

REFLEXIONES SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD EN LA NIÑEZ

Fecha de recepción: 12/12/2024

Fecha de aceptación: 10/02/2025

OPINIÓN Y COMENTARIOS

Dra. Zelmira Bottini

Contacto: zbottiniderey@yahoo.com.ar

- Médica Pediatra UBA.
Profesora Ordinaria UCA.
Profesora del Master de Bioética. Instituto de Bioética, Facultad de Medicina UCA.
Vicepresidente del Instituto para el Matrimonio y la Familia UCA.
Miembro del Instituto de Bioética de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.

RESUMEN

Se aborda la promoción de la transexualidad en la niñez, tópico de gran repercusión en la actualidad. Se trata de un tema muy amplio por lo que se realizan consideraciones acotadas y breves. Se comenta la relación del aumento de su prevalencia con la crisis de salud mental que se vive en el mundo occidental. Se hace una referencia breve al contexto social en el que se promueve la transexualidad en la niñez, restringiéndose a nombrar tres variables y realizando cierto énfasis en la Educación Sexual Integral impartida desde la ideología de género. Se describen algunos datos sobre Disforia de Género (DG). Se presentan los distintos modelos de intervención a aplicar ante una presunta DG. Se describen las etapas del modelo afirmativo y los riesgos y consecuencias para la salud integral. Se mencionan los cambios que están sucediendo en Europa, en USA y también en Argentina fundados en informes y trabajos científicos publicados en el último tiempo. Se concluye con una breve reflexión.

Palabras clave: Ideología de género. Transexualidad. Disforia de género. Modelo afirmativo. Transición social.

ABSTRACT

The promotion of transsexuality in childhood, a topic of great repercussion today, is addressed. This is a very broad topic, so limited and brief considerations are made. The relationship between the increase in its prevalence and the mental health crisis experienced in the Western world is discussed. A brief reference is made to the social context in which transsexuality is promoted in childhood, restricting itself to naming three variables and placing a certain emphasis on Comprehensive Sexual Education taught from gender ideology. Some data on Gender Dysphoria (GD) are described. The different models of intervention to be applied in the event of an alleged DG are presented. The stages of the affirmative model and the risks and consequences for comprehensive health are described. The changes that are happening in Europe, the USA and also in Argentina are mentioned based on reports and scientific works published recently. It concludes with a brief reflection.

Keywords: Gender ideology. Transsexuality. Gender dysphoria. Affirmative model. Social transition

El aumento de prevalencia de la transexualidad en la niñez se da en un contexto de **crisis de salud mental**. Demuestran la misma los datos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Consumo de Drogas de EEUU (NSDUH) que muestra que a partir del 2012, la depresión en adolescentes aumentó considerablemente hasta alcanzar, en el 2018, un aumento de 145% en las mujeres y 161% en los varones, con respecto al 2010. La Evaluación Nacional de Salud Universitaria realizada por la Asociación Estadounidense de Salud Universitaria del 2019, indica cifras similares

Estos datos se obtuvieron a través de encuestas de auto aplicación lo que produjo dudas en algunos estudiosos. Sin embargo fueron corroborados por los obtenidos en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EEUU (CDC). A modo de ejemplo, el reporte de las Admisiones Hospitalarias por *autolesiones* entre los años 2010 y 2020, en adolescentes de 15 a 19 años, muestra que los ingresos aumentaron un 48% en las mujeres y 37% en los varones Y en los adolescentes de 10 a 14 años, el aumento fue 188% para las mujeres y 48% para los varones.

CDC también informa que las investigaciones sobre suicidios y pensamientos suicidas indican que la tasa de suicidio, entre 2012 y 2020, en adolescentes de 15 a 19 años aumentó 35 % en los varones y 63.9% en las mujeres y en los adolescentes de 10 a 14 años 109% en los varones y 134% en las mujeres.

La Encuesta del Sistema de Vigilancia de Conductas de Riesgo Juvenil de EEUU de 2019 reveló que durante 2018, el 18,8% de los estudiantes de secundaria consideró seriamente intentar suicidarse; el 15,7% elaboró un plan de suicidio; el 8,9% intentó suicidarse una o más veces y el 2,5% realizó un intento de suicidio que requirió tratamiento médico.

Todos estos hallazgos llevaron a la Academia Estadounidense de Pediatría, la Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente y la Asociación de Hospitales Pediátricos a emitir, en 2021, una declaración conjunta dirigida a la administración Biden instando a que la salud mental infantil y adolescente se declarara una *emergencia nacional*.

Es importante aclarar que la crisis de salud mental de los adolescentes es internacional¹. Los datos de Canadá, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda lo demuestran.

1 https://www.afterbabel.com/p/international-crisis-europe?utm_source=substack&utm_medium=email

En la Argentina, aun cuando el relevamiento de datos no es tan certero, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF Argentina y el Ministerio de Salud de la Nación, los Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años en 2022 muestran que el 25% de los adolescentes experimentan ansiedad clínica y que el 50% de los trastornos de ansiedad comienzan antes de los 4 años. El 15% de los adolescentes se autolesionan y el 50% de los que se autolesionan lo hacen como un intento de manejar el estrés o la ansiedad.

El suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años y que 1 de cada 5 adolescentes ha considerado el suicidio. Según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS) del año 2022, del total de suicidios: 68 fueron de niños y niñas de 10 a 14 años y 301 de adolescentes de 15 a 19. Como ocurre en otros países, a menor edad tiene mayor predominio en las mujeres. En enero 2025, el Boletín NOTIVIDA informa que el suicidio en mujeres entre 15 y 19 años sigue en aumento ya que se suicidaron 78 en 2020, 88 en 2021, 102 en 2022 y 111 en 2023.

Los organismos internacionales también han dado cuenta del fenómeno: Unicef advirtió que 1 de cada 7 niños y adolescentes padecen un trastorno de salud mental²

En el 2022, ante los alarmantes datos, varios medios gráficos publicaron separatas dando cuenta de la situación y propusieron algunas soluciones^{3 4 5}

Escapa al objetivo de esta presentación identificar y/o analizar las posibles causas del fenómeno. Solo comento que la mayoría de los trabajos le otorgan enorme importancia al aumento exponencial del uso de las redes sociales. Jonathan Haidt considera que la aparición del iPhone en 2007, ha impactado especialmente en los jóvenes de la generación Z (nacidos alrededor del 2000) y establece una relación directa entre el uso de teléfonos inteligentes y el aumento significativo del índice de ansiedad y depresión que se verifica por lo menos en Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido y que afecta más a las mujeres que a

2 <https://www.infobae.com/salud/2021/10/05/unicef-advirtio-que-1-de-cada-7-ninos-y-adolescentes-pade-cen-un-trastorno-mental/>

3 <https://www.lanacion.com.ar/comunidad/jamas-pense-que-mi-hija-podia-querer-morirse-la-devastado-ra-ola-de-trastornos-psiquicos-en-nid08072022/>

4 (<https://www.lanacion.com.ar/comunidad/guia-para-padres-como-ayuda-a-adolescentes-en-crisis-nid06072022/>)

5 <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/adolescentes-adictos-al-celular-ante-la-crisis-de-trastornos-especia-listas-recomiendan-un-nid08082024/#/>

los varones. Refiere que en el 2018, previo a la pandemia, en Estados Unidos el 95% de los adolescentes tenía acceso a teléfonos inteligentes y el 45% estaban constantemente en línea⁶. Estos porcentajes aumentaron significativamente con el confinamiento.

Hay que tener en cuenta que es propio de los adolescentes la preocupación por la imagen corporal. La superposición del mundo real y el mundo digital les crea mayores dificultades dado que las redes no admiten imperfecciones. Los adolescentes temen no estar a la altura de los estándares propuestos por las redes y en algunos, especialmente mujeres, se les dificulta la aceptación de su imagen corporal. En mayo de 2024, J. Haidt publicó "*La Generación Ansiosa. Porque las redes sociales están causando una epidemia de enfermedades mentales entre nuestros jóvenes*"⁷ en el que analiza el fenómeno y da algunas pistas para su neutralización.

-Contexto Social. Es preciso considerar el *contexto social* ya que las conductas, los hábitos y también los desórdenes, patologías y/o desarmonías no se dan en el vacío sino que habitualmente distintos elementos potencian su aparición. Tampoco es el objetivo de esta nota ahondar en este tema sino sólo mencionar tres elementos que se relacionan con el aumento de la prevalencia de la niñez trans:

-Paradigma del interés superior del niño en clave de autonomía. No se trata de desconocer los logros de la Convención de los Derechos del Niño, sino llamar la atención sobre los excesos que se producen en la actualidad. Con la continua prédica de que los *padres deben escuchar a sus hijos*, se ha logrado que niños de escasas edades o que transitan etapas de enorme vulnerabilidad como son los púberes, decidan sobre cuestiones muy importantes sin haber alcanzado la madurez necesaria. Además no se cuenta con herramientas concretas que permitan evaluar la *progresión* de la madurez de niños/as y adolescentes.

-Insuficiencia de elementos básicos para educar de padres y adultos a cargo de niños/as y adolescentes. Es llamativa la desorientación que presentan los padres y/o adultos a cargo para llevar adelante la crianza y la educación de sus hijos. *El miedo a los hijos*, es moneda corriente. Los itinerarios formativos para padres

6 _J.HAIDT. Las redes sociales son una de las principales causas de la epidemia de enfermedades mentales en las adolescentes. Aquí está la evidencia. febrero 2023. <https://www.afterbabel.com/p/social-media-mental-illness-epidemic>

7 Haidt J. La generación ansiosa. Argentina. Edit. Paidós. 2024

están ausentes en la mayoría de las instituciones educativas y por otro lado, cuando se ofrecen, no logran la respuesta esperada.

-Abordaje de la ESI desde la ideología de género. Este elemento tiene una influencia determinante, sobretodo sumado a los dos elementos recién citados que facilitan la ideologización de los alumnos sin barrera de contención.

En Argentina, la historia de la ESI tiene un largo recorrido en el que se ha ido introduciendo e imponiendo la ideología de género. En el Plan Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, ley 25673/02, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, ley 6150/06 y los Lineamientos Curriculares para la ESI dictados por el Consejo Federal de Educación (CFE /08), esta ideología no era explícita. Pero los documentos posteriores elaborados por el Ministerio de Educación y el CFE la fueron mostrando con mayor claridad. En la Resolución 340 (CFE/2028) y su anexo en el que se formulan los Núcleos de Aprendizaje Prioritarios (NAP) para la ESI, queda clara la ideología imperante. La creación del Observatorio Federal de la ESI (2018), no deja dudas sobre la manera de implementar la ESI y de penalizar a aquellos que no comulguen con la propuesta. La ESI se ha ido convirtiendo en instrumento de adoctrinamiento.

Para avalar lo dicho y a modo de ejemplo, se puede observar la ficha enviada a las Escuelas, a fines del 2022, por la *Subsecretaría de Educación, Subsecretaría de Planeamiento, Dirección General de Cultura y Educación, Prov. de Buenos Aires* para ser completada por los padres al inscribir a sus hijos en cualquiera de los niveles educativos (inicial, primario, secundario). Entre los datos solicitados figura *identidad de género, con la opción de: mujer; mujer trans; varón; varón trans; masculinidad trans; no binario...*

La introducción de esta ideología en las escuelas se realiza con énfasis en nivel inicial. Se considera fundamental que los niños conozcan los *estereotipos de género* por lo que abundan las propuestas de actividades que los trabajan. El objetivo es plantar la idea, desde muy temprano, que podría tener un *cuerpo equivocado* quien no se sienta cómodo/a con algún estereotipo presentado. Además se anima a los niños a conocer el vasto vocabulario para que puedan elegir su propio lugar en el espectro y también se repite que *los padres deben escuchar a sus hijos*.

En el 2022, el Ministerio Nacional de Educación, distribuyó un material destinado a los Referentes ESI que, según la resolución 340/18 del CFE, debe haber en toda escuela. El material consta de un cuadernillo para cada nivel educativo, en

los que se abordan algunos de los NAP a desarrollar a través de propuestas para el trabajo áulico. La fundamentación es común a los tres cuadernillos.

Las propuestas, impregnadas de ideología de género, buscan desarmar lo natural y visibilizar la transexualidad. A modo de ejemplo, en el cuadernillo del nivel primario se sugiere (págs. 55 y 56): *"...tener una mirada atenta a fin de no caer en un abordaje normalizador de los cuerpos"; "...desarmar comentarios que refuerzan la idea de cuerpos normales como naturales ... en contraposición con cuerpos diversos"; "no vincular la genitalidad con el género de manera única y lineal; "que las mujeres tienen vulva y los varones tienen pene",(...) no se establezca como la norma por parte del/la docente" ; "... es necesario profundizar en lo que nombramos como diversidad corporal. Bajo este término vamos a encontrar a los cuerpos trans, los cuerpos intersex, los cuerpos con algún tipo de discapacidad, los cuerpos gordos..."; "el desafío es mayor ya que la patologización de estos cuerpos supone ponerlos en un lugar de cuerpos indeseables de la mano del llamado Modelo Médico Hegemónico. Se aclara que este modelo es un sistema de conocimientos especializados, procedimientos técnicos y formas de conducta que, tras varios siglos de historia, se instaló como el dominante para explicar y tratar los distintos fenómenos relacionados con la salud humana. Sus teorías se han instalado como "saber válido y autorizado", relegando a otros saberes. Suelen ser entendidos como neutrales y objetivos. Sin embargo, interpretan los fenómenos desde determinada perspectiva ideológica y responden a determinados intereses.*

Este texto, en el que se presenta en pie de igualdad la normalidad con la patología, muestra cómo considera la ideología de género el cuerpo humano. Esta concepción es diametralmente opuesta a la de la antropología personalista que afirma que el cuerpo es personal y la persona corporal.

Abundan las imágenes y comentarios en los que, en vez de varón o mujer se habla de cuerpo gestante / cuerpo fecundante; cuerpo con ovarios / cuerpo con pene. Hay que recordar que para la ideología de género el dato biológico es irrelevante y cada uno determina la congruencia o no entre el sexo que le tocó (al que se denomina *asignado*) y el desarrollo de su identidad de género (vivencia interna e individual). Para la ideología de género, la subjetividad es la que determina la realidad.

En la escuela secundaria. Se anima a los adolescentes a centrarse sin descanso en sus propias *identidades de género y orientaciones sexuales* y a buscar cualquier situación que pueda apuntar a un género fluido, género queer o asexual.

En el documento para Referentes ESI correspondiente a secundaria, se trabaja el concepto de *masculinidad hegemónica* afirmando que *la heteronormatividad y la cis norma ocupan un lugar importante en los mandatos masculinos* (Pág. 71). Se desarrolla ampliamente lo atinente a *nuevas masculinidades* proponiendo que *varones gays, trans, bisexuales, personas no binarias y quienes expresan su género de manera distinta a la socialmente esperada, (...) se las nombre como nuevas* (Pág. 85)

Desde el año 2018, las escuelas cuentan con efemérides y símbolos de diversidad sexual. Se trata del Calendario LGBTQ, en el que figura entre otras fechas las del Desfile del Orgullo; Día de la visibilización lésbica; Mes de la visibilidad transgénero; Semana de la concientización transgénero; etc. etc.

Es fácil de entender que el efecto acumulativo de toda la educación LGBTQ produce la naturalización y normalización de realidades y conductas.

ALGUNAS CIFRAS QUE EVIDENCIAN EL AUMENTO DE LA NIÑEZ TRANS

Hay que recordar que la incongruencia entre el sexo dado y el género percibido se presentaba en el 0.01% de la población y habitualmente en varones.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no puede extrañar que en la última década, el aumento de la incongruencia en niños y adolescentes supere al 1000%.

Algunos datos:

- En USA entre el 2016- 2017, se cuadruplico el número de cirugía de género en mujeres llegando al 70% del total. Según una Encuesta realizada en el 2017 por el CDC, el 2% de estudiantes de secundaria se identificaban transgénero.

- En el REINO UNIDO, en el 2018, aumentó un 4000% la solicitud de tratamiento de género de mujeres respecto a diez años atrás. Este hecho llevó a la Ministra de Mujer e Igualdad de Inglaterra, a solicitar que se estudie el aumento de 2496% en peticiones de cambio de sexo de niños y adolescentes. Esta investigación culminó con el cierre de la clínica Tavistock, referencia mundial en el tratamiento de menores trans. Los resultados de la investigación se publicaron en el Informe Cass en mayo 2024 según se comentará mas adelante.

En la actualidad se asiste al cambio de sexo de un trastorno. Y también a la aparición de una nueva entidad: ROGD (rapid- onset gender dysphoria). Se trata de una incongruencia de aparición brusca que emerge de manera abrupta durante la adolescencia temprana y media en mujeres. Su aparición muchas veces

se acompaña de síntomas psicológicos y se asocia con stress, bullying, distintos tipos de abuso y sobretodo la inmersión en redes sociales. Los trabajos sobre ROGD muestran que: el 80% son mujeres de entre 15-16 años; el 60% tienen al menos un diagnóstico en salud mental; el 50% se aísla de su familia, lo que se acompaña de deterioro de su salud mental; el 40% expresan su deseo de transición en grupo lo que lleva a pensar de que se trata de un *contagio social*. En la obra de Abigail Shrier⁸ se analiza ampliamente esta nueva entidad.

Argentina no es ajena a esta nueva realidad. Se están multiplicando las consultas de docentes y de padres que, preocupados y confusos, piden ayuda y orientación. Cada vez con mayor frecuencia aparece en los medios de comunicación comentarios y testimonios al respecto⁹. Hace unos meses se ha constituido la agrupación MANADA (Madres de Niñas y Adolescentes con Disforia Acelerada) que ya suma más de 500 madres de todo el país¹⁰.

- **Disforia de Género (DG).** Hasta no hace tantos años no se la mencionaba, mientras que hoy se la nombra con regularidad por lo que resulta necesario aclarar algunos puntos.

En el mundo científico se han ido produciendo cambios de denominaciones y también en la manera de concebir a determinadas conductas y/o situaciones. A modo de ejemplo y de forma muy breve se presentan las modificaciones introducidas en las sucesivas ediciones del Manual Estadístico y de Diagnóstico de Desórdenes Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) en referencia a este tema.

En el DSM3 (1980) aparece un capítulo titulado Transexualismo

En el DSM4 (1994) desaparece el capítulo de Transexualismo y se lo reemplaza por el Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual que incluye cuatro apartados: disfunciones sexuales, parafilias, trastornos de identidad de género (TIG) y trastorno sexual no identificado. En el apartado correspondiente a TIG se presenta la situación de niños/as con dificultades con su sexo; se explicitan los criterios

8 Shrier A. Un daño irreversible. USA. Edit. Regnery. 1° edición 2020

9 <https://www.infobae.com/sociedad/politicas/2023/08/05/mi-hija-ahora-dice-que-es-varon-que-hago-duros-testimonios-de-madres-de-adolescentes-con-disforia-de-genero-repentini>

10 https://twitter.com/Amanda_DGIR

diagnósticos y al considerarlo un trastorno se proponen distintas formas de resolución.

En el *DSM5* (2013) se elimina TIG y se introduce *Disforia de género*. Se modifica su ubicación dentro del Manual y se formulan los criterios diagnósticos para niños y para adolescentes y adultos.

La *OMS EN 2018* realizó cambios similares. En la *CIE-11e* (Clasificación internacional de las enfermedades), se retira la transexualidad del capítulo de "Trastornos mentales y del comportamiento". Aparece un nuevo Capítulo titulado "*Condiciones relacionadas con la salud sexual*" en el que se presenta la DG bajo el nombre de *incongruencia de género*.

A partir de estas modificaciones surgen tensiones entre los que defienden la inclusión de la transexualidad en las nosologías de trastornos mentales como una forma de garantizar la cobertura del tratamiento de modificación corporal, y aquellos que persiguen la desclasificación y buscan alternativas para que ello no afecte a los derechos de las personas transexuales.

Según el *DSM5*, **Disforia de Género (DG)** se caracteriza por - Incongruencia entre el género que uno siente/expresa y el sexo *asignado* y - Malestar clínicamente significativo o un deterioro en el ámbito social, ocupacional y otras áreas importantes del funcionamiento.

Los criterios para el **diagnóstico** en niños son: 1. Insistencia en que pertenece al otro sexo, (se puede manifestar por declaraciones verbales de que es del otro sexo; deseo de ser tratado como del otro sexo; preferencia por juegos, actividades y juguetes típicos del otro sexo). 2. Disconformidad con el sexo asignado al nacer (se puede manifestar por rechazo a las características físicas del sexo asignado; deseo de tener características físicas del otro sexo). Para el diagnóstico es preciso que exista malestar y/o dificultad en la realización de las actividades normales para la edad, acompañado por al menos seis de ocho características y que persista por lo menos durante seis meses

Los criterios para adolescentes y adultos son: 1. Disconformidad significativa con el sexo asignado al nacer, (se puede manifestar por rechazo a las características físicas del sexo asignado; deseo de tener características físicas del otro sexo; deseo de ser tratado como del otro sexo). 2. Deseo de eliminar las características físicas del sexo asignado al nacer, (se puede manifestar por deseo de someterse a una cirugía de reasignación de sexo; deseo de recibir hormonas del otro sexo). 3. Deseo

de tener características físicas del otro sexo, (se manifiesta por deseo de tener senos o de desarrollar características masculinas. La incongruencia debe estar acompañada por malestar /problemas en su actividad diaria y de al menos dos de seis características por al menos 6 meses¹¹.

El debate sobre las **causas** que llevan al desarrollo de DG en niños continúa. Estudiosos reconocidos del tema como son ZUCKER, KENNETH J. afirman que los factores que pueden estar en juego son múltiples por lo que consideran fundamental identificar cada uno de ellos ya que podrían ser los causales del trastorno. Insisten en la influencia profunda que tienen los factores no biológicos entre los que se encuentran: - temperamento del niño/a; - la presión de los padres para actuar como el sexo opuesto durante años críticos; - la dinámica familia (suele darse la combinación de una madre sobreprotectora y un padre que no logra establecer un vínculo significativo con su hijo); - psicopatologías de los padres, sobretodo de la madre; - muchas otras razones por las cuales un niño fantasea en convertirse en el sexo opuesto.

Hay quienes se preguntan si los **riesgos de salud mental** entre los adolescentes cis y los trans son similares. En el año 2015, Sari L. Reisner publicaron en línea en el Journal of Adolescent Health, un estudio comparativo entre 360 adolescentes cisgénero y transgénero de 12 a 19 años. La síntesis de los hallazgos mostró que: - la ansiedad se presentaba en un 10% de los cis y un 26.7% de los trans género; - la depresión en un 20,6 % de los cis y un 50.6% de los trans; - el intento de suicidio en 6.1% de los cis y 17.2 de los trans; autolesiones en 4.4% de los cis y 16.7 de los trans. Con datos tan contundentes no parece necesario realizar mayores consideraciones.

Otra cuestión que se debate es acerca de la **permanencia o transitoriedad** de la DG en niños y adolescentes. • En el DSM5, se expresa que la superan en edad adulta: 70 al 97% de varones, 50 al 88% de las mujeres; • En el Manual de Psicología y Sexualidad de la Asociación Americana de Psicología, no se dan porcentajes, pero se expresa que *“La gran mayoría de niños y niñas con disforia sexual terminan aceptando su sexo (...) al llegar a la adolescencia o a la edad adulta”*; • El análisis de 11 estudios a gran escala, realizada por Cantor, J. de la Universidad de Toronto, Canadá, concluye que el 60 y el 90% de los niños que se identifican (...) transgénero terminan superando la confusión, si no han sido

11 Fowler, K., Gomez-Lobo, V. Care of the Transgender Child and adolescent. Curr Obstet Gynecol Rep 6, 156–162 (2017). <https://doi.org/10.1007/s13669-017-0206-2>

sometidos a tratamientos de reasignación; • En la Declaración de los médicos que protegen a los niños 2024¹², se comenta que: *"en la muestra más grande hasta la fecha de niños derivados a la clínica por disforia de género", hubo una tasa de desistimiento del 87,8 %.* (2) Singh D, Bradley SJ y Zucker KJ. Un estudio de seguimiento de niños con trastorno de identidad de género. *Front Psychiatry*. 2021;12:632784. doi: 10.3389/fpsyt.2021.632784

Los datos expuestos evidencian el alto porcentaje de transitoriedad especialmente cuando no se ha iniciado la transición.

Ante un niño/a o adolescente con un cuadro compatible con disforia de género, existen tres **Modelos de Intervención**:

-Modelo Terapéutico (Kenneth Zucker y Susan Bradley). Este modelo adhiere a una concepción binaria de sexo / género y a una visión integral de la persona. Considera que hay distintos factores asociados (biológicos, psicosociales, cognición social, psicopatología asociada y mecanismos psicodinámicos) en la aparición de la incongruencia. Favorece el desistimiento y busca que las personas lleguen a sentirse cómodas con su cuerpo.

-Modelo Watchful Waiting (Peggy Cohen-Kettenis y Annelou de Vries) Conocido como el *modelo holandés* es el más utilizado actualmente a nivel internacional. Recomendando limitar la intervención al soporte psicoterapéutico hasta la pubertad para observar si la disforia de género remite o persiste; desaconseja la transición social temprana. Se acompaña al niño y su familia aceptándose el desarrollo de la identidad de género vivenciada por el niño/a o adolescente. Si persiste la incongruencia, se valora iniciar procesos médicos de transición, con acompañamiento psicológico constante.

-Modelo Afirmativo (Diane Ehrensaft- EEUU). Este Modelo, que se ha extendido en los últimos años, refuerza la identidad de género sentida por el niño. Estimula a realizar la transición social temprana. Trabaja bajo la premisa de que el sexo y el género no son categorías binarias y que la autopercepción determina el verdadero género del individuo. Considera que el papel de los profesionales debe limitarse a afirmar la identidad expresada por cada persona y facilitarle la transición mediante la inhibición de la pubertad y la inducción de los rasgos del sexo vivenciado mediante hormonas y cirugías. No intervienen los especialistas en

12 <https://doctorsprotectingchildren.org/>

salud mental. Este Modelo es el adoptado en Argentina por la Ley de Identidad de Género, 26.743/12.

Siguiendo el modelo afirmativo, al aparecer un niño/a o adolescente con dificultades para aceptar su cuerpo y/o una autopercepción confusa, se busca normalizar su conducta expresando que se trata de una *identidad distinta* la cual hay que aceptar en nombre de la *diversidad sexual* y se promueve realizar un **proceso de transición** para transformarse en el género vivenciado.

En este proceso se recorre cuatro etapas:

Primera etapa -Transición social.

El artículo 12 de la Ley de identidad de género, 26.743/12, denominado *Trato Digno*, obliga a la escuela a realizar la transición social: dar respuesta a la solicitud del alumno/a, adecuando el nombre, ropa, trato y también realizando el cambio registral del nombre por otro ambiguo o del otro sexo.

Cabe preguntarse si la transición social es indiferente, neutral, y/o reversible, especialmente cuando coincide con uno de los dos momentos de mayor vulnerabilidad del desarrollo de la sexualidad, que como se sabe transcurren entre los tres y cinco años y en la adolescencia temprana (10- 13 años). Los trabajos científicos muestran que aquellos que han realizado la transición social a edad más temprana y/o antes de ser vistos en la clínica tienen más probabilidades de continuar con las siguientes etapas de transición.

En las instituciones educativas, se van multiplicando los casos de alumnos/as que solicitan adecuar su nombre, su vestimenta, etc. al género vivenciado, lo que genera una situación compleja para los educadores ya que se plantea la disyuntiva entre la obediencia a la ley o la búsqueda del bien del niño/a, quien probablemente viva un momento de confusión.

Cuando se aborda y analiza estas situaciones, es preciso tener en cuenta que reafirmar el deseo del niño/a o adolescente suele actuar como factor perpetuador de dicha confusión. Tampoco resulta conveniente permanecer neutrales o ignorar la situación. El alumno/a necesita ser acogido, escuchado, comprendido, acompañado y también orientado. Para ello será necesario conocer su historia y la situación vital actual. El cometido más importante será establecer un vínculo afectivo sólido que genere confianza evitando los prejuicios y las clasificaciones. Es un cometido ambicioso que requiere tiempo, dedicación y mucha paciencia para ir transitando el proceso. La familia también necesita acompañamiento,

apoyo y esclarecimiento. Lo ideal es un trabajo en equipo familia, escuela y equipo de salud.

Esta no es la ocasión apropiada para ahondar en el tema. Solo expresar que los casos que consultan son muchos; que ya se cuenta con experiencia en el manejo de estas situaciones y que hay mucho para hacer con los Padres y con las Instituciones educativas tanto en el acompañamiento y orientación como en la prevención primaria.

Segunda etapa: Inhibición del desarrollo puberal o bloqueo de la pubertad.

Consiste en suministrar drogas capaces de bloquear al hipotálamo con el objetivo de frenar el proceso normal de la pubertad. Es preciso recordar que la pubertad se inicia cuando el hipotálamo se *despierta* y comienza a estimular a la hipófisis para que ésta a su vez estimule a las gonadas (ovarios o testículos). La estimulación de las gonadas lleva a la producción de hormonas (estrógenos o testosterona) responsables de la aparición de los caracteres sexuales secundarios propios del varón o de la mujer. Al estar bloqueado el hipotálamo el proceso de la pubertad no se lleva a cabo.

En pediatría se efectúa un tratamiento hormonal cuando el proceso de crecimiento y desarrollo no se produce de la manera esperada. Tal es el caso de la pubertad precoz (aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años de edad). En la década del 70 al 80, se comenzó a tratar la pubertad precoz, con drogas bloqueadoras (aGnRH) del hipotálamo, con el propósito de retrasarla por un tiempo limitado.

En la actualidad, se propone la administración de bloqueadores con el objetivo de evitar la aparición de características sexuales secundarias en niños/a disconformes con su sexo y/o que se auto perciben del sexo opuesto. El uso de estos bloqueadores se realiza durante largo tiempo y los efectos secundarios a largo plazo son importantes.

Para indicar el bloqueo de la pubertad, se argumenta que hay que frenar la masculinización o feminización del niño ya que si en el futuro decide ser transexual, será muy difícil realizar una transición perfecta a menos que no se hayan desarrollado los caracteres sexuales secundarios. La realidad es que si decidiera ser transexual, la no aparición de caracteres sexuales correspondientes a su sexo facilitaría el proceso de convertirse en el cuerpo deseado, cuando comenzara a recibir hormonas cruzadas. Pero también hay que considerar que el bloqueo del hipotálamo, a la espera de recibir hormonas cruzadas, pone en marcha una enfermedad iatrogénica denominada hipogonadismo hipogonadotrópico.

También se argumenta que para un niño/a con *disforia de género* atravesar por la pubertad es perjudicial para la salud ya que puede alterar su psicología; cabe preguntarse qué grado de salud tiene la psicología de quien transita esta confusión.

Por otra parte, los promotores del bloqueo de la pubertad, no dicen que un porcentaje importante de los niños supera la situación de confusión ni que las hormonas sexuales que surgen durante la pubertad ayudan a un adolescente a identificarse con su sexo biológico. Tampoco mencionan que el proceso madurativo de un adolescente involucra todo su cuerpo; no solo su sistema metabólico-endocrino sino también su sistema nervioso. La maduración cerebral en esta etapa de la vida está mediada por hormonas, por lo tanto, las drogas que bloquean la pubertad impiden los efectos de estas hormonas y detienen la maduración cerebral del adolescente. No se trata de un trastorno con base biológica por lo que indicar un tratamiento hormonal con probados efectos secundarios no parece ser una decisión adecuada.

El Ministerio de Salud de la Nación, publicó en 2023 un Documento de Consenso¹³ titulado: "Inhibición e inducción puberal en niñeces y adolescencias trans, travestis y no binaries". En el mismo se reconoce que: - *"Existen trabajos e investigaciones que muestran (...) con diferentes niveles de evidencia (...) efectos sobre la mineralización ósea, la talla adulta, los parámetros metabólicos y el compromiso de la fertilidad..."* (pág.59) ; - *"El potencial impacto de la inhibición puberal prolongada en el desarrollo neurológico en jóvenes trans, ha sido identificado como un área que necesita ser estudiada..."* (pág. 59); - Se reconoce que *"... se necesitan más estudios longitudinales para evaluar el impacto potencial de los aG- nRH así como de la hormonización, sobre el desarrollo y la función cerebral..."* (pág.59); - *"Los estudios muestran que una gran mayoría de jóvenes trans presentan deficiencia de vitamina D, (...) se sugiere considerar la suplementación de vitamina D y calcio, particularmente en quienes soliciten la supresión puberal, dado los efectos negativos con aGnRH en la DMO. (pág.60); -"Antes del comienzo de la inhibición de la pubertad o de hormonización con esteroides sexuales, se debe proporcionar información sobre las posibilidades, o no, de preservación de la fertilidad..."* (pág.63)

13 Ministerio de Salud de la Nación. Inhibición e inducción en niñeces y adolescencias trans, travestis y no binaries: documento de consenso / coordinación general de Alicia Comas; María Verónica Fernández Mentaberry; editado por Ofelia Musacchio; Alicia Comas. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2023. Libro digital, PDF Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-950-38-0316-5

Tercera etapa: Inducción del desarrollo puberal: Hormonas cruzadas.

Se comienza a suministrar testosterona a las mujeres que buscan convertirse en varones y estrógenos a los varones que se autoperceben mujeres; de allí el nombre de hormonas cruzadas.

El momento de inicio de la inducción puberal con hormonas cruzadas según las Guías internacionales es aproximadamente a los 16 años. Sin embargo, en el Documento de Consenso citado, *se sugiere que la hormonización con esteroides sexuales podría iniciarse a partir de los 14 años* (Pág. 42). Se considera *una razón de peso para el inicio más temprano de la hormonización evitar la supresión puberal prolongada, (...) los riesgos sobre la salud ósea y las implicancias psicosociales del retraso de la pubertad*. El tratamiento debe continuar toda la vida y tiene riesgos y consecuencias.

En el Documento de Consenso se detallan los riesgos asociados a la hormonización con estrógenos (pág. 49) y los de la hormonización con testosterona (pág. 56) haciendo la distinción entre riesgo aumentado probable; riesgo aumentado posible; riesgo aumentado posible en presencia de factores de riesgo y riesgo no incrementado o no demostrado. Se señala como riesgo aumentado probable por suministro de estrógenos: enfermedad venosa tromboembólica; enzimas hepáticas elevadas; litiasis biliar; aumento IMC (índice de masa corporal); disminución de masa magra, hipertrigliceridemia. Riesgo aumentado probable por suministro de testosterona: acné; policitemia; aumento IMC, disminución masa magra; alopecia androgénica; apnea del sueño. Los efectos sobre la fertilidad también están probados. En el citado documento se recomienda: *"Antes del comienzo de la inhibición de la pubertad o de hormonización con esteroides sexuales, se debe proporcionar información sobre las posibilidades, o no, de preservación de la fertilidad..."* (pág.63)

Por otra parte, no se tiene en cuenta que algunas drogas presentan efectos adversos diferentes en varones y mujeres ¹⁴.

14 Cf. de Vries, Sieta T., Petra Denig, Corine Ekhardt et al. "Sex differences in adverse drug reactions reported to the National Pharmacovigilance Centre in the Netherlands: An explorative observational study", *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2019, 85, no. 7, pp. 1507-1515.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Son poco frecuentes hasta pasados los 16 años. Las mujeres con DG solicitan torsoplastias con el objetivo de la *masculinizar el tórax*. En un inicio usan *binders* (fajas); luego solicitan la mastectomía doble. Los médicos que promueven la transición, suelen afirmar que es reversible ya ante el arrepentimiento, se podría efectuar un implante mamario, sin aclarar que éste tendría solo fines estéticos ya que el órgano y su función no puede ser restituido. Pocas solicitan una metoidioplastia: estiramiento del clítoris para simular un pene y la faloplastia, tiene muy poca aceptación. Los varones, pueden acceder a diferentes tipos de vaginoplastias. Las glotoplastias no suele ser solicitada por los adolescentes.

En la Declaración de los Médicos que Protegen a los Niños (2024), ya citada, se presentan citas de trabajos científicos sobre las consecuencias de cada etapa del proceso de transición.

Otro tópico preocupante es el de las **edades de acceso a las intervenciones farmacológicas**. En el Documento de Consenso del Ministerio de Salud de la Nación. "Inhibición e inducción en niñeces y adolescencias trans, travestis y no binaries", se establece que: *-Las personas de 16 años o más pueden otorgar su consentimiento informado de manera autónoma para acceder a estas prácticas; -Adolescentes entre 13 y 16 años pueden brindar su consentimiento en forma autónoma a ambas prácticas puesto que, (...) no se trata de prácticas que puedan implicar un riesgo grave para su salud... Se aclara que "es necesario informar que aún es escasa la evidencia científica conocida sobre las potenciales implicancias a largo plazo de estas intervenciones; -Los menores de 13 años (...) deben brindar su consentimiento a dichas prácticas con el asentimiento de al menos una persona adulta referente (...). Se aclara que "asentimiento implica el acompañamiento de la decisión de la persona titular del derecho". Es evidente que el consentimiento de los padres o adultos a cargo ha sido reemplazado por el asentimiento de un adulto referente afectivo.*

Antes de terminar, un comentario sobre de lo que está sucediendo en Europa y en también en nuestro país.

Inglaterra, Escocia, Suecia, Dinamarca, Noruega y Finlandia han reconocido la investigación científica que demuestra que las intervenciones sociales, hormonales y quirúrgicas no sólo son inútiles sino también perjudiciales. Por ello, estos países han puesto en pausa los protocolos y se están centrando en la evaluación y el tratamiento de los problemas de salud mental subyacentes y previos. Se insiste que la psicoterapia para problemas de salud mental subyacentes, como depresión,

ansiedad y autismo, así como traumas emocionales o abusos previos, debe ser la primera línea de tratamiento para estos niños vulnerables que experimentan incomodidad con su sexo biológico.¹⁵

Esta postura ha sido reafirmada con la publicación del Informe CASS^{16 17} en abril/ 2024. Se trata de una Revisión, iniciada en 2020, dirigida por la Dra. H. Cass, titulada: "Cómo encara el Servicio de Salud Inglés (NHS) el tratamiento de menores con disforia de género". El informe marca un punto de inflexión en el debate sobre cómo ayudar a los niños y adolescentes disconformes con su sexo y propone un cambio hacia un modelo holístico que tenga en cuenta los problemas sociales y de salud mental más amplios que impulsan el aumento de la demanda. Una de las varias consecuencias del informe es que el gobierno decidió no dar bloqueadores de pubertad a los niños y que su disforia sea tratada con psicoterapia.

En la Argentina también han comenzado los cambios. En mayo de 2023, por la Disposición del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas porteño (DGRC29/23), tras un reclamo presentado en diciembre de 2022 por distintas organizaciones LGBTI+, se autorizó a los jóvenes mayores de **16 años** a realizar el trámite de modificación del DNI sin el permiso de los padres ya que entre los 16 y 18 años se los considera adultos.

En diciembre 2024, la DGRC135/24, modificó el artículo 75 de la DGRC29/23 y estableció que en la solicitud de todo menor de **18 años**, la declaración jurada debe constar además de la individuación y firma del menor, la de sus padres o representantes legales y la del abogado del niño.

El 6 de febrero 2025, el Presidente de la Nación, a través del Decreto 62/2025 dispuso la modificación del artículo 11 de la Ley N° 26.743¹⁸ a partir de esta modificación, los menores de 18 años **no** podrán acceder a tratamientos hormonales ni quirúrgicos. Sigue vigente el artículo 12 *Trato Digno*, por lo que la transición social continua siendo legal.

15 <https://www.forbes.com/sites/joshuacohen/2023/06/06/increasing-number-of-european-nations-adopt-a-more-cautious-approach-to-gender-affirming-care-among-minors/?sh=9f5b90d7efbd>

16 <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>

17 <https://feministes.cat/es/blog/resumen-recomendaciones-informe-cass>

18 <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/5846621/20250206?suplemento=1>

BREVE REFLEXIÓN A MODO DE CONCLUSIÓN

Esta temática tiene cada día mayor relevancia en el ámbito sanitario, por lo que es preciso recordar que el fin de la medicina no es satisfacer los deseos del paciente sino promover y / o restaurar su salud integral. Es necesario observar el principio *primum non nocere* ante el niño/a o adolescente que tiene dificultad de percepción de la realidad. Cabe preguntarse si el médico ¿debería enfocarse en acomodar el cuerpo a los sentimientos y pensamientos del paciente o ayudarlo a encontrar modos para aliviar esa tensión y poco a poco aceptar la realidad de su propio cuerpo?

Respaldar la discordancia de género como algo normal a través de la educación pública, confunde tanto a los hijos como a los padres y lleva a muchos niños a acudir a *centros de hormonización* donde les administran bloqueadores hormonales sin mayores análisis ni consideraciones. Condicionar a los niños a creer que es normal estar toda la vida sustituyendo química y quirúrgicamente su propio sexo por el opuesto constituye una forma de abuso infantil.

Como en tantos otros temas, al considerar la cuestión de la niñez trans, es importante distinguir entre el hecho social y sus consecuencias y la situación personal de cada uno de los que la transitan.

Las consecuencias sociales son vastas y graves. La naturalización e institucionalización de los postulados de la ideología de género repercuten en todo ser humano (mucho más si son niños) alterando el desarrollo de su identidad personal y atentan contra la familia. Se trata de dos motivos de peso que ponen en riesgo el capital social de un país.

Por eso es fundamental arbitrar todos los medios posibles para dar a conocer, actualizar, aceptar y encarnar la antropología personalista y sus bases científicas de manera sencilla y con lenguaje asequible para todos. Es clave la formación de los docentes en estas temáticas ya que la cultura nos va impregnando con mensajes ambiguos, confusos y que requieren esclarecimiento. También es importante acompañar a los padres en su tarea indelegable de educar y ayudarlos a formar comunidad con las instituciones educativas a las que concurren sus hijos. Docentes y padres formados y convencidos de sus ideas, son los actores principales para realizar la prevención primaria de la niñez trans.

Por otra parte, es importante evitar los juicios sobre los niños/a y adolescentes que transitan estas situaciones y tratar de identificar los prejuicios que con distinta intensidad todos tenemos. Se trata de lograr una aproximación a la temática de

forma objetiva que permita encontrarse con todo aquel que, con mente y corazón abiertos, esté dispuesto a dialogar.

Las niños/as y adolescentes son personas y por lo tanto poseen una dignidad inalienable por lo que merecen todo nuestro respeto y también nuestro esfuerzo por comprender lo que están viviendo. Será fundamental conocer la historia y las circunstancias actuales del protagonista y de su familia.

En este camino de escucha, acompañamiento y también de orientación, es importante tener en claro que comprender no implica justificar; aceptar a la persona no requiere aprobar sus decisiones ni sus conductas; empatizar con alguien no significa mimetizarse con su situación; no emitir juicios sobre la persona no requiere acomodar los propios principios y sobretodo estar convencido que misericordia y verdad no se contraponen sino que se complementan, por lo que actuar con misericordia no puede poner en juego la verdad.