que, en última instancia, debería llevarnos a desaconsejar a todo evento e incluso prohibir la realización de intervenciones en menores de edad.** Dicho informe no realiza ninguna consideración antropológica previa, como las que hacemos en este estudio: se basa únicamente en un estudio de la evidencia empírica disponible. “No hay claridad en la relación que tiene haber realizado un diagnóstico con la persistencia de los síntomas en la trayectoria vital, especialmente en casos de diagnósticos prepuberales”<sup>70</sup>. Hay pocos estudios al respecto, y los que existen son metodológicamente deficientes, pero en el mejor de los casos indican que la persistencia no es alta, habiendo bastantes pacientes que desisten de su “transición”<sup>71</sup>. El informe no indica los motivos<sup>72</sup>, pero para un

<sup>68</sup> Mayer, Lawrence (2016): “Preface”, *The New Atlantis. A Journal of Technology & Society*, N°50, 4-6, p. 6. Citado por: Castro, Daniela y Suazo, Benjamín, *op. cit.*, p. 2.

<sup>69</sup> Castro, Daniela y Suazo, Benjamín, *op. cit.*, p. 2.

<sup>70</sup> Rodríguez, Cristián (2024): “El informe Cass y los tratamientos de disforia de género”, *Revista Suroeste*, disponible en: <https://revistasuroeste.cl/2024/06/11/el-informe-cass-y-los-tratamientos-de-disforia-de-genero/> (consultado el 13 de junio de 2024).

<sup>71</sup> Informe Cass, p. 162. *Vid.* Tabla 8.

<sup>72</sup> Acerca de los factores asociados a la persistencia, *vid.* Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, pp. 718-719. Este autor cita el siguiente artículo, entre otros: Steensma, Thomas et al. (2013): “Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study”, *Journal of*

tratamiento basado en evidencia debería ser suficiente con considerar la inestabilidad de los síntomas y de la decisión del paciente. Lo anterior ya se había constatado antes en múltiples estudios, incluso confirmado frente a la crítica:

*Entre los niños que cumplían los criterios diagnósticos de “Trastorno de identidad de género” en el DSM-IV (actualmente “disforia de género” en el DSM-5), el 67% dejó de padecer disforia de género en la edad adulta; la tasa de resolución natural de la disforia de género fue del 93% para los niños cuya disforia de género era significativa pero inferior al umbral para el diagnóstico del DSM.<sup>73</sup>*

A la inmensa cantidad de variables que desconocemos, se suma el hecho de que muchos de los estudios disponibles se realizaron cuando la “transición” no era una práctica común y recomendada por los pediatras<sup>74</sup>.

En ocasiones, **los profesionales que diagnostican la disforia pasan por alto las causas que llevaron al paciente a su situación y simplemente “tratan” la disconformidad con su sexo, u otros trastornos que presenten<sup>75</sup>.** Y no obstante, como reco-

mienda hasta el cansancio el Informe Cass, una medicina basada en evidencia –derecho de cualquier paciente– no debería realizar intervenciones invasivas sin un diagnóstico claro. Y en realidad, por este motivo los profesionales involucrados deberían centrarse en analizar las causas del diagnóstico, sin las cuales no parece posible comprender realmente el problema, ni mucho menos su solución<sup>76</sup>.

Un estudio de Lisa Littman hipotetiza la existencia de la **Disforia de Género de Inicio Veloz y tardío (DGIV)**, llamada así porque sería una disforia en jóvenes que se identifican con el género opuesto de manera rápida y luego de la pubertad. En el estudio muestra cómo adolescentes vulnerables psicológicamente, al entrar en grupos asociados a la llamada “diversidad sexual”, pueden manifestar una disconformidad de género por el sentido de pertenencia al grupo, lo que se llama “contagio entre pares”, sin tener efectivamente disforia género<sup>77</sup>. Aunque el tema ha sido discutido –hay algunos casos estudiados en Estados Unidos<sup>78</sup>– y falta investigación

**Los profesionales deberían centrarse en analizar las causas del diagnóstico de la disforia de género, sin las cuales no parece posible comprender realmente el problema ni mucho menos su solución.**

**Disforia de Género de Inicio Veloz y tardío (DGIV):** Aunque hay opositores al concepto, es una disforia de jóvenes que se identifican con el género opuesto de manera rápida y luego de la pubertad. Estudios muestran que adolescentes vulnerables psicológicamente pueden creer que tienen disforia de género debido a la influencia de las redes sociales y grupos asociados a la llamada “diversidad sexual”.

*the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 52, N°6, 582–590.

<sup>73</sup> Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 711. La traducción es nuestra. Este autor cita el siguiente artículo, entre otros: Zucker, Kenneth (2018): “The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender non-conforming children” by Temple Newhook *et al.* (2018)”, *International Journal of Transgenderism*, Vol. 19, N°2, 231-245.

<sup>74</sup> Cfr. Zucker, Kenneth (2020): “Debate: Different strokes for different folks”, *Child and Adolescent Mental Health*, Vol. 25, N°1, pp. 36-37, p. 36.

<sup>75</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 710.

<sup>76</sup> Como bien decía Aristóteles, “no creemos conocer algo si antes no hemos establecido en cada caso el «por qué»”, Aristóteles (†322 AC): *Física*, II, 194b 17-20. Utilizamos la traducción de Guillermo R. De Echandía: Aristóteles (1995): *Física*, Gredos, Madrid.

<sup>77</sup> Cfr. Rojas Saffie, Juan Pablo (2022): “Disforia de Género de Inicio Veloz”, *Raiz Humana*, p. 1. Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 710, que también cita bastantes autores sobre el mismo tema.

<sup>78</sup> Cfr. Rojas Saffie, Juan Pablo (2022), *op. cit.*, p. 2. El artículo de Littman es el siguiente: Littman, Lisa (2019): “Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria”, *PLOS ONE*, Vol. 14, N°3.

El tema sigue en discusión, pero en el último tiempo han habido nuevos estudios sobre la cuestión. *Vid.*: Littman, Lisa *et al.* (2024): “Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 53, N° 1, 57-76; p. 74: “Una ligera mayoría creía que sus historias eran coherentes con la disforia de género de inicio rápido”. Sapir, Leor *et al.* (2023): “The U.S. Transgender Survey of 2015 Supports Rapid-Onset Gender Dysphoria: Revisiting the Age of Realization and Dis-

al respecto, la sola mención de la influencia de grupos sociales en adolescentes muestra luces sobre el problema<sup>79</sup>, y que podrían perfectamente influenciar algunos de los diagnósticos que hoy se pueden apreciar. Esto, además, podría comenzar a ser más relevante por la influencia de conexiones generadas mediante internet<sup>80</sup>.

Otro elemento significativo de los diagnósticos es que **las personas que se encuentran dentro del espectro autista tienen mayor propensión a padecer disforia de género** que la población restante: algunos estudios sugieren que la probabilidad sería de 10 a 30 veces más que el resto de la población<sup>81</sup>. El Informe Cass también señala que **existe cierta relación entre la disforia de género y el TEA y TDAH**<sup>82</sup>. Se trata por cierto de un dato, y no de una crítica discriminatoria. Quizás esta información nos podría revelar algo acerca de si el desagrado y estrés propio de la disforia de género podría estar asociado a múltiples factores que no son abordados en las terapias con enfoque afirmativo, que parecen presentar una “solución” hipersimplificada a un problema tremendamente complejo.

En el gran auge de personas que afirman ser “transgénero” en la actualidad, la mayoría son mujeres y muchas sufren de trastornos mentales o tienen historial traumático

Añadido a lo anterior, es importante reconocer que **los diagnósticos de disforia han aumentado enormemente con el paso del tiempo, sobre todo entre pacientes biológicamente femeninas**<sup>83</sup>. La mayoría de personas que afirman ser “transgénero”, en el gran auge que hay en la actualidad, son mujeres, y **muchas sufren de trastornos mentales o tienen historial traumático**<sup>84</sup>. De hecho, en

---

closure of Gender Identity Among Transgender Adults’, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 53, N° 3, 863-868, p. 866: “Estos hechos apoyan aún más que muchos o la mayoría del grupo de edad de 18-24 años en [la Encuesta Transgénero de Estados Unidos de 2015] encajan en el perfil de [disforia de género de inicio rápido]”. Las traducciones son nuestras.

<sup>79</sup> Es importante destacar que existen dinámicas de “contagio social” bastante estudiadas (aunque no se desarrollan siempre del mismo modo), por ejemplo respecto del consumo de drogas, ideaciones suicidas, depresión y muchas otras variables. Vid., por ejemplo, Birnbaum, Gurit E. *et al.* (2022): “Is Infidelity Contagious? Online Exposure to Norms of Adultery and Its Effect on Expressions of Desire for Current and Alternative Partners”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 51, N°8, 3919–3930, *passim*, y Christakis, Nicholas A. y Fowler, James H. (2008): “The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network”, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 358, N°21, 2249-2258, *passim*. Christakis ha investigado bastante esta clase de fenómenos.

<sup>80</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 710.

<sup>81</sup> Cfr. Rojas Saffie, Juan Pablo (2020), *op. cit.*, p. 2.

<sup>82</sup> Cfr. Informe Cass, p. 93: “Algunos estudios sugieren que las personas transgénero y de género diverso tienen entre tres y seis veces más probabilidades de ser autistas que las personas cisgénero, una vez controlados la edad y el nivel educativo”. Vid., especialmente, la Tabla 3, en la misma página.

<sup>83</sup> Cfr. Informe Cass, Apéndice 5, fig. 2. El crecimiento de pacientes biológicamente mujeres diagnosticadas con disforia de género ha crecido tanto que, desde el año 2015, han duplicado los casos de pacientes biológicamente masculinos.

<sup>84</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 708. Este autor cita los siguientes artículos: Becerra-Culqui, Tracy *et al.* (2018): “Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers”, *Pediatrics*, Vol. 141, N°5; Kozłowska, Kasia *et al.* (2021): “Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service”, *Human Systems*, Vol. 1, N°1, 70-95. En la conclusión del último artículo citado (p. 91), se afirma lo siguiente: “Encontramos que las características clínicas de los niños que se presentaban a nuestro servicio eran comparables a las descritas por otras clínicas pediátricas: una ligera preponderancia de las mujeres biológicas a los varones y altos niveles de angustia y trastornos de salud mental comórbidos [...] nuestros resultados ponen de relieve que muchas de las [experiencias adversas de la infancia (EAI)] comunicadas por los niños y las familias –conflicto familiar, acoso, enfermedad mental de los padres, estrés económico, malos tratos y ruptura del sistema familiar– ocurren dentro del propio

un estudio de 2022 sobre mastectomías, se indica que se multiplicaron por 13 en 7 años, con un promedio de edad de los pacientes de 16 años y un rango de entre 12 y 17 años. La mayoría de ellos, antes de la operación, padecían depresión y ansiedad, entre otros problemas psicológicos y de uso de drogas<sup>85</sup>.

Si vemos en estos estudios que las personas con un problema psicológico son mucho más propensas a ser diagnosticadas con disforia, **cabría considerar que la existencia de estos problemas sea un factor importante, especialmente si unimos esto a la variable mencionada de los grupos sociales en la adolescencia** (pues parece razonable pensar que jóvenes con otros problemas psicológicos buscarán más aceptación por pertenecer al grupo). De esta manera, se podría afirmar que la manifestación de disforia de género y su malestar asociado, por parte de un niño o un adolescente, podría solucionarse sin recurrir a tratamientos tremendamente invasivos. Es cierto que el problema de la identidad de género en sí, dejando de lado otras posibles causas psicológico-sociales, es un fenómeno complejo que aún no comprendemos plenamente, pero **hay estudios que muestran que, además de los factores ambientales, la biología incide en mayor o menor medida, como en la genética y la etapa de gestación**<sup>86</sup>.

---

sistema familiar y que las EAI reflejan una larga historia de estrés relacional y una interrupción crónica de lo que normalmente son vínculos cómodos y enriquecedores”. La traducción es nuestra.

<sup>85</sup> Tang, Annie *et al.* (2022): “Gender-Affirming Mastectomy Trends and Surgical Outcomes in Adolescents”, *Annals of Plastic Surgery*, Vol. 88, N°4, S325-S331, pp. S326-S327.

<sup>86</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 710. Cfr. Hembree, Wylie *et al.* (2017): “Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline”, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 102, N°11, pp. 3874-3875.

# 6

## “Terapias” afirmativas: evidencia disponible

Han existido tres tipos de terapia para la disforia de género:

- Tratamiento psicosocial activo
- Espera vigilante
- Terapia afirmativa

Han existido varios tipos de terapias con las cuales tratar la disforia. Zucker reconoce tres aproximaciones al respecto: (i) “tratamiento psicosocial activo para reducir la disforia de género, de modo que la identidad de género del niño sea más congruente con su sexo biológico [...] (ii) [...] «espera vigilante», que asume la dificultad de predecir cuál será el resultado a largo plazo y, por tanto, el médico no debe recomendar mucho [ni la primera ni la tercera aproximación]”<sup>87</sup> y (iii) la “terapia afirmativa”, en sus ámbitos social, hormonal y quirúrgico. Las terapias afirmativas tienen, así, tres modos de concretarse (que, en la práctica, se materializan como etapas): la **transición social**, con sus aspectos de terapia psicológica; la **transición hormonal**, que incluye tanto la inyección de bloqueadores de pubertad como de “hormonas cruzadas” (es decir, del sexo opuesto); y, por último, la **transición quirúrgica**, también llamada “operación de reasignación de sexo”.

La llamada “terapia hormonal” consiste en administrar estrógenos a los hombres autoidentificados como mujeres y testosterona a las mujeres autoidentificadas como hombres, con el objeto de afirmar la identidad de género autopercebida con el desarrollo de características físicas propias del sexo biológico opuesto<sup>88</sup>. En el caso de jóvenes prepúberales, se administran primero blo-

Intervenciones quirúrgicas que son parte de la terapia afirmativa

queadores de pubertad, para retrasar los cambios físicos dados en esta etapa por las hormonas del respectivo sexo. En lo quirúrgico, se “incluye vaginoplastia, orquiectomía, histerectomía y salpingooforectomía, metoidioplastia o faloplastia, aumento mamario o mastectomía bilateral y reconstrucción de pecho, y cirugías faciales y laríngeas o traqueales,

según la identidad de género y las preferencias personales”<sup>89</sup>, con el mismo objeto que el tratamiento hormonal. En términos simples, consisten en: la extirpación de los testículos para la construcción de una vagina en hombres biológicos; la extirpación del útero, el cuello uterino, las trompas de Falopio y los ovarios para la construcción de un pene en mujeres biológicas o el uso del clítoris para ello, además de la extirpación de las mamas para la reconstrucción de un pecho masculinizado; y, finalmente, otras cirugías estéticas acorde a la identidad de género. En otras palabras, **se trata de mutilaciones acompañadas de “reconstrucciones” corporales para dar apariencia física del sexo opuesto.**

Uno de los más grandes problemas en relación con estas “terapias” es que **no se fundan en evidencia sólida**, es decir, que no existe evidencia que nos permita afirmar que funcionen como terapias, es decir, que puedan efectivamente aliviar los síntomas (al menos, no hay certeza al respecto en el caso de las terapias hormonal –tanto en la aplicación de bloqueadores de

<sup>87</sup> Zucker, Kenneth (2020), *op. cit.*, p. 36.

<sup>88</sup> Cfr. Mahfouda, Simone *et al.* (2019): “Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents”, *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, Vol. 7, N°6, 484-498, p. 1.

<sup>89</sup> *Idem.* La traducción es nuestra.

pubertad como de hormonas cruzadas– y quirúrgica). Así, el Informe Cass indica que con la aplicación de los bloqueadores de pubertad

*no se demostraron cambios en la disforia de género ni en la satisfacción corporal. Hubo pruebas insuficientes/inconsistentes sobre los efectos de la supresión de la pubertad en el bienestar psicológico o psicosocial, el desarrollo cognitivo, el riesgo cardiometabólico o la fertilidad.*<sup>90</sup>

Incluso, frente al argumento de que los bloqueadores de pubertad al menos permitirían tener más “tiempo para pensar”, el documento británico afirma que **no existe evidencia al respecto**, y que por el contrario, algunos han manifestado su preocupación por los posibles efectos que podrían tener en el cambio de la trayectoria psicosexual y el desarrollo de la identidad de género<sup>91</sup>, lo que parece atendible si tenemos en cuenta que no hay evidencia sobre dichos efectos durante la adolescencia<sup>92</sup>.

Respecto de la aplicación de hormonas del sexo opuesto –masculinas o femeninas–, el Informe Cass recoge una serie de 53 estudios, uno solo de los cuales fue catalogado como de alta calidad y se refería a los efectos secundarios de estos tratamientos, siendo los demás de calidad baja a moderada solamente<sup>93</sup>, adoleciendo de problemas metodológicos serios (falta de representatividad, problemas de selección, ausencia de grupos de comparación, entre otros)<sup>94</sup>. Y por otro lado, respecto de los efectos secundarios negativos **no hay información suficiente para afirmar nada con certeza, pero algunos indican cambios de peso, problemas de salud ósea y cardiometabólica**<sup>95</sup>. No hay tampoco evidencia sólida en torno al índice de suicidios<sup>96</sup>.

Acerca del problema de la reducción de suicidios –hablando de la aplicación de terapias afirmativas en general–, el Informe Cass es categórico en señalar que tampoco existe evidencia: “Trágicamente, **las muertes por suicidio en personas trans de todas las edades siguen estando por encima de la media nacional**, pero no hay pruebas de que los tratamientos afirmativos del género reduzcan esta situación”<sup>97</sup>.

A esto se suma otro punto, que no se refiere tanto a la academia y la evidencia disponible, sino al modo de operar de los servicios de salud y de las políticas públicas en relación con esta materia. El informe Cass vino a revelar –significando un gran escándalo mundial– que, en realidad, **la inmensa mayoría de las *Clinical Guidelines* de países desarrollados se citan entre ellas, todo sobre la base de un solo estudio holandés de 1998**<sup>98</sup> (el cual, por lo demás, sólo sugería que los bloqueadores de pubertad podrían influir positivamente en el bienestar de los pacientes con disforia de género, sin referirse a otros tratamientos más invasivos, como las hormonas cruzadas o las cirugías). Hay, por tanto, evidencia bibliométrica de cómo las asociaciones médicas **comenzaron a autocitarse para justificar sus**

No hay evidencia científica de que los tratamientos afirmativos del género hayan reducido las cifras de suicidios en personas trans.

<sup>90</sup> *Idem*, p. 32.

<sup>91</sup> Cfr. *Idem*, p. 130.

<sup>92</sup> Cfr. *Idem*, p. 196.

<sup>93</sup> Cfr. *Idem*, p. 184.

<sup>94</sup> Cfr. *Ibid.*

<sup>95</sup> Cfr. *Ibid.*

<sup>96</sup> Cfr. *Ibid.*

<sup>97</sup> *Idem*, p. 195.

<sup>98</sup> Cfr. *Idem*, p. 13.

**recomendaciones**, sin ningún *input* del cual recibir evidencia empírica<sup>99</sup>. En el Informe Cass se indica que

*la mayoría de las Guías [Clínicas] describieron evidencia insuficiente sobre los riesgos y beneficios del tratamiento médico en adolescentes, en particular en relación con los resultados a largo plazo. A pesar de ello, muchas seguían citando esta misma evidencia para recomendar tratamientos médicos.*<sup>100</sup>

Si vemos la información disponible pareciera que, a medida que creció el interés político y social por este tema, las recomendaciones (especialmente en las guías clínicas) a favor de una promoción ciega de los “tratamientos afirmativos” –mediante bloqueadores de pubertad, hormonas e incluso cirugías– fueron cada vez más abundantes. Y sin embargo, los documentos con tales recomendaciones **no presentan evidencias directas sobre la conveniencia de los tratamientos ni sobre su efectividad para el bienestar psicosocial de los pacientes**. Únicamente se remiten a otras recomendaciones, dando así una apariencia de seriedad o de consenso científico, pero sin ningún sustento empírico.

Existen otros enfoques a la fecha que no requieren tratamientos invasivos y que en ocasiones sí presentan un impacto positivo. El Dr. Zucker, por ejemplo, basado en su larga experiencia clínica con pacientes con disforia de género, sostiene que, **en muchos casos, la disforia de género en niños tiene raíces psicológicas o sociales que no necesariamente se explican por el solo problema de la “identidad de género”**. La terapia

de armonización de género, que forma parte de este enfoque, se lleva a cabo de manera integral e interdisciplinaria, involucrando tanto a los padres como al entorno del niño. El objetivo es ayudarlo a aceptar su sexo biológico y superar las dificultades psicológicas y sociales que esté experimentando. En lugar

Existe una terapia integral e interdisciplinaria llamada de “armonización de género”, que involucra también a los padres y el entorno, para ayudar al niño a aceptar su sexo biológico y superar las dificultades psicológicas y sociales que esté experimentando.

de aceptar una identidad de género cruzada, **el enfoque de armonización de género se centra en adaptar el género al sexo biológico del niño**<sup>101</sup>, es decir, que el paciente se sienta bien en su propia piel, como decía el propio doctor Zucker. No se trata, en todo caso, de una “terapia de conversión”, porque normalmente se aborda psicoterapéuticamente la crisis existencial del paciente en todas sus dimensiones<sup>102</sup>, con lo cual el paciente efectivamente aumenta su bienestar, incluso si durante un tiempo largo no es posible conseguir una reconciliación con su sexo biológico. Esto, además, **es más coherente con el modo en que normalmente se aborda la psicoterapia: preguntarse por los orígenes de la condición psicológica que enfrenta el paciente y ayudarlo**.

Pero a pesar de ser un modo efectivo de aliviar el sufrimiento de la gran mayoría de los pacientes, las guías clínicas y recomendaciones desde hace algunos años (poco más de una dé-

<sup>99</sup> Una explicación muy sintética sobre este punto específico del informe Cass puede encontrarse en Buttons, Christina (2024): “New systematic review exposes deceptive practices among medical organizations that endorse youth transition”, en *Buttonslives.news*, disponible en <https://www.buttonslives.news/p/new-systematic-review-exposes-deceptive> (consultado el 31 de mayo de 2024).

<sup>100</sup> Informe Cass, p. 130.

<sup>101</sup> Cfr. McHugh, Paul, *op. cit.*, pp. 21-22.

<sup>102</sup> Esta perspectiva, que lograba que cerca del 85% de los pacientes se reconciliara con el sexo biológico, fue recientemente explicada por el psicólogo Juan Pablo Rojas Saffie en un coloquio público que tuvo lugar en el Instituto de Estudios de la Sociedad, junto con Josefina Araos y Manfred Svensson: Coloquio IES “Niñez y transexualidad. Reflexiones críticas sobre terapias afirmativas” (18-06-2024), disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=IXPn5PwoD58&t=535s> (consultado el 22 de julio de 2024).



cada) acabaron por indicar los tratamientos afirmativos. Tales documentos suelen ser muy contrarios al enfoque del doctor Zucker, ni siquiera cuando el paciente mismo está interesado en algo diferente de la terapia afirmativa. Hasta el Informe Cass, el enfoque que prevalece consiste en el “afirmativo”. Este método sostiene que una vez manifestada la incongruencia de género, el asunto queda zanjado y el paciente *debe* transicionar definitivamente al género opuesto. **En lugar de buscar una reconciliación del paciente con su propia identidad o de paliar los efectos de la depresión y otros trastornos y síntomas, se fomenta un proceso de transición en todos los ámbitos vitales del paciente**<sup>103</sup>, obviando todas las dudas respecto de las causas de la disforia.

Por lo demás, en muchos casos los pacientes con disforia de género que han “transicionado”, o iniciado de alguna manera “tratamientos afirmativos”, se encuentran con múltiples dificultades para lograr encontrar posibilidades reales de “detransicionar”. En ese sentido, el Informe Cass “ha escuchado que las personas que experimentan arrepentimiento pueden dudar en comprometerse con los servicios de género que las apoyaron durante su transición inicial”<sup>104</sup>. Y no es extraño que así sea, pues en un inicio se les recomendó con entusiasmo una transición sin conocer a cabalidad sus consecuencias ni mencionar las probabilidades de su arrepentimiento futuro.

En Chile ya se empieza a ver el mismo problema, pues en una Circular del Ministerio de Salud se instruye al equipo de atención para no patologizar las identidades de género y utilizar el nombre y pronombre preferido por el paciente, incluso si este no ha cambiado legalmente<sup>105</sup>. Esto ya implica, de hecho, tomar *a priori* una posición “afirmativa”. Supuestamente se justificaría este modo de proceder porque “las personas cuya identidad de género no es conforme al asignado al nacer no están enfermas ni padecen un trastorno [...]”<sup>106</sup>. En otras palabras, no se reconoce ningún problema médico o psicológico, pues la *realidad* sería la autopercepción del niño o adolescente. Así, **se deja completamente de lado la evidencia científica que muestra que las dificultades de la disforia van más allá de un problema puntual sobre la propia sexualidad y la ausencia de datos sobre los efectos secundarios de la hormonización y de los bloqueadores de pubertad**. Simplemente se asume un relato dominante, una clave hermenéutica específica y una posición política, sin recoger la evidencia más sólida en un asunto tan delicado.

Se acostumbra a pensar que todos los problemas psicológicos que se dan junto con la disforia de género desaparecerán. Pero ello presenta serias dudas en el ámbito científico, además de que tales trastornos, como la ansiedad o la depresión, en muchos casos se presentan antes que la disforia, con lo cual, no pueden ser su efecto<sup>107</sup>. Incluso existe evidencia de que se ha intentado, para convencer a los padres y a los jóvenes a realizar la “terapia afirmativa”, usar la tasa de suicidios de las personas transgénero como argumento para realizar los procedimientos<sup>108</sup>. Sin embargo, en el largo plazo, **no se ha podido demostrar que las hormonas o las cirugías reduzcan esta tasa en personas con disforia de género**<sup>109</sup>.

<sup>103</sup> Cfr. *Idem*, p. 22.

<sup>104</sup> Informe Cass, p. 43.

<sup>105</sup> Cfr. Ministerio de Salud (2022): Circular N° 5, “Sobre la atención de salud de infancia y adolescencia trans y género no conforme”, pp. 2-3, disponible en <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/05/Circular-N°05-sobre-la-atencion-de-salud-de-infancia-y-adolescencia-trans-y-genero-no-conforme.pdf> (consultado el 26 de julio de 2024).

<sup>106</sup> *Idem*, p. 2.

<sup>107</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 708.

<sup>108</sup> Cfr. *Idem*, p. 711.

<sup>109</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 713. Este autor cita el siguiente artículo: Bränström, Richard y

**Detransición:** proceso en que se revierten, total o parcialmente, los efectos de una transición de género en el ámbito social, hormonal y/o quirúrgico.

# ALGUNOS HITOS TRATAMIENTOS TRANSAFIRMATIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

A fines del siglo XX surgen los **enfoques afirmativos** de la identidad de género del niño.

Además, se hace más común el uso de **bloqueadores de la pubertad**, que supuestamente darían a los adolescentes más tiempo para explorar su identidad de género sin sufrir cambios irreversibles”.

Después se masifica la **terapia hormonal**: se empieza a administrar testosterona o estrógeno a niños y adolescentes para alinear las características sexuales secundarias con su género “afirmado”.

**Cambios legales y sociales:** A lo largo de las décadas de 2000 y 2010 aumenta la defensa del reconocimiento legal de la identidad de género y la protección contra la discriminación, fomentando la expansión de los tratamientos transafirmativos.

## 2008

Según un estudio de la American College Health Education, en 2008 las trans-identificaciones de mujer a hombre afectaban a una de cada 2.000 estudiantes mujeres. 16 años más tarde esa cifra alcanza a una de cada 20.

## 2010

En Chile, la “Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género” (junio de 2010) fue uno de los compromisos cumplidos por el Minsal en su acuerdo con el Movilh (2007). El documento establece un conjunto de intervenciones terapéuticas de acuerdo al estándar de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) a fin de facilitar la atención a personas con incongruencia entre su sexo físico y su identidad de género.

## 2011

En los Países Bajos se empieza a administrar a niños y adolescentes bloqueadores de la pubertad y, luego, un tratamiento hormonal para que “comencien a vivir sus vidas como transgénero antes y de manera más creíble”.

## 2015

Riittakerttu Kaltiala, importante psiquiatra finlandesa, publica el primer estudio que destruye con pruebas clínicas el incuestionable “protocolo holandés”: “Los jóvenes a quienes tratábamos no mejoraban. Al revés, sus vidas se deterioraban. En ocasiones, ellos insistían en que sus vidas habían mejorado y eran más felices. Pero como médico, podía ver que estaban yendo a peor (...) Colegas de varios países decían que veían lo mismo”.

## 2018

Se promulga en Chile la Ley 21.120 de Identidad de género, que permite que niños entre 14 y 17 años cuya identidad no coincida con su sexo biológico puedan cambiar su nombre y sexo registral con la autorización del Tribunal de Familia. Además, dispone “programas de acompañamiento” desarrollados por el Estado junto a organizaciones de la sociedad civil.

## 2019

Una investigación periodística del Times en Reino Unido denuncia: “Un experimento masivo está en marcha con niños, los más vulnerables”. El equipo de expertos liderado por Hilary Cass, expresidenta del Real Colegio de Pediatría, accede a los historiales médicos de los más de 9 mil menores tratados por disforia de género y los datos son aterradoros.

## 2021

En Chile se crea el Programa de Apoyo a la Identidad de Género (PAIG), que constituye uno de los documentos jurídicos más importantes para materializar el enfoque afirmativo en menores de edad, a partir de los tres años. Y sirve de base para derivar hacia otros programas sobre “terapia” hormonal.

## 2022

Publicación del del Informe Cass provisional.

Suecia deja de administrar hormonas a menores, admiten que han dañado irreparablemente la salud de niños con los bloqueadores. Apuntan a terapias psiquiátricas y psicológicas como primera ayuda.

## 2023

En enero se revela en los Países Bajos que el “protocolo holandés”, adoptado en todo el mundo, se basó en un estudio de 2006 financiado por la empresa que comercializa la tripotorelina y con demasiados fallos estructurales.

Noruega restringe el uso de bloqueadores de pubertad, terapias hormonales y cirugía de reasignación de género a contextos de investigación. Le siguen Dinamarca (fármacos solo a menores que hayan manifestado disforia de género desde la infancia), una treintena de estados norteamericanos, Australia y Nueva Zelanda.

Se crea en Chile el programa de apoyo a la identidad de género Paig, “Crece con orgullo”, que amplía la edad para recibir asesoría de 3 a 17 años, agregando la obligación de usar enfoque afirmativo. Se reportan 1.202 niños en el Programa y se proyectan casi 3.000 para 2024.

## 2024

El informe Cass final señala que los tratamientos se han sustentado en evidencia poco sólida, estudios de mala calidad y con efectos secundarios que superan los beneficios, afectando a un grupo vulnerable con infancias traumáticas y problemas de salud mental que van más allá del género y que deben ser tratados por especialistas.

Reino Unido y Suecia restringen los tratamientos admitiendo haber dañado irreparablemente la salud de niños tratados con bloqueadores. Países como Alemania, Italia, Bélgica y Chile comienzan a revisar sus políticas.

Sin embargo, existe otro estudio que no deja tantas dudas metodológicas, realizado por Dhejne en Suecia, el año 2011. Este muestra que, en el largo plazo, la tasa de suicidios de hombres y mujeres trans luego de la cirugía de “reasignación de sexo” es 19 veces más alta que en adultos normales de su misma edad<sup>110</sup>. En el mismo se hizo un seguimiento por 30 años de la población trans sueca mostrando, además, que **la tasa de criminalidad de los hombres trans luego de la cirugía aumenta**<sup>111</sup>. Más aún, en otro estudio hecho en Países Bajos por Asscheman, en el que se estudia a transexuales con terapia hormonal, se concluye que

*con una mediana de seguimiento de más de 18 años, observamos en los sujetos transexuales [de hombre a mujer] una tasa de mortalidad relativamente mayor en un 51% en comparación con la población masculina general, debido principalmente al aumento de las tasas de mortalidad por suicidio, drogas ilícitas, SIDA, enfermedades cardiovasculares y causas desconocidas.*<sup>112</sup>

En el largo plazo, la tasa de suicidios de hombres y mujeres trans luego de la cirugía de reasignación de sexo es 19 veces más alta que en adultos normales de su misma edad.

En otros estudios se muestra que **en la “terapia afirmativa”, en todas sus etapas, la tasa de suicidios se mantiene siempre parecida**<sup>113</sup>, incluso entre los pacientes tratados y los no tratados<sup>114</sup>. Y esta es la misma conclusión a la que llega el Informe Cass. De lo que podemos concluir que ni la hormonización, ni mucho menos las “cirugías de reasignación de sexo”, evitan el suicidio en las personas trans en el largo plazo, como tienden a prometer algunos médicos y medios de comunicación, y poco ayuda a reducir su probabilidad.

---

Pachankis, John (2020a): “Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study”, *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 177, N°8, 727–734. A esta evidencia habría que sumar la que ya hemos mencionado, citando el Informe Cass, sobre el punto específico de los suicidios, respecto de las terapias afirmativas en general: cfr. Informe Cass, p. 195. El estudio citado de Bränström indica que, en 10 años, hubo una reducción del tratamiento psiquiátrico y de las hospitalizaciones por intento de suicidio en la población que había pasado por la cirugía de “reasignación de sexo”, pero de ahí no se sigue una disminución efectiva de los suicidios causada por la cirugía. Además, cuenta con múltiples problemas metodológicos (entre otros, que no compara la población trans que realizó la cirugía con la que no la realizó). De hecho, en una corrección al mismo artículo, publicada en la misma revista, se señala que sus resultados “no demostraron ninguna ventaja de la cirugía en relación con las posteriores visitas o prescripciones sanitarias relacionadas con trastornos del estado de ánimo o de ansiedad u hospitalizaciones tras intentos de suicidio en esa comparación”, Bränström, Richard y Pachankis, John (2020b): en “Correction to Bränström and Pachankis”, *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 177, N° 8, 734, p. 734.

<sup>110</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 713. Este autor cita el siguiente estudio: Dhejne, Cecilia *et al.* (2011): “Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden”, *PLOS ONE*, Vol. 6, N°2. Este estudio comparó un grupo de 324 sujetos transexuales operados con otro grupo de sujetos no transexuales del mismo sexo al que habían sido “reassignados” y otro del mismo sexo de nacimiento de los primeros. Los problemas psiquiátricos, intentos de suicidio y muerte por suicidio eran drásticamente superiores en el grupo transexual. Se debe tener en cuenta, sin embargo, que este estudio no mide la efectividad de la cirugía de “reasignación de sexo”, pues no compara a la población transexual antes y después de este procedimiento: McHugh, Paul, *op. cit.*, pp. 17-18; Dhejne, Cecilia, *op. cit.*, p. 2 y 7.

<sup>111</sup> *Idem*, pp. 6-7.

<sup>112</sup> Asscheman, Henk *et al.* (2011): “A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones”, *European Journal of Endocrinology*, Vol. 164, N°4, 635-642, p. 639.

<sup>113</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 714. Este autor cita el siguiente estudio: Wiepjes, Chantal *et al.* (2020): “Trends in suicide death risk in transgender people: Results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2017)”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 141, N°6, 486–491.

<sup>114</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 714. Este autor cita el siguiente estudio: Biggs, Michael (2022): “Suicide by Clinic-Referral Transgender Adolescents in the United Kingdom”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 51, N°2, 685–690.

Respecto a los jóvenes trans, es cierto que tienen una tasa de suicidio más alta que la juventud normal, sin embargo, solamente consiste en un 0.03% de la juventud trans en 10 años, según la clínica pediátrica más grande del mundo, en el Reino Unido<sup>115</sup>. Y más importante, **la disforia de género no es el único factor que contribuye al suicidio, y así como no es el único, tampoco la “terapia afirmativa” quirúrgica, si aceptáramos que ayuda a las personas trans, reduciría la probabilidad de suicidio por sí sola**, pues en conjunto con la disforia, estas personas tienen ya otros problemas psicológicos<sup>116</sup>.

*Se sabe que la depresión, los trastornos alimentarios, las condiciones del espectro autista y otras condiciones de salud mental que se encuentran comúnmente en los jóvenes con identificación transgénero [...] contribuyen independientemente a la probabilidad de suicidio.*<sup>117</sup>

**Las personas trans tienen una altísima propensión a trastornos de ansiedad, depresión, intentos de suicidio y otros problemas sociales, algunos ya mencionados.**

*En comparación con la población sin disforia de género, presentan mayor riesgo de depresión (50,6% vs. 20,6%) y ansiedad (26,7% vs. 10%) ; 1,5 veces más riesgo de abuso de sustancias. Además, un 41% de personas con disforia de género realiza intentos de suicidio.*<sup>118</sup>

**La terapia afirmativa no evita el suicidio en las personas trans en el largo plazo: sostener que es uno de sus beneficios no tiene ningún asidero científico.**

En el mismo sentido, el Informe Cass aborda el problema en toda su complejidad a partir de toda la evidencia disponible hasta la fecha, y concluye que “la evidencia no respalda adecuadamente la afirmación de que el tratamiento de afirmación de género reduce el riesgo de suicidio”<sup>119</sup>. En otras palabras, la principal razón que se esgrime como uno de los supuestos beneficios del enfoque “afirmativo” no tiene asidero científico.

Ante todos estos datos, se podría responder que la dificultad que enfrenta este grupo y que causa estos problemas es la estigmatización que sufren por parte de la sociedad. Así, los prejuicios serían el elemento determinante que explicaría la vulnerabilidad psicológica de este grupo en Chile y en los demás países. El camino para vencer la discriminación sería entonces una legislación favorable a los “tratamientos afirmativos” y un cambio en la cultura que abra los espacios a esta comunidad y, con esta teoría, se podrían justificar las altas tasas de depresión, ansiedad y suicidios, así como una legislación que permita el cambio social, hormonal y quirúrgico en adultos y jóvenes transgénero<sup>120</sup>.

<sup>115</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 713. Este autor cita el siguiente artículo: Biggs, Michael (2022), *op. cit.*

<sup>116</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 713; Morandini, James, *et al.* (2022): “Shifts in demographics and mental health co-morbidities among gender dysphoric youth referred to a specialist gender dysphoria service”, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 27, N°2, 480-491, pp. 486-487.

<sup>117</sup> Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 713. Este autor cita el siguiente artículo, entre otros: Morandini, James, *op. cit.*

<sup>118</sup> Castro, Daniela y Suazo, Benjamín, *op. cit.*, p. 2.

<sup>119</sup> Informe Cass, p. 186. En las páginas 185-186 aborda en detalle el asunto.

<sup>120</sup> Para una presentación de esta hipótesis como explicación de las altas tasas de depresión y suicidio en la población trans, *vid.*: Guzmán-González, Mónica *et al.* (2020): “Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile”, *Revista médica de Chile*, Vol. 148, N°8, 1113-1120; Barrientos, Jaime *et al.* (2019): “Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa”, *Terapia Psicológica*, Vol. 37, N°3, 181-197. Es importante señalar que se trata de un estudio cualitativo –realizado a partir de encuestas hechas a 17 personas seleccionadas por organizaciones LGBT–, por lo que no permite inferir ninguna conclusión sobre la causa de las experiencias testimoniadas (por mucho que los participantes las atribuyan “a los

La literatura científica sobre la población transexual en Chile es pequeña, pero los datos que tenemos actualmente indican que

*los [...] transgénero reporta[n] una prevalencia de depresión (40,0%) diez veces mayor que la población general a nivel mundial (4,4%) y casi siete veces mayor que la población chilena. Igualmente, el porcentaje [...] que declara ideación suicida en el último año (68,8%) supera con creces al 2,2% a nivel nacional; lo mismo sucede con los intentos suicidas (34,1% versus 0,7%).<sup>121</sup>*

También, en la llamada Encuesta T, con una muestra de 315 personas, se indica un intento de suicidio del 56% de los encuestados y percepción de discriminación en el 40% de ellos, de diverso tipo<sup>122</sup>. El problema es que estos datos no nos permiten inferir que la causa de los suicidios o el malestar de una persona con disforia de género es la ausencia de tratamientos afirmativos, ni tampoco la “cultura discriminatoria”, pues hay muchas variables que no se encuentran totalmente controladas (situación socioeconómica del paciente, si recibió o no alguna forma de terapia afirmativa y cuál, diversidad de entornos cercanos y muchas otras). Con lo cual, **la investigación respecto a la población trans en Chile sigue siendo muy precaria y hay que tener cuidado con sobregeneralizar sus conclusiones.**

¿Existen estudios sobre la población transgénero en Chile?

Actualmente, se sabe que Chile se encuentra en el puesto 27 del *LGBT Global Acceptance Index*, de entre 2014 y 2017, con una puntuación de 6.7 de 10<sup>123</sup>. Entre el 2000 y 2003 estaba en el puesto 26 con 5.5 puntos; entre 2004 y 2008 en el puesto 29 con 5.8 puntos; y entre 2009 y 2013 en el puesto 25 con 6.1 puntos<sup>124</sup>. En contraste, entre los países con más puntuación, es decir, con más aceptación para la comunidad LGBT, están Países Bajos, Suecia e Islandia. El primero y el segundo ostentaron el primer y segundo puesto de la lista con 6.8 y 6.7 puntos respectivamente, entre el año 2000 y 2003. Aumentaron ambos entre el año 2004 y 2008, pero Islandia pasó al primer puesto y Países Bajos al segundo entre 2009 y 2013 con 8.4 y 7.9 puntos respectivamente. Finalmente, entre 2014 y 2017, Islandia tuvo 8.9 puntos y Países Bajos 8.6. Suecia, en el último intervalo de años, se encuentra en el puesto 8, con 7.9 puntos<sup>125</sup>.

Precisamente en estos países europeos comenzaron los tratamientos afirmativos de disforia de género, con los “Dutch studies”<sup>126</sup>, y parece razonable pensar que ya antes existía allí más aceptación a la “población trans”. Y para saber si la discriminación es un factor determinante o importante –como insinúan algunos– para la tasa de mortalidad por suicidio, los intentos e ideaciones

---

efectos del prejuicio sexual”, p. 194).

<sup>121</sup> Guzmán-González, Mónica, *op. cit.*, pp. 1116-1117.

<sup>122</sup> Linker, Dania *et al.* (2017): “Informe sobre Encuesta T”, pp. 4 y 16, disponible en [https://otdchile.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe\\_ejecutivo\\_Encuesta-T.pdf](https://otdchile.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe_ejecutivo_Encuesta-T.pdf) (consultado el 26 de julio de 2024), disponible en [https://otdchile.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe\\_ejecutivo\\_Encuesta-T.pdf](https://otdchile.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe_ejecutivo_Encuesta-T.pdf) (consultado el 26 de julio de 2024). Es importante destacar, para evitar confusiones y sin por eso restarle importancia, que la mayoría de las situaciones catalogadas como “violencia” no son de tipo físico (que llega a un 8% de los casos, p. 21). Por otro lado, se trata de encuestas sobre la percepción de discriminación, y no de hechos verificados de discriminación (aunque, por cierto, esa percepción sí nos indica algo de la realidad chilena). Por supuesto, ninguna de esas precisiones justifica ni valida en ningún sentido actos de discriminación arbitraria y otras formas de ofensa, que acarrearán mucho sufrimiento.

<sup>123</sup> Flores, Andrew (2019): “Social Acceptance of LGBT People in 174 Countries. 1981 to 2017”, Williams Institute - UCLA, disponible en <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Global-Acceptance-Index-LGBT-Oct-2019.pdf> (consultado el 26 de julio de 2024).

<sup>124</sup> *Idem*, p. 30-31.

<sup>125</sup> *Idem*, p. 30.

<sup>126</sup> Especialmente el “Protocolo Holandés”, cfr. Informe Cass, p. 68.

suicidas, y trastornos psicológicos como la depresión y ansiedad, se debe hacer una comparación entre las tasas de todas estas variables en Chile y todas ellas en estos otros países más tolerantes en términos de diversidad sexual. Lo que ocurre, no obstante, es que los datos en nuestro país son insuficientes, lo que impide realizar esta comparación.

Incluso en los países con las más altas aceptaciones a la comunidad LGBT, la tasa de mortalidad por suicidio y los trastornos psicológicos son sumamente altos (antes, durante y después de las políticas y recomendaciones en favor de los tratamientos transafirmativos).

Lo que podemos constatar es que **incluso en países que tienen más puntuación en el índice de aceptación a la comunidad LGBT, la tasa de mortalidad por suicidio y los trastornos psicológicos son altos**, también después de las políticas y recomendaciones en favor de los “tratamientos transafirmativos”<sup>127</sup>. Con lo cual resulta muy dudosa la afirmación de que la discriminación, el prejuicio y demás agresiones causan todos los problemas que tienen las personas con disforia de género. Si de verdad se quiere buscar una solución a sus problemas, se debe, primero, identificar las causas, lo cual no se ha hecho de la mejor manera en la comunidad científica. Incluso, **existen grupos con alta tasa de discriminación, pero con tasas de suicidio considerablemente menores a las personas con disforia de género**, lo que hace pensar que, en realidad, ese no es el problema<sup>128</sup>.

De esta manera, vemos que no existe evidencia científica o estadística para determinar que efectivamente la vulnerabilidad de este grupo es producto principalmente de la discriminación de la sociedad. Es evidente que la estigmatización ha estado presente en relación con este grupo y es muy probable que haya significado un agravante para sus dificultades. Sin embargo, no es esta la única causa ni existe evidencia de que sea la principal, por lo que **se hace necesario evaluar también el modo en que es abordado el problema, principalmente los criterios utilizados para determinar una efectiva disforia de género** y los métodos terapéuticos a utilizar una vez diagnosticada.

**La “terapia afirmativa” no disminuye los índices de suicidios, ni trata los problemas médicos que contribuyen a ellos.** Por otro lado, las altas tasas de depresión y suicidios no se deben a una discriminación de la sociedad, pues en muchas ocasiones incluso preceden a la misma disforia

o a la llamada “expresión de género” ¿Qué es lo que sí puede producir un “tratamiento afirmativo”? En un estudio, que analiza 24 artículos de forma profunda y 9.924 resúmenes de estudios<sup>129</sup> sobre el uso de hormonas como terapia de afirmación y sus efectos, se afirman dos cosas relevantes: que (1) “el tratamiento con GnRHα [hormonas de terapia de género] en niños con disforia de género debe considerarse un **tratamiento experimental de casos individuales** más que un procedimiento estándar”<sup>130</sup>, pues (2)

*esta revisión sistemática de casi 10.000 resúmenes seleccionados sugiere que se desconocen los efectos a largo plazo de la terapia hormonal sobre la salud psicosocial y somática, excepto que el tratamiento con GnRHα parece retrasar la maduración ósea y el aumento de la densidad mineral ósea.*<sup>131</sup>

¿Qué es lo que sí puede producir un “tratamiento transafirmativo”?

<sup>127</sup> V. gr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 714. Este autor cita el siguiente estudio: Wiepjes, Chantal *et al.* (2020): “Trends in suicide death risk in transgender people: Results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2017)”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 141, N°6, 486–491.

<sup>128</sup> Cfr. Rodríguez Rioseco, Nicolás (2019): “Debate, problemáticas y efectos que derivan de la Ley de Identidad de Género”, *Revista Actualidad Jurídica UDD*, N° 40, p. 183. Es el caso de los nómadas irlandeses, que menciona este artículo.

<sup>129</sup> Ludvigsson, Jonas *et al.* (2023): “A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research”, *Acta Paediatrica*, Vol. 112, N°11, 2279–2292.

<sup>130</sup> *Idem*, p. 2280.

<sup>131</sup> *Idem*, p. 2290. Sobre el uso de hormonas, existe además una gran crítica a los estudios holandeses o “the

Así también lo han denunciado recientemente casi 7.000 profesionales de la salud en una carta abierta a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, por su reciente lanzamiento del libro *Gender-Affirming Psychiatric Care*, en el cual se promueve la terapia hormonal cuando la literatura científica ha dicho que no se han comprobado efectos positivos a largo plazo de este tratamiento<sup>132</sup>. Asimismo, el Colegio Americano de Peditras, en un reciente documento en que analiza la vasta bibliografía sobre el tema, concluye que

*no hay pruebas a largo plazo de que los protocolos actuales de medicación y cirugía para la “afirmación del género” beneficien su bienestar mental. Las elevadas tasas de intentos de suicidio y/o de suicidios consumados entre las personas que han recibido intervenciones de “afirmación de género” indican que, como mínimo, deberían realizarse ensayos controlados a largo plazo si se desea continuar con estas intervenciones.*<sup>133</sup>

Existen elevadas tasas de intentos de suicidio y/o de suicidios consumados entre las personas que han recibido intervenciones de “afirmación de género”.

En el mismo sentido, el Informe Cass recomienda –desde una posición que políticamente busca ser lo más neutral posible– ser muy cautos en la aplicación de “tratamientos afirmativos”, dado que la evidencia disponible es absolutamente insuficiente. El documento inglés, sin rechazar estos tratamientos ni asumir una perspectiva antropológica específica, **recomienda “una aproximación clínica extremadamente cauta y un fuerte fundamento clínico para proveer hormonas antes de los 18 años”**<sup>134</sup>.

Como la evidencia científica disponible es absolutamente insuficiente, el Informe Cass recomienda “una aproximación clínica extremadamente cauta y un fuerte fundamento clínico para proveer hormonas antes de los 18 años”.

En segundo lugar, y como se señaló anteriormente, **se ha demostrado que los bloqueadores de la pubertad afectan a la densidad ósea de los jóvenes**<sup>135</sup>, “porque los esteroides sexuales son fundamentales para la adquisición de hueso durante la pubertad y el mantenimiento de la masa ósea en la edad adulta”<sup>136</sup>. Otro estudio indica que, del total de los jóvenes examinados, un tercio acabó con baja densidad ósea, “en el 2,3% más bajo de la distribu-

Dutch studies”, respecto a los supuestos beneficios de la terapia hormonal que estos defienden y que son de gran uso dentro de la academia y centros médicos que apoyan este procedimiento. Incluso, son citados por la *Endocrine Society*, Hembree, Wylie, *op. cit.*, p. 3880, cuando en realidad no son de fiar. Dentro de sus falencias se encuentran: sesgo en el resultado de la investigación, evidencia incompleta de los riesgos a la salud física y poca aplicabilidad universal respecto a la juventud trans. *Vid.*: Abbruzzese, Elvira *et al.* (2023): “The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed”, *Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol. 49, N°6, 673-699. Asimismo, en un estudio que analizaba la calidad de vida de los trans en relación a la terapia hormonal, se concluyó que esta ayudaba, pero que “la evidencia en esta revisión es de muy baja calidad debido a las serias limitaciones metodológicas de los estudios incluidos”: Murad, Mohammad *et al.* (2010): “Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes”, *Clinical Endocrinology*, Vol. 72, N°2, 214-231, p. 229.

<sup>132</sup> Schwartz, Lauren *et al.* (2024): “An Open Letter to the American Psychiatric Association Regarding the Publication of Gender-Affirming Psychiatric Care”, disponible en <https://www.fairforall.org/open-letters/open-letter-apa/> (consultado el 26-07-2024).

<sup>133</sup> Anderson, Jane *et al.* (2024): “Position Statement. Mental Health in Adolescents with Incongruence of Gender Identity and Biological Sex”, <https://acpeds.org/position-statements/mental-health-in-adolescents-with-incongruence-of-gender-identity-and-biological-sex> (consultado el 26 de julio de 2024).

<sup>134</sup> Informe Cass, p. 34.

<sup>135</sup> Navabi, Behdad *et al.* (2021): “Pubertal Suppression, Bone Mass, and Body Composition in Youth With Gender Dysphoria”, *Pediatrics*, Vol. 148, N°4, p. 6. Además, *vid.*: Twohey, Megan y Jewett, Christina (2022): “They Paused Puberty, but Is There a Cost?”, *The New York Times*, disponible en: <https://www.nytimes.com/2022/11/14/health/puberty-blockers-transgender.html> (consultado el 16 de febrero de 2024).

<sup>136</sup> Navabi, Behdad, *op. cit.*, p. 2. La traducción es nuestra.

Se ha demostrado que los bloqueadores de la pubertad afectan a la densidad ósea de los jóvenes y la terapia hormonal también aumenta el riesgo de infarto y de pérdida de fertilidad, entre otros efectos nocivos para la salud.

ción para su sexo y edad. Unos pocos pacientes registraron valores extremadamente bajos, en el 0,13% inferior [...] lo que se asocia a un alto riesgo de osteoporosis<sup>137</sup>. Aunque es solo un caso, “un paciente británico que empezó a tomar GnRHa a los 12 años sufrió cuatro fracturas óseas a los 16”<sup>138</sup>. Acerca de esto, el Informe Cass afirma que **“los bloqueantes de la pubertad están pensados para ser una intervención a corto plazo y se desconoce el impacto de su uso durante un período prolongado, aunque el impacto perjudicial sobre la densidad ósea por sí solo es preocupante”**<sup>139</sup>.

En tercer lugar, recientemente **se ha descubierto una asociación entre las personas transgénero y problemas cardiovasculares**. El estudio fue hecho con un amplio rango etario de personas transgénero y personas normales, lo cual perfecciona investigaciones hechas anteriormente sobre el mismo tema<sup>140</sup>. En él se obtiene la siguiente conclusión:

*La población transgénero presentó un mayor historial notificado de infarto de miocardio en comparación con la población cisgénero, excepto en el caso de las mujeres transgénero en comparación con los hombres cisgénero, incluso tras ajustar por factores de riesgo cardiovascular.*<sup>141</sup>

En concreto, las mujeres transgénero (hombres en transición) tienen un 2% más de probabilidades de padecer un infarto de miocardio, en comparación a las mujeres comunes, pero sin mayor diferencia con los hombres comunes, luego de ajustar los datos teniendo en cuenta la edad, la hipertensión, el ejercicio físico, si es que fuman, entre otros factores que afectan al sistema cardiovascular<sup>142</sup>. Con el mismo ajuste, los hombres transgénero (mujeres en transición) mostraron más de un 4% de probabilidad más que las mujeres comunes para padecer un infarto y un 2% más que los hombres para lo mismo<sup>143</sup>. Sin embargo, como dijimos anteriormente, lo importante son las causas, aunque la mera relación es alarmante. Se dice en el estudio que la asociación entre ambas condiciones es multifactorial, en relación con estresantes sociales, abuso de sustancias, entre otros, en la población transgénero; además, **la terapia hormonal también aumenta el riesgo de infarto, pues genera la posibilidad de coágulos o vasoconstricción**<sup>144</sup>.

Relacionado con lo anterior, en 2023 un estudio encontró gran asociación en la terapia hormonal de género con: ictus isquémico, con probabilidad de ocurrencia del 7,15%; embolia pulmonar, con 4,92%; infarto de miocardio con elevación del segmento ST, con 5,90%; y infarto de miocardio sin elevación del segmento ST, con 3,30%<sup>145</sup>.

<sup>137</sup> Biggs, Michael (2021): “Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria”, *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, Vol. 34, N°7, 937-939, p. 937. La traducción es nuestra.

<sup>138</sup> *Idem*, p. 938. La traducción es nuestra.

<sup>139</sup> Informe Cass, p. 170.

<sup>140</sup> Cfr. Alzahrani, Talal *et al.* (2019): “Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population”, *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, Vol. 12, N°4, pp. 5-6. Para los otros estudios, *vid.*: Getahun, Darios *et al.* (2018): “Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons: A Cohort Study”, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 169, N°4, 205-213; Nota, Nienke *et al.* (2019): “Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy: Results from a Large Cohort Study”, *Circulation*, Vol. 139, N°11, 1461-1462.

<sup>141</sup> Alzahrani, Talal, *op. cit.*, pp. 6-7. La traducción es nuestra.

<sup>142</sup> Cfr. *Ibid.*, p. 5.

<sup>143</sup> Cfr. *Idem*.

<sup>144</sup> Cfr. *Idem*; Getahun, Darios, *op. cit.*, *passim*; cfr. Nota, Nienke, *op. cit.*, p. 1462.

<sup>145</sup> Cfr. Ahmed, Ibrahim (2023): “Cardiovascular outcomes in gender dysphoric patients undergoing hor-



En cuarto lugar, **se ha demostrado que tanto las intervenciones hormonales como las quirúrgicas, pueden llegar a causar pérdida irreversible de la fertilidad** (cosa que muchas veces no se informa al paciente, y que puede ser muy relevante en caso de que en el futuro quiera “detransicionar”). En el caso de la población “trans femenina”, “en sí misma lleva a disminución de la espermatogénesis y eventualmente azoospermia”<sup>146</sup>. Y en caso de la población “trans masculina”, “provoca una pérdida irreversible de la capacidad reproductiva natural en las mujeres transexuales”<sup>147</sup>. Luego, en el caso de “hombres transexuales”, por “la histerectomía y la ooforectomía bilateral provocan una pérdida irreversible de la capacidad reproductora natural [...]”<sup>148</sup>. Por lo anterior, es que se ve en la literatura científica la búsqueda de métodos de preservación de la fertilidad, antes de los “tratamientos afirmativos”, así como después de ellos<sup>149</sup>. Asimismo, por ello la *Endocrine Society*, en sus recomendaciones para la práctica clínica con personas transgénero, establecía informar sobre la posible pérdida de fertilidad por los tratamientos y maneras de preservarla<sup>150</sup>.

En quinto lugar, **el tratamiento hormonal en transgénero de mujer a hombre produce con alta probabilidad alopecia androgénica**. Aunque el tema aún debe ser estudiado a fondo, hasta el momento se sabe que

*pequeños estudios sugieren que entre el 32,1% y el 63,3% de los [transgénero] que toman testosterona desarrollan [alopecia androgénica] [y que] la pérdida de cabello fue significativamente más frecuente en los pacientes que tomaban testosterona, pero no en los que recibían [terapia hormonal afirmativa del género] feminizante.*<sup>151</sup>

En sexto lugar, **el tratamiento quirúrgico trae consigo innumerables complicaciones postoperatorias**. Estas dependen de múltiples factores, como el tipo de operación, ya sea faloplastia con sus distintas técnicas o metoidioplastia, o la vaginoplastia.

*La tasa de complicaciones tras una vaginoplastia profunda es del 49-70%. [...] Las complicaciones postoperatorias comunes observadas con la [vaginoplastia por inversión peneana] son necrosis cutánea (1,5%- 23,3%), dehiscencia de la herida (9,6%-10,6%) y hematomas (1,06%-16%).*<sup>152</sup>

“Estoy horrorizada de que, cuando me hicieron la histerectomía [extirpación del útero], no me advirtieran de la importancia de esos órganos. Ahora es demasiado tarde. Tengo 23 años y básicamente, estoy en la menopausia. No puedo comprender cómo los médicos permitieron que esto pasara”.

Lucy, joven sometida a transición hormonal en el Reino Unido por la disforia de género que padecía.

mone replacement therapy”, *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 81, N°8, Suplemento, 1666-1666, p. 1666.

<sup>146</sup> Wierckx, Katrien *et al.* (2012): “Sperm Freezing in Transsexual Women”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 41, N°5, 1069-1071, p. 1069. La traducción es nuestra. Los autores citan los siguientes artículos: Lübbert, Horst *et al.* (1992): “Effects of ethinyl estradiol on semen quality and various hormonal parameters in a eugonadal male”, *Fertility and Sterility*, Vol. 58, N°3, 603-608; Schulze, Cornelia (1988): “Response of the human testis to long-term estrogen treatment: Morphology of Sertoli cells, Leydig cells and spermatogonial stem cells”, *Cell and Tissue Research*, Vol. 251, N°1, 31-43.

<sup>147</sup> *Idem.* La traducción es nuestra. Lo citado es obvio, teniendo en cuenta que la cirugía de afirmación remueve los testículos para intentar dar forma de una vagina.

<sup>148</sup> Wierckx, Katrien *et al.* (2011): “Reproductive wish in transsexual men”, *Human Reproduction*, Vol. 27, N°2, 483-487, p. 483. La traducción es nuestra. Cabe aclarar que no todas las mujeres que buscan transicionar se operan para quitarse sus órganos reproductivos internos.

<sup>149</sup> *Vid.*: Wierckx, Katrien (2012), *op. cit.*, *passim*; Wierckx, Katrien (2011), *op. cit.*, *passim*.

<sup>150</sup> Hembree, Wylie, *op. cit.*, *passim*.

<sup>151</sup> Gao, Julia *et al.* (2021): “Androgenetic alopecia in transgender and gender diverse populations: A review of therapeutics”, *Journal of the American Academy of Dermatology*, Vol. 89, N°4, 774-783, p. 775. La traducción es nuestra. Los autores citan los siguientes artículos: Marks, Dustin y Senna, Maryanne (2020): “Androgenetic Alopecia in Gender Minority Patients”, *Dermatologic Clinics*, Vol. 38, N°2, 239-247; Marks, Dustin *et al.* (2019): “Hair loss among transgender and gender-nonbinary patients: a cross-sectional study”, *British Journal of Dermatology*, Vol. 181, N°5, 1082-1083.

<sup>152</sup> Melancon, Devin *et al.* (2021): “Surgical Outcomes and Complications of Genital Gender Affirmation Surgery”, *Current Sexual Health Reports*, Vol. 13, 107-116, p. 108. La traducción es nuestra.

*Las molestias urinarias son un problema postoperatorio menor relativamente frecuente. [Las] más frecuentes son la retención urinaria (2,6-15,5%), la estenosis uretral (0-1,06%), las infecciones urinarias (7%) y otros problemas urinarios como la incontinencia y el chorro interrumpido (13,2-15%).<sup>153</sup>*

Existe también **riesgo de necrosis luego de la operación**: para el neoclítoris de un 0,5%, pero en el caso de la neovagina y los neolabios es mucho más alto, con entre un 1-15% y un 8,3% respectivamente<sup>154</sup>. “Otras complicaciones postoperatorias frecuentes asociadas a la vaginoplastia son el tejido de granulación (13,2 - 26%) y la dehiscencia menor de la herida (9,6 - 10,6%), que a menudo pueden tratarse de forma conservadora”<sup>155</sup>.

Respecto a las operaciones trans de mujer a hombre, en el caso de la metoidioplastia, en que se usa el clítoris para formar un pene,

*la tasa de complicaciones oscila entre el 8,9 y el 65,6% y algunos pacientes experimentan más de una complicación tras la reconstrucción. Las complicaciones más frecuentes están relacionadas con la reconstrucción uretral y las tasas de fistula uretral son del 2,5%-40,6% [...] y las estenosis uretrales [...] se dan en el 2,5%-18,8%, y pueden darse juntas.<sup>156</sup>*

El caso de la faloplastia es peor, pero las complicaciones se deben a muchas variables. En la mayoría de los casos estas se dan por la reconstrucción de la uretra y su alargamiento<sup>157</sup>.

*La tasa media de complicaciones entre las series de faloplastia oscila entre el 2,2% y el 84%, con muchos pacientes que presentan más de una complicación en el 15,8%-61,1%. Las complicaciones urológicas son las más frecuentes tras la faloplastia, entre las que se incluyen las estenosis uretrales, la fistula uretrocutánea y la disfunción miccional. [...] Las tasas notificadas de complicaciones uretrales varían según las series y oscilan entre el 8,6% y el 64% para la estenosis uretral y entre el 3,2% y el 56% para la fistula uretral.<sup>158</sup>*

**Sin evidencia disponible, y dados los efectos colaterales adversos y la baja probabilidad de disminución real de un bienestar a largo plazo, no parece razonable promover esta clase de tratamientos, mucho menos con la facilidad con la que se hace hoy en día.**

Cabe destacar que la tasa de complicación para estas cirugías es muy alta. **En conclusión: incluso prescindiendo de la antropología que aquí asumimos, en el mejor de los casos requeriría de gran meditación por parte de los médicos y, especialmente, del paciente para realizar estas cirugías.** Pero si a eso le sumamos la ausencia de evidencia disponible, considerando los efectos colaterales adversos y la baja probabilidad de disminución real de un bienestar a largo plazo, claramente no parece razonable promover esta clase de tratamientos.

A todo lo anterior se agrega el fenómeno de los “detransicionados” que, aunque sea numéricamente pequeño<sup>159</sup>, resulta especialmente revelador sobre el drama que sufren las personas con disforia de género. **La “detransición” consiste en un proceso por el cual “personas que, después realizar un proceso de transición de género en el ámbito social, hormonal o quirúrgico, [lo revierten] total o parcialmente”<sup>160</sup>.** Los testimonios son indicativos de lo desgarradora que se siente la experiencia: “Me aferraba al logro de «convertirme en mujer»,

<sup>153</sup> *Ibidem*, p. 109. La traducción es nuestra.

<sup>154</sup> Cfr. *Ibidem*, pp. 109-110.

<sup>155</sup> *Ibidem*, p. 110. La traducción es nuestra.

<sup>156</sup> *Ibidem*, p. 111. La traducción es nuestra.

<sup>157</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 112.

<sup>158</sup> *Ibidem*, p. 112. La traducción es nuestra.

<sup>159</sup> Cfr. Informe Cass, Apéndice 8.

<sup>160</sup> Rojas Saffie, Juan Pablo (2021): “Detranccionadores: breve estado del arte”, *Raiz Humana*, p. 1.

pero aún no estaba preparada para admitir que mi verdadero logro había sido simplemente haberme pasado por una<sup>161</sup>.

Este tipo de casos muestran los daños que puede generar la reducción de todas las interrogantes sin resolución a un problema de percepción subjetiva. **Los estudios muestran que el arrepentimiento ante las “terapias afirmativas” existe, y cada uno de esos casos es verdaderamente trágico:** en muchas ocasiones revelan que la identificación con el otro género es solo una fase de exploración en la propia identidad<sup>162</sup>, con lo cual queda absolutamente claro que en realidad se aborda el problema y se entrega una respuesta sin conocimiento suficiente sobre las consecuencias. A esto se suma el hecho de que, como señalaba Levine en 2022, **“en los últimos años, desde que se ha popularizado la «terapia afirmativa» en materia de género, el ritmo de «detransición» parece estar acelerándose”**<sup>163</sup>.

*Según un estudio reciente de una clínica de género para adultos en el Reino Unido, el 6,9% de las personas tratadas con intervenciones afirmativas de género abandonaron el tratamiento en sólo 16 meses, y otro 3,4% tenía un patrón de atención que sugería una detransición, lo que arroja una tasa de detransición probable superior al 10%.*<sup>164</sup>

En realidad, si revisamos todos los datos disponibles, no parece existir total claridad sobre la cantidad de personas que abandonan un tratamiento iniciado (al menos el “tratamiento” hormonal). Como se indica en el Informe Cass: **“el porcentaje de personas tratadas con hormonas que posteriormente abandonan el tratamiento sigue siendo desconocido debido a la falta de estudios de seguimiento a largo plazo**, aunque hay indicios de que las cifras están aumentando”<sup>165</sup>.

Un estudio de Littman, donde se entrevista a 100 detransicionadores, concluye entre otras cosas lo siguiente:

*Algunas de las personas que abandonaron la transición relataron experiencias que apoyan [la] hipótesis [...] [de] que su disforia de género comenzó durante o después de la pubertad y que los problemas de salud mental, los traumas, los compañeros, las redes sociales, las comunidades en línea y la dificultad para aceptarse a sí mismas como lesbianas, gays o bisexuales estaban relacionados con su disforia de género y su deseo de transición.*<sup>166</sup>

Efectivamente, se hace necesario un análisis más integral de los casos antes de favorecer una “transición”. Sin embargo, en la realidad el procedimiento es muy distinto: simplemente se tiende a fomentar la “transición”, al menos social.

Como se ve, existen variadas consecuencias de la “terapia afirmativa” en todos sus ámbitos, pero que permanecen desconocidas por la falta de estudios a largo plazo y sin sesgos ni problemas metodológicos.

<sup>161</sup> Levine, Stephen (2018): “Transitioning Back to Maleness”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 47, N°4, 1295-1300, p. 1297. La traducción es nuestra.

<sup>162</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 711. Este autor cita el siguiente artículo, entre otros: Littman, Lisa (2021): “Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 50, N°8, 3353-3369.

<sup>163</sup> Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 711. La traducción es nuestra.

<sup>164</sup> *Idem.* La traducción es nuestra.

<sup>165</sup> Informe Cass, p. 33.

<sup>166</sup> Littman, Lisa (2021), *op. cit.*, p. 3367. La traducción es nuestra. Para el tema de la detransición, *vid.*: Paul, Pamela (2024): “As Kids, They Thought They Were Trans. They No Longer Do”, *The New York Times*, disponible en: <https://www.nytimes.com/2024/02/02/opinion/transgender-children-gender-dysphoria.html> (consultado el 20 de febrero de 2024).



## EL CASO DE AMELIA GUERRERO

**“Lo vi como una vía de escape, siempre fui el «marimacho» del «cole». Tienes problemas, crees que escapar de tu sexo biológico los solventará, pero no es así, encuentras explicación en una realidad que te construyes”.**

Amelia es una joven española que, siendo niña, sufrió abusos sexuales que la marcarían de por vida, haciéndola sentir un profundo desagrado con su propio cuerpo. Manifestó diversos síntomas de inestabilidad emocional y de crisis de salud mental y se autolesionaba. A todo eso se sumaron conductas de acoso, bullying y críticas de su entorno, en el que no encajaba.

A los 13 años comenzó a vivir en internet, conoció grupos de personas “trans” y se sintió inclinada a pertenecer a un grupo así: “Eso justificaba” –comenta ella al diario ABC de Madrid– “las críticas que había recibido por ser diferente a lo que se esperaba de mí por ser mujer, y explicaba mi atracción por el pelo corto, la ropa ancha o que me gustara tanto el fútbol”. A los 20 años ya declaraba que se había tragado “la doctrina queer”.

Hoy, ya “detransicionada”, reconoce que sigue “sufriendo disforia”, pero afirma claramente: “nacé mujer y sigo siendo una mujer”.

Conoce su historia >> <https://www.youtube.com/watch?v=SQMYAQD52Uc>

# 7 Conclusiones

¿Qué decir de todo esto? Tras un análisis exhaustivo de la evidencia empírica disponible, tanto cuantitativa como cualitativa, **si lo que buscamos es el mejor bienestar físico y mental de los niños, pareciera que lo más sensato no es promover las terapias de “afirmación” de género en ellos, sino prohibirlas (con seguridad, al menos, las hormonales y quirúrgicas)**. El Informe Cass, en efecto, sin asumir otra premisa axiológica que dicho bienestar, desaconseja su promoción. En todo caso, deja claro que se debería proceder con la mayor de las cautelas cuando se trata de aplicación de hormonas y bloqueadores de pubertad, desaconsejando tajantemente cualquier procedimiento quirúrgico “afirmativo”.

No solo existe incertidumbre científica respecto de los efectos de las terapias hormonales y del beneficio o perjuicio psicológico de la cirugía de “reasignación de sexo”, sino que **sabemos que la terapia social implica un aumento de las posibilidades de persistencia en la incongruencia y disforia de género, y que la terapia hormonal causa problemas médicos**, para el fortalecimiento de los huesos de los jóvenes, el crecimiento del cabello en las mujeres y la salud cardiovascular de las personas trans. La ponderación de estos problemas cobra mayor relevancia si consideramos que **los “tratamientos” no solucionan los problemas de salud mental que se presentan en este tipo de casos** –como los índices de suicidios–, y, especialmente, si se tiene presente que en muchos casos de disforia de género (entre el 67% y el 93% de los casos según algunos estudios<sup>167</sup>) los síntomas desaparecen al llegar a la adultez y hay una reconciliación psicológica con el sexo biológico. De esta manera,

*si uno concluye, dada la evidencia disponible, que es poco probable que el niño persista en su incongruencia de género luego de la infancia sin que exista un reforzamiento activo; y que la afirmación del género actualmente preferido por medio de herramientas legales, hormonales y quirúrgicas puede llevar a una mayor confusión del menor, a un potencial perjuicio mental y corporal, y una eventual necesidad de “des-transicionar”, entonces **es claro que el método de la armonización es el único que puede servir a conservar el bien superior y los intereses del niño***.<sup>168</sup>

Sabemos que la terapia social aumenta las posibilidades de que persistan la incongruencia y disforia de género, la terapia hormonal causa problemas médicos, y los “tratamientos” no solucionan los problemas de salud mental que se presentan en este tipo de casos.

Con toda la incertidumbre y los efectos negativos, está claro que, como reconocen McHugh y también la dra. Cass, **la mejor solución parece ser la terapia que aborde las distintas crisis que sufre el paciente de modo holístico e integral (como, por lo demás, siempre se ha entendido la terapia psicológica)**. Esto es además lo que se condice con una antropología equilibrada –ni espiritualista, ni materialista–, que reconozca la relevancia del cuerpo en la configuración de la propia identidad. No parece descabellado pensar, y la evidencia cada vez muestra con más claridad, que no es posible negar sistemáticamente nuestro cuerpo, incluyendo su dimensión sexual, como algo dado o, mejor dicho, como un don *recibido*.

<sup>167</sup> Cfr. Levine, Stephen (2022), *op. cit.*, p. 711.

<sup>168</sup> McHugh, *op. cit.*, p. 23.

*La plenitud de la persona humana no es posible sin que de una u otra manera integre su propio ser sexuado, dentro del orden dispuesto por su naturaleza. De esta manera, se entiende que la moral sexual no es una imposición externa, sino **una forma de vivir afirmando libremente nuestro propio ser**. El bien integral de la persona humana, en cuanto es parte de la sociedad política, comprende necesariamente esta dimensión, y por eso no es inocua una legislación que desconoce la relevancia del orden natural en materia sexual.<sup>169</sup>*

En este punto confluyen las dos perspectivas que hemos buscado abordar en este trabajo. Por un lado, la evidencia –los datos– y, por otro, la antropología filosófica. **La persona humana está dotada de unidad, lo que quiere decir que lo que buscamos comprender con ambos enfoques es lo mismo.** La ciencia empírica –no solamente los datos sobre los “tratamientos afirmativos”, sino también la psicología del desarrollo, la anatomía y la embriología– nos muestra ciertas cosas, sin poder responder a la pregunta por el sentido. Así, si leemos el Informe Cass, veremos que desaconseja los “tratamientos afirmativos” en menores de edad, pero no se hace cargo del sentido de la sexualidad, de la dimensión identitaria de nuestro ser corporal ni mucho menos del llamado de nuestro ser a un amor que es fecundo. Todos estos elementos son fundamentales y no puede prescindirse de ellos si lo que pretendemos es profundizar un conocimiento cabal –y por tanto integral– del sufrimiento de las personas con disforia de género.

Los datos, a fin de cuentas, nos muestran una dimensión cuantitativa de la realidad muy importante, pero no es el único aspecto que nos permite comprenderla a cabalidad. Si nos detenemos a pensarlo un momento: ¿no es realmente absurdo que hayamos tenido que llegar hasta el extremo

**¿No es realmente absurdo que hayamos tenido que llegar hasta el extremo actual, arruinando irrevocablemente las vidas de miles de niños, por una ideología que hace violencia a la naturaleza de las cosas?**

actual, arruinando irrevocablemente las vidas de miles de niños, por una ideología que hace violencia a la naturaleza de las cosas? Y es que los casos de disforia de género son dilemas realmente dolorosos, dramáticos, pero **de todas las alternativas posibles la respuesta de los “tratamientos afirmativos” es la que más directamente niega el más mínimo sentido común: no solamente por los casos en que se ha llegado a mutilar a un menor de edad** –porque en realidad, no

es posible “reassignar el sexo”, como si de cambiar zapatos se tratase–, sino también por las hormonas cruzadas y los bloqueadores de pubertad. Si nuestra sexualidad es una parte importante de lo que somos, no es posible llegar a este extremo sin dañar de manera grave y permanente algo muy profundo en la identidad de cada uno de esos pacientes.

No han sido unos pocos casos que accidentalmente llevaron a este problema, sino una política pública promovida abiertamente, sin evidencia suficiente (aunque no podemos, por cierto, asumir la mala fe de todos los médicos tratantes<sup>170</sup>), por una ideología que, silenciosamente, negó el sentido común y toda forma de antropología equilibrada sobre el cuerpo. Quizás no de modo tan burdo, pero sí **existe hoy en día una mentalidad según la cual el cuerpo se ve como materia disponible, y no como parte del yo, y quizás esa mentalidad es parte de lo que complicó las cosas**: si se ven los datos desde ese prisma, y le sumamos la supuesta evidencia del famoso *dutch protocol*, se dio inicio a uno de los más graves desastres de la historia de la medicina. Recientemente, el Informe Cass ha mostrado los problemas de los “tratamientos afirmativos”, sin afirmar ninguna verdad antropológica de fondo. Pero eso tampoco es algo

<sup>169</sup> Comunidad y Justicia (2021): “Matrimonio: Mitos, malentendidos, verdades”, informe disponible en: <https://comunidadyjusticia.cl/wp-content/uploads/2021/11/SUAZO-HARGOUS-Matrimonio.-Mitos-malentendidos-y-verdades.pdf> (consultado el 14 de junio de 2024), pp. 19-20.

<sup>170</sup> En el mismo sentido, Rodríguez, Cristián, *op. cit.*

que podamos pedir a un informe empírico como ese: los datos nos revelan muchas cosas, por cierto, pero no nos darán una respuesta definitiva sobre **lo que** somos (ni mucho menos sobre **quiénes** somos). Y no obstante, sí nos entregan información que nos permite descartar lo que **no** somos, así como las consecuencias negativas de algunas prácticas.

**La persona humana es una: su psicología responde a su naturaleza tanto como su fisiología**, y por eso los datos son compatibles con la biología y con la percepción que la mayoría de las personas tiene respecto de su propio cuerpo, el sentido común. Esta es la respuesta que podemos ver que se encuentra en una visión antropológica moderada –que no caiga en los extremos de un materialismo o de un espiritualismo radicales–, que dé su lugar tanto a la identidad subjetiva como a la corporalidad en todas sus dimensiones. **No puede negarse, por tanto, la relevancia de nuestra propia biología en la configuración de nuestra identidad, de lo que somos.**

La evidencia indica, en última instancia, que no es posible negar la naturaleza sin sufrir graves consecuencias: **no somos un yo escindido de su cuerpo.**

La respuesta frente a esta cuestión pasa, como se ve, por una afirmación que excede necesariamente lo puramente empírico –lo fáctico, lo cuantificable–, porque **lo humano es aquello en la naturaleza que se caracteriza precisamente por ser mucho más que lo puramente empírico: cada ser humano es una persona.** Y “la persona es aquello que es perfectísimo en toda la naturaleza, o sea, lo subsistente en la naturaleza racional”<sup>171</sup>. Se trata de algo que supera con creces lo puramente descriptivo, lo material: **la persona humana es más ella misma cuando se reconoce como algo que va más allá de esos elementos superficiales que puede captar de sí misma.** Y siendo así, se comprende como alguien dotado de una particular dignidad, como alguien que no solamente posee ciertas características elevadas, sino como alguien que es especial en el mundo. Alguien que ha recibido un ser que es mucho más especial y perfecto que otros seres que conoce en el mundo, tan perfecto y especial que es capaz de *poseerse*, de modo que sus actos *son suyos* en el origen<sup>172</sup> y que le permiten *darse* a sí mismo a otros. Se comprende a sí mismo, en definitiva, como alguien que fue arrojado a la existencia desde y para el don. La profundidad del yo, como algo que va más allá de la pura materialidad, llevaría así a la conclusión exactamente opuesta de la que esgrimen los defensores del enfoque “afirmativo”: el cuidado de lo que somos, como algo *dado*, o mejor dicho, *recibido*. En un plano teológico, Joseph Ratzinger sostenía por eso que

*El hombre se hace hombre cuando expresa más que solo a sí mismo, cuando no se representa únicamente a sí mismo, sino cuando es expresión de lo divino, de lo santo, de lo completamente diferente. No es hombre cuando se encierra en sí mismo, contemplándose como falto de enigma y nada más que de su propiedad; será más él mismo cuando haya dejado de querer solo a sí mismo, cuando haya reconocido que a sus espaldas se abren los abismos y que su ser alcanza el infinito. Para decirlo de otro modo: es hombre propiamente tal cuando deja de actuar solamente para sí mismo, cuando deja de considerarse completo y cerrado.*<sup>173</sup>

Todo esto no es algo demostrable mediante evidencia empírica –no podría serlo, pues sería justamente lo que se eleva sobre el plano meramente empírico–, pero ella sí nos permite afirmar con mayor certeza lo anterior: **el ser humano debe entenderse como una unidad armónica, en la que tanto el cuerpo como el yo son dos dimensiones inseparables.** Y no solamente

<sup>171</sup> Aquino, s. Tomás (†1274): *S. Th.*, I, q. 29, a. 3, c. La traducción es nuestra

<sup>172</sup> Cfr. Amado, Antonio, op.cit.

<sup>173</sup> Ratzinger, Joseph (2013): “Qué es el hombre”, *Humanitas*, disponible en <https://www.humanitas.cl/benedicto-xvi/i-que-es-el-hombre-joseph-ratzinger> (consultado el 14 de junio de 2024).

eso, sino que el cuerpo está empapado con la misma dignidad que el yo, y en el yo está llamado a la misma altura y grandeza. El cuerpo es, así, un regalo que no es absolutamente disponible a voluntad, algo que, en cierto sentido, es sagrado; algo que deberíamos respetar, cuidar y desplegar, no destruir ni alterar. Y quizás, desde esa base filosófica, podría repensarse –para mayor bien de los pacientes con disforia de género– el modo en que nos aproximamos a las soluciones políticas, psicológicas y médicas de este dilema.

**El ser humano debe entenderse como una unidad armónica, en la que tanto el *cuerpo* como el *yo* son dos dimensiones inseparables, empapados con la misma dignidad y llamados a la misma altura y grandeza.**



# Bibliografía

- Abbruzzese, Elvira et al. (2023): “The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed”, *Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol. 49, N°6, 673-699.
- Ahmed, Ibrahim (2023): “Cardiovascular outcomes in gender dysphoric patients undergoing hormone replacement therapy”, *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 81, N°8, Suplemento, 1666-1666.
- Alexander, Gerianne et al (2008): “Sex Differences in Infants’ Visual Interest in Toys”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 38, N°3, 427-433.
- Alzahrani, Talal et al. (2019): “Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population”, *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, Vol. 12, N°4.
- Amado, Antonio (2023): “Un nombre nuevo”, *Revista Suroeste*, disponible en <https://revistasuroeste.cl/2023/07/19/un-nombre-nuevo/> (consultado el 28 de mayo de 2024).
- Anderson, Jane et al. (2024): “Position Statement. Mental Health in Adolescents with Incongruence of Gender Identity and Biological Sex”, disponible en <https://acpeds.org/position-statements/mental-health-in-adolescents-with-incongruence-of-gender-identity-and-biological-sex> (consultado el 26-07-2024).
- Aquino, s. Tomás (†1274): *Summa Theologiae*.
- Aquino, s. Tomás (†1274): *Summa contra Gentiles*.
- Archer, John (2004): “Sex Differences in Aggression in Real-World Settings: A Meta-Analytic Review”, *Review of General Psychology*, Vol. 8, N°4, 291-322.
- Aristóteles (†322 A.C.): *Ética a Nicómaco*. Utilizamos la traducción de Julio Pallí Bonet, en Aristóteles (2021): *Ética a Nicómaco*, Gredos, Barcelona.
- Aristóteles (†322 A.C.): *Física*. Utilizamos la traducción de Guillermo R. De Echandía: Aristóteles (1995): *Física*, Gredos, Madrid.
- Aristóteles (†322 A.C.): *Política*. Utilizamos la traducción de Manuela García Valdés, en: Aristóteles (1988): *Política*, Gredos, Madrid.
- Arregui, Jorge y Choza, Jacinto (1992): *Filosofía del Hombre. Una antropología de la intimidad*, Rialp, Madrid.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014): *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, American Psychiatric Publishing, Washington DC y Londres.
- Asscheman, Henk et al. (2011): “A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones”, *European Journal of Endocrinology*, Vol. 164, N°4, 635-642.
- Baron-Cohen, Simon (2003): *The Essential Difference: The Truth About The Male And Female Brain*, Basic Books, New York.
- Barrientos, Jaime et al. (2019): “Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa”, *Terapia Psicológica*, Vol. 37, N°3, 181-197.
- Becerra-Culqui, Tracy et al. (2018): “Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers”, *Pediatrics*, Vol. 141, N°5.
- Benedicto XVI (2005): *Deus Caritas est*.
- Biggs, Michael (2021): “Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria”, *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, Vol. 34, N°7, 937-939.
- Biggs, Michael (2022): “Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 51, N°2, 685-690.
- Birnbaum, Gurit E. et al. (2022): “Is Infidelity Contagious? Online Exposure to Norms of Adultery and Its Effect on Expressions of Desire for Current and Alternative Partners”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 51, N°8, 3919-3930.
- Bränström, Richard y Pachankis, John (2020a): “Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study”, *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 177, N°8, 727-734.
- Bränström, Richard y Pachankis, John (2020b): en “Correction to Bränström and Pachankis”, *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 177, N°8, 734.
- Butler, Judith (2007): *El género en disputa*, Paidós, Barcelona.
- Buttons, Christina (2024): “New systematic review exposes deceptive practices among medical organizations that endorse youth transition”, en *Buttonslives.news*, disponible en <https://www.buttonslives.news/p/new-systematic-review-exposes-deceptive> (consultado el 31 de mayo de 2024).
- Casanova, Carlos (2023): *Verdad Práctica. En defensa de la ética clásica*, Ediciones UC, Santiago de Chile.
- Cass, Hillary (2024): “Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People”, NHS England - NHS Improvement, disponible en <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/> (consultado el 27 de mayo de 2024). El informe se cita simplemente como “Informe Cass”. Las traducciones de las citas textuales son nuestras.
- Castro, Daniela y Suazo, Benjamín (2020): “Disforia de Género: estado del arte”, *Fundación Raíz Humana*.
- Christakis, Nicholas A. y Fowler, James H. (2008): “The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network”, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 358, N°21, 2249-2258.
- Coleman, Paul B. (2012): *Censored. How European “Hate Speech” Laws are Threatening Freedom of Speech*, Kairos Publications, Viena.

- Comunidad y Justicia (2021): "Matrimonio: Mitos, malentendidos, verdades", informe disponible en: <https://comunidadyjusticia.cl/wp-content/uploads/2021/11/SUAZO-HARGOUS-Matrimonio.-Mitos-malentendidos-y-verdades.pdf> (consultado el 14 de junio de 2024).
- Congregación para la Doctrina de la Fe (2024): *Dignitas infinita*.
- Cross, Catherine et al. (2011): "Sex Differences in Impulsivity: A Meta-Analysis", *Psychological Bulletin*, Vol. 137, N°1, 97-130.
- Davis, Jac T.M. y Hines, Melissa (2020): "How Large Are Gender Differences in Toy Preferences? A Systematic Review and Meta-Analysis of Toy Preference Research", *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 49, N°2, 373-394.
- Dhejne, Cecilia et al. (2011): "Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden", *PLOS ONE*, Vol. 6, N°2.
- Flores, Andrew (2019): "Social Acceptance of LGBT People in 174 Countries. 1981 to 2017", *Williams Institute - UCLA*, disponible en <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Global-Acceptance-Index-LGBT-Oct-2019.pdf> (consultado el 26-07-2024).
- Gao, Julia et al. (2021): "Androgenetic alopecia in transgender and gender diverse populations: A review of therapeutics", *Journal of the American Academy of Dermatology*, Vol. 89, N°4, 774-783.
- Getahun, Darios et al. (2018): "Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons: A Cohort Study", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 169, N°4, 205-213.
- George, Robert P. (2016): "Gnostic Liberalism", *First Things*, disponible en <https://www.firstthings.com/article/2016/12/gnostic-liberalism> (consultado el 11 de julio de 2022).
- Guzmán-González, Mónica et al. (2020): "Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile", *Revista médica de Chile*, Vol. 148, N°8, 1113-1120.
- Hamlen, Karla (2010): "Re-Examining Gender Differences in Video Game Play: Time Spent and Feelings of Success", *Journal of Educational Computing Research*, Vol. 43, N°3, 293-308.
- Hembree, Wylie et al. (2017): "Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 102, N°11, pp. 3874-3875.
- Hines, Melissa (2010): "Sex-Related Variation in Human Behavior and the Brain", *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 14, N°10, 448-456.
- Hines, Melissa (2011): "Gender Development and the Human Brain", *Annual Review of Neuroscience*, Vol. 34, 69-88.
- Kozłowska, Kasia et al. (2021): "Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service", *Human Systems*, Vol. 1, N°1, 70-95.
- Kumpulainen, Venla et al. (2023): "Sex differences, asymmetry, and age-related white matter development in infants and 5-year-olds as assessed with tractbased spatial statistics", *Human Brain Map - Wiley*, Vol. 44, N°7, 2712-2725.
- Letelier, Gonzalo (2017): "Solidaridad: ¿un nuevo principio social?", en *Solidaridad. Política y economía para el Chile de la posttransición* (Antonio Correa y Cristián Stewart eds.), Idea País – Construye Sociedad – Fundación Hanns Seidel, Santiago, 38-49.
- Levet, Bérénice (2018): *Teoría de género o el mundo soñado de los ángeles*, IES, Santiago.
- Levine, Stephen (2018): "Transitioning Back to Maleness", *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 47, N°4, 1295-1300.
- Levine, Stephen, et al. (2022): "Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults", *Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol. 48, N°7, 706-727.
- Linker, Dania et al. (2017): "Informe sobre Encuesta T", disponible en [https://otdchile.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe\\_ejecutivo\\_Encuesta-T.pdf](https://otdchile.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe_ejecutivo_Encuesta-T.pdf) (consultado el 26-07-2024).
- Lippa, Richard (2006): "The Gender Reality Hypothesis", *American Psychologist*, Vol. 61, N° 6, 639-640.
- Littman, Lisa (2019): "Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria", *PLOS ONE*, Vol. 14, N°3.
- Littman, Lisa (2021): "Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners", *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 50, N° 8, 3353-3369.
- Littman, Lisa et al. (2024): "Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults", *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 53, N° 1, 57-76.
- López, Natalia (2021): *Humanos. Los vínculos familiares en el corazón del cerebro*, Rialp, Madrid.
- Lübbert, Horst et al. (1992): "Effects of ethinyl estradiol on semen quality and various hormonal parameters in a eugonadal male", *Fertility and Sterility*, Vol. 58, N°3, 603-608.
- Ludvigsson, Jonas et al. (2023): "A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research", *Acta Paediatrica*, Vol. 112, N°11, 2279-2292.
- Mahfouda, Simone et al. (2019): "Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents", *The Lancet Diabeted & Endocrinology*, Vol. 7, N°6, 484-498.
- Marks, Dustin et al. (2019): "Hair loss among transgender and gender-nonbinary patients: a cross-sectional study", *British Journal of Dermatology*, Vol. 181, N°5, 1082-1083.
- Marks, Dustin y Senna, Maryanne (2020): "Androgenetic Alopecia in Gender Minority Patients", *Dermatologic Clinics*, Vol. 38, N°2, 239-247.
- Martínez-Freire, Pascual (2004): "Psicología y materialismo", *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*, Vol. 9, 123-142.
- Mayer, Lawrence (2016): "Preface", *The New Atlantis. A Journal of Technology & Society*, N°50, 4-6.
- McCarthy, Margaret (2017): *Sex and the Developing Brain*, Morgan & Claypool, San Rafael (CA, EE.UU.).
- McHugh, Paul (2017): "Informe de *amicus curiae* del Dr. Paul McHugh ante la petición de Costa Rica para obtener una Opinión Consultiva de parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos", *Opinión Consultiva 24, Corte Interamericana de Derechos Humanos*, informe presentado por Tomás Henríquez Carrera en representación del autor.
- Melancon, Devin et al. (2021): "Surgical Outcomes and Complications of Genital Gender Affirmation Surgery", *Current Sexual Health Reports*, Vol. 13, 107-116.

- Melendo, Tomás (2014): “Varón y mujer. La condición sexuada a la luz de la «seinsmetaphysik»”, en *La persona: divina, angélica, humana. Actas del I Congreso Internacional Tomista* (María Esther Gómez de Pedro, Maite Pilar Cereceda Martínez e Ignacio Serrano del Pozo eds.), RIL Editores, Santiago de Chile, 97-141.
- Millán-Puelles, Antonio (2000): “Persona humana y sexualidad”, en *El matrimonio y su expresión canónica ante el III milenio: X Congreso Internacional de Derecho Canónico* (Pedro Juan Viladrich ed.), EUNSA, Pamplona, 9-26.
- Ministerio de Salud (2022): Circular N°5, “Sobre la atención de salud de infancia y adolescencia trans y género no conforme”, disponible en <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/05/Circular-N°05-sobre-la-atencion-de-salud-de-infancia-y-adolescencia-trans-y-genero-no-conforme.pdf> (consultado el 26-07-2024)
- Miranda, Alejandro (2008): “El principio de doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico”, *Revista Chilena de Derecho*, Vol. 35, N°3, 485-519.
- Morandini, James, et al. (2022): “Shifts in demographics and mental health co-morbidities among gender dysphoric youth referred to a specialist gender dysphoria service”, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 27, N°2, 480-491, pp. 486-487.
- Moreno, José Eduardo; Resett, Santiago; y Schmidt, Analía (2015): *El Sí Mismo. Una noción clave de la psicología de la persona humana*, EDUCA - Facultad Teresa de Ávila (UCA), Buenos Aires.
- Murad, Mohammad et al. (2010): “Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes”, *Clinical Endocrinology*, Vol. 72, N°2, 214-231.
- Navabi, Behdad et al. (2021): “Pubertal Suppression, Bone Mass, and Body Composition in Youth With Gender Dysphoria”, *Pediatrics*, Vol. 148, N°4.
- Nienke et al. (2019): “Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy: Results from a Large Cohort Study”, *Circulation*, Vol. 139, N°11, 1461-1462.
- Orchard, Pierina (2023): “Avancemos, es nuestro turno”, *Revista Suroeste*, disponible en: <https://revistasuroeste.cl/2023/03/07/avancemos-es-nuestro-turno/> (consultado el 29-12-2023).
- Paul, Pamela (2024): “As Kids, They Thought They Were Trans. They No Longer Do.”, *The New York Times*, disponible en: <https://www.nytimes.com/2024/02/02/opinion/transgender-children-gender-dysphoria.html> (consultado el 20-02-2024).
- Platón (†347 A.C.): *Banquete*. Utilizamos la traducción de C. García Gual, M. Martínez Hernández y E. Lledó Íñigo, en: Platón (1988): *Diálogos*, Vol. 3, Gredos, Madrid.
- Ratzinger, Joseph (2013): “Qué es el hombre”, *Humanitas*, disponible en <https://www.humanitas.cl/benedicto-xvi/i-que-es-el-hombre-joseph-ratzinger> (consultado el 14 de junio de 2024).
- Raveenthiran, Venkatachalam (2017): “Neonatal Sex Assignment in Disorders of Sex Development: A Philosophical Introspection”, *Journal of Neonatal Surgery*, Vol. 6, N°3.
- Rodríguez Rioseco, Nicolás (2019): “Debate, problemáticas y efectos que derivan de la Ley de Identidad de Género”, *Revista Actualidad Jurídica - UDD*, N° 40.
- Rodríguez, Cristián (2024): “El informe Cass y los tratamientos de disforia de género”, *Revista Suroeste*, disponible en: <https://revistasuroeste.cl/2024/06/11/el-informe-cass-y-los-tratamientos-de-disforia-de-genero/> (consultado el 13-06-2024).
- Rojas Saffie, Juan Pablo (2020): “Pseudociencia desmentida con ciencia”, *Raiz Humana*.
- Rojas Saffie, Juan Pablo (2021): “Detrancionadores: breve estado del arte”, *Raiz Humana*.
- Rojas Saffie, Juan Pablo (2022): “Disforia de Género de Inicio Veloz”, *Raiz Humana*.
- Schwartz, Lauren et al. (2024): “An Open Letter to the American Psychiatric Association Regarding the Publication of Gender-Affirming Psychiatric Care”, disponible en <https://www.fairforall.org/open-letters/open-letter-apa/> (consultado el 26-07-2024).
- Sanguinetti, Juan José (2017): “Cerebro y persona”, *Conferencia Universidad de Mendoza (Argentina)*, disponible en [https://www.academia.edu/34305996/CEREBRO\\_Y\\_PERSONA](https://www.academia.edu/34305996/CEREBRO_Y_PERSONA) (consultado el 12 de julio de 2024).
- Sapir, Leor et al. (2023): “The U.S. Transgender Survey of 2015 Supports Rapid-Onset Gender Dysphoria: Revisiting the ‘Age of Realization and Disclosure of Gender Identity Among Transgender Adults’”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 53, 863–868.
- Sax, Leonard (2017): *Why Gender Matters*, Harmony, New York.
- Schulze, Cornelia (1988): “Response of the human testis to long-term estrogen treatment: Morphology of Sertoli cells, Leydig cells and spermatogonial stem cells”, *Cell and Tissue Research*, Vol. 251, N°1, 31-43.
- Sodergren, Andrew (2022): “The Psychology of the Sexual Difference”, en *Sexual Identity: The Harmony of Philosophy, Science, and Revelation* (John DeSilva Finley ed.), Emmaus Road Publishing, Steubenville. Agradecemos la traducción (no publicada) de esta obra a Nicolás Eyzaguirre Bäuerle, psicólogo y académico de la Universidad Finis Terrae.
- Statistics Canada (2024): “Sex at Birth of Person”, disponible en <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=24101> (consultado el 11 de julio de 2024).
- Steensma, Thomas et al. (2013): “Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study”, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 52, N°6, 582–590.
- Tang, Annie et al. (2022): “Gender-Affirming Mastectomy Trends and Surgical Outcomes in Adolescents”, *Annals of Plastic Surgery*, Vol. 88, N°4, S325-S331, pp. S326-S327.
- Twohey, Megan y Jewett, Christina (2022): “They Paused Puberty, but Is There a Cost?”, *The New York Times*, disponible en: <https://www.nytimes.com/2022/11/14/health/puberty-blockers-transgender.html> (consultado el 16-02-2024).
- Underwood, Marion (2007): “Introduction to the Special Issue: Gender and Children’s Friendships: Do Girls’ and Boys’ Friendships Constitute Different Peer Cultures, and What Are the Trade-Offs for Development?”, *Merrill-Palmer Quarterly*, Vol. 53, N°3, 319-324.
- Verdier, Pablo (2024): “El dinamismo de la afectividad”, *Revista Suroeste*, disponible en <https://revistasuroeste.cl/2024/03/04/el-dinamismo-de-la-afectividad/> (consultado el 14 de junio de 2024).

- Weiss, Elizabeth (2024): “No Bones About It: Sex Is Binary”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 53, N°5, 1595-1608.
- Wiepjes, Chantal *et al.* (2020): “Trends in suicide death risk in transgender people: Results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2017)”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 141, N°6, 486–491.
- Wierckx, Katrien *et al.* (2011): “Reproductive wish in transsexual men”, *Human Reproduction*, Vol. 27, N°2, 483-487.
- Wierckx, Katrien *et al.* (2012): “Sperm Freezing in Transsexual Women”, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 41, N°5, 1069-1071.
- Xu, Min *et al.* (2020): “Sex Differences in Functional Brain Networks for Language”, *Cerebral Cortex (Oxford University Press)*, Vol. 30, N°3, 1528–1537.
- Yang, Crystal C. *et al.* (2023): “Sex differences in cognition and structural covariance-based morphometric connectivity: evidence from 28,000+ UK Biobank participants”, *Cerebral Cortex (Oxford University Press)*, 10341-10354.
- Zucker, Kenneth (2018): “The myth of persistence: Response to ‘A critical commentary on follow-up studies and «desistance» theories about transgender and gender non-conforming children’ by Temple Newhook *et al.* (2018)”, *International Journal of Transgenderism*, Vol. 19, N°2, 231-245.
- Zucker, Kenneth (2020): “Debate: Different strokes for different folks”, *Child and Adolescent Mental Health*, Vol. 25, N°1, 36-37.

**Si al terminar de leer este documento  
estás interesado en apoyar el trabajo  
que hacemos en Comunidad y Justicia,  
¡contáctanos!**

[Visita nuestro sitio web >>](#)





[www.comunidadjusticia.cl](http://www.comunidadjusticia.cl) / [contacto@comunidadjusticia.cl](mailto:contacto@comunidadjusticia.cl) / (+562) 2207 6389

