

REFLEXIONES SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD EN LA NIÑEZ

Dra. Zelmira Bottini de Rey

De qué trata esta nota.

En esta nota, se intenta abordar un tema de gran repercusión en la cultura actual realizando consideraciones acotadas de un tema muy amplio: la promoción de la transexualidad en la niñez. En primer lugar se comenta la relación de su prevalencia con un contexto de crisis de salud mental; luego se hace una referencia breve al contexto social restringiéndose a nombrar tres variables realizando cierto énfasis en una de ellas: Educación Sexual Integral (ESI), impartida desde la ideología de género. Después, a partir de preguntas sencillas, se aborda los datos más relevantes en relación a la disforia de género. A continuación, se presentan los modelos de intervención que se plantean ante la aparición de un niño/a o adolescente con disforia de género y se comenta el modelo afirmativo que está avalado por ley en la Argentina, exponiéndose los riesgos para la salud integral que aparecen en las distintas etapas del camino de transición. Antes de terminar se presenta un somero pantallazo de lo que está sucediendo en Europa y se lo compara con las medidas últimas de nuestro país. Se concluye con una breve reflexión sobre los elementos a tener en cuenta en el abordaje de situaciones concretas.

El aumento de prevalencia de la transexualidad en la niñez se da en un contexto de **crisis de salud mental**, según expresó Jonathan Haidt, profesor de Liderazgo Ético en la Stern Business School de la Universidad de Nueva York, al considerar los alarmantes datos de Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá.

A modo de ejemplo de esta crisis de salud mental, presenta los siguientes datos:

- Entre 2009 y 2017 aumento del 25% del suicidio en estudiantes de secundaria
- Entre 2005 y 2014 aumento del 37% de la depresión
- Desde 2010, aumento del 189% de las tasas de autolesiones en niñas de 10 a 14 años.

Afirma que los múltiples reportes aparecidos durante los años 2020/21 en referencia a la salud mental, muestran que la pandemia ha puesto en evidencia la punta de un iceberg.

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

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

En la **Argentina** se da una situación similar. Durante el 2022 las cifras alarmantes llevaron a que varios diarios, publicaran separatas dando cuenta de la

situación (La nación. El Berlínés. Trastornos psíquicos en los adolescentes: un drama silencioso. Autor María Ayuso julio 2022).

También que instaran a los padres a estar atentos a los síntomas que podrían presentar sus hijos adolescentes obligados a un largo confinamiento (<https://www.lanacion.com.ar/comunidad/guia-para-padres-como-ayuda-a-adolescentes-en-crisis-nid06072022/>)

Escapa al objetivo de esta presentación identificar y/o analizar las posibles causas del fenómeno. Solo comento que la gran 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 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 línea. Estos porcentajes aumentaron significativamente con el confinamiento.

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 imperfección. 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.

Por otra parte, hay que considerar el **contexto social** ya que las conductas, los hábitos y también las 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 solo mencionar tres elementos que, considero, 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 de 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. No se cuenta con herramientas concretas que permitan evaluar la *progresión* de la autonomía 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*, denunciado ya hace años por J. Barylco, es moneda

corriente. Los itinerarios formativos para padres están ausentes en la mayoría de las instituciones educativas.

- **Abordaje de la ESI desde la ideología de género.** Este elemento tiene una influencia determinante sobre todo teniendo en cuenta el contexto creado a partir de los dos elementos que se acaban de citar, que facilitan la ideologización de los alumnos sin barrera de contención.

En nuestro país, la ESI tiene un largo recorrido. Desde el • **Plan Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**, ley 25673/02, a la sanción del • **Programa Nacional de Educación Sexual Integral** ley 6150/06 y los • **Lineamientos Curriculares para la ESI (CFE /08)**. Éstos, deberían haber sido presentados 180 días después de la sanción de la ley pero requirieron dos años de arduos debates y la ideología de género está presente un tanto camuflada. Posteriormente, distintos documentos elaborados por el Ministerio de Educación y el Consejo Federal de Educación (CFE) la fueron mostrando con mayor claridad. La • **Resolución 340(CFE/2028)** y su anexo en el que se explicitan los **Núcleos de Aprendizaje Prioritarios (NAP)** para la ESI dejan en claro la ideología imperante. Por último 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.

Para avalar lo dicho y a modo de ejemplo, se presenta a continuación, 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 llenada por los padres y/o alumnos al solicitar la inscripción tanto en el nivel inicial como en el primario o secundario. Obsérvese que entre los datos que se solicita figura desde los 3 años *identidad de género: mujer; mujer trans; varón; varón trans; masculinidad trans; no binario...*

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20- EDUCACIÓN INICIAL		Nº (A completar por el establecimiento)
DATOS ESTUDIANTE		
Apellido/s: _____		Nombre/s: _____
Fecha de Nacimiento: / /		
¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite ☐ NO posee DNI argentino		
Si respondió SI, indique número de DNI argentino: _____		CUIL: - -
Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación ☒ SI ☐ NO		
¿Posee documento extranjero ☐ SI, tipo de doc.: Nº: _____ ☐ NO		
Identidad de género: ☐ Mujer ☐ Mujer trans / travesti ☐ Varón ☐ Varón trans / masculinidad trans ☐ No binario ☐ Otra ☐ No desea responder		
Lugar de nacimiento: ☐ En Argentina ☒ En el extranjero		Nacionalidad: _____
Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia: <u>Buenos Aires</u> (especificar): _____		
Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito: _____		Localidad: _____
DOMICILIO Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Torre: _____ Depto: _____		

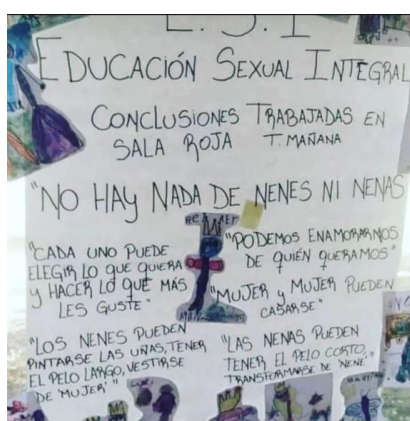
La introducción de la Ideología de género en las escuelas se realiza con énfasis en **nivel inicial**. Se considera fundamental que los niños se conozcan y se enfrenten con los *estereotipos de género* por lo que abundan las propuestas de actividades para remarcar estereotipos correspondientes a varones o mujeres. El objetivo es mostrarles que es posible que algún /alguna no se sienta identificado/a con algún *estereotipo* y de

esta manera, desde muy temprano, plantar la idea que puede tratarse de un *cuerpo equivocado*.

Es evidente que si no se trabaja desde los estereotipos la identidad de género (entendida como vivencia interna e individual del género que puede corresponder o no con el sexo asignado) no tiene sentido. 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*.

Una muestra de lo expresado es la siguiente imagen presentada el 5 de julio 2022 en el Instagram de “Docente por la Educación”, denunciando la ideologización de niños de Nivel inicial.

<https://instagram.com/docentesporlaeducacion?igshid=YmMyMTA2M2Y=>



Colocar la siguiente figura en el margen derecho.



En el **2022**, el Ministerio de Educación distribuyó un material destinado a los **Referentes ESI** (la resolución 340 CFE, obliga a las Instituciones educativas a nombrar un Referente ESI).

Se trata de tres cuadernillos, uno por nivel educativo, en los que se desarrollan algunos *núcleos de aprendizaje prioritario (NAP)* teniendo en cuenta los cinco Ejes de la ESI (cuidar el cuerpo y la salud; valorar la afectividad; garantizar la equidad de género;

respetar la diversidad; ejercer nuestros derechos). Se desarrollan propuestas para el trabajo áulico y cada propuesta está encabezada por una breve fundamentación.

En todas las propuestas se busca visibilizar la transexualidad. A modo de ejemplo en el nivel primario se expresa en las págs. 55 y 56: *“... proponemos tener una mirada atenta a fin de **no caer en un abordaje normalizador de los cuerpos**” “...fundamental una mirada atenta para **desarmar** ... comentarios que refuercen la idea de **cuerpos normales como naturales** ... en contraposición con **cuerpos diversos**” “...**no vincular la genitalidad con el género** de manera única y lineal... ...**“las mujeres tienen vulva y los varones tienen pene”**, es importante que **no se establezca como la norma por parte de la/el docente.** “... en relación con la corporalidad, es importante... en este NAP poder albergar las situaciones por las que pasan las **infancias trans** en su vínculo con su propio cuerpo...” “... 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**...” “... mirada crítica sobre las violencia sistemáticas que sufren estos cuerpos, ya sea por su patologización o por su invisibilización...” “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***

Este **Modelo** se lo define como 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*

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/nuevo-material-de-la-esi-para-referentes-escolares-del-nivel-primario>

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 manera es diametralmente opuesta a la de la antropología personalista que afirma que el cuerpo es personal y la persona corporal.

La siguiente imagen, extraída de una publicidad de una Asociación promotora de la niñez trans, muestra la manera peculiar de considerar el cuerpo. No se menciona cuerpo de varón o de mujer sino cuerpo gestante y fecundante. Recordemos que para la ideología de género el dato biológico es irrelevante y la persona determina la congruencia o no entre su **sexo** (al que se rotula *asignado*) y su **género** (vivencia interna e individual). En definitiva 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.

Desde el año 2018, las escuelas cuentan con efemérides y símbolos de diversidad sexual. Se trata del **Calendario LGBTQ**. Desfile del Orgullo; Día de la visibilización lésbica; Mes de la visibilidad transgénero; Semana de la concientización transgénero; 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 prevalencia de la niñez trans.

Hasta hace unos años, la disforia de género (sensación de grave incomodidad en el sexo biológico propio) era muy infrecuente. Se daba en menos del 0,01 por ciento de la población, aparecía durante los primeros años de infancia y afectaba de manera casi exclusiva a los varones.

No puede extrañar que todo lo expuesto promueva la transexualidad en la niñez y que se confirme un aumento de la prevalencia de disforia de género en la infancia y adolescencia. En la última década, el aumento de su prevalencia supera 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 2027 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 10 años atrás), lo que 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. En marzo 2023, Hanna Barnes publicó el libro *Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children* en el que expone los datos que llevaron al Gobierno británico a decretar el cierre de la famosa clínica.

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 **varones**.

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), **disforia de género de aparición brusca** que emerge de manera abrupta durante la adolescencia temprana y media de mujeres de 10 a 21 años. Su aparición a veces se asocia con otros síntomas psicológicos y stress y sobretudo con la inmersión en redes sociales dentro de la subcultura transgénero.

Los trabajos sobre el tema 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**

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 respecto

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

Hace unos meses se ha constituido la agrupación **MANADA (Madres de Niñas y Adolescentes con Disforia Acelerada)** que ya suma más de 200 madres de todo el país.
https://twitter.com/Amanda_DGIR

- **Disforia de Género.**

Hasta no hace tantos años no se la mencionaba, mientras que hoy se la nombra con regularidad. Sin embargo es preciso aclarar algunos conceptos.

- **¿Cuándo aparece la entidad Disforia de género?**

Cabe señalar que 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)**; - **trastorno sexual no identificado**.

En el correspondiente a **TIG** se describe la situación de niños/as con disconformidad con su sexo; se explicitan los criterios diagnósticos y al considerarlo un trastorno se promueven distintas medidas para su resolución. En el de trastorno sexual no identificado, se incluye la homosexualidad egodistónica (personas que han desarrollado una tendencia homosexual y no están cómodos con la misma) y que al considerarla un trastorno, podría ser pasible de tratamiento.

En el **DSM5** (2013) se introduce **Disforia de género** reemplazando a Trastorno de identidad de género; se modifica su ubicación dentro del Manual y se cambian los criterios diagnósticos.

En la **OMS 2018** se producen cambios similares. En la **CIE-11e** (Clasificación internacional de las enfermedades). Se retira la transexualidad del capítulo de “Trastornos mentales y del comportamiento”. Aparece en el nuevo Capítulo “**Condiciones relacionadas con la salud sexual**” en el que se presenta la **disforia de género** 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.

- **¿Qué se entiende por Disforia de género?**. Según el DSM5 se caracteriza por:

- Incongruencia entre el género que uno siente/expresa y el *sexo asignado*

-Malestar clínicamente significativo o un deterioro en el ámbito social, ocupacional y otras áreas importantes del funcionamiento

La expresión *sexo asignado* es incorrecta y puede llevar a pensar que depende de quien lo asigne. El sexo se determina en la fecundación, es originario y permanente, por lo que lo correcto es hablar de sexo reconocido o constatado.

- **¿Existen criterios para diagnosticar de Disforia de género**

El **diagnóstico de Disforia** de género en niños y niñas, requiere del cumplimiento de ciertos requisitos. 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**. En el caso de los adolescentes, la incongruencia debe estar acompañada por malestar /problemas en su actividad diaria de al menos **dos de seis** características por al menos 6 meses. 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>

- **¿Cuáles son las causas de la disforia de género en niños?**

Los factores que pueden estar en juego son múltiples. Los estudiosos del tema, por ejemplo ZUCKER, KENNETH J., consideran capital identificar cada uno de ellos ya que son los causales del trastorno. Insisten en la influencia profunda que tienen los factores no biológicos como pueden ser: - 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, sobretudo de la madre; - muchas otras razones por las cuales un niño fantasea en convertirse en el sexo opuesto.

- **¿Los adolescentes con disforia de género presentan mayores riesgos de salud mental?**

En el año 2015, Sari L. Reisner publicaron en línea en el Journal of Adolescent Health, un estudio comparativo entre adolescentes de 12 a 19 años cisgénero y transgénero.

La síntesis de los hallazgos está expuesta en el cuadro siguiente. Se trata de datos contundentes por lo que no se realizarán mayores consideraciones.

N:360	Cis genero	Trans genero

Depresión	20,6 %	50,6 %
Ansiedad	10 %	26,7 %
Intento de suicidio	6,1%	17,2 %
Autolesión	4,4%	16,7 %

- **La disforia de género es ¿Permanente o Transitoria?**

De manera sintética se presentan los datos aportados por los Manuales Americanos y un trabajo de Canadá.

- 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 sometidos a tratamientos de reasignación.

- **¿Qué hacer cuando un niño/a presenta disforia de género?**

Existen distintos **Modelos de intervención** cuando un niño/a o adolescente presenta un cuadro compatible con disforia de género.

Modelo Terapéutico Kenneth Zucker y Susan Bradley- Canadá. Este Modelo, adhiere a una concepción binaria de sexo y género y a una visión integral de la persona. Considera distintos factores asociados (biológicos, psicosociales, cognición social, psicopatología asociada y mecanismos psicodinámicos). Busca disminuir la disforia de género

Modelo Watchful Waiting (Observa y espera) Peggy Cohen-Kettenis y Annelou de Vries – Holandael. Este Modelo acompaña al niño y su familia y le permite el desarrollo de la identidad de género de manera natural. Evita la transición social temprana.

Modelo Afirmativo Diane Ehrensaft- EEUU. Este Modelo refuerza la identidad de género sentida por el niño. Ayuda a los niños 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 del género determina el verdadero género del individuo. Este **Modelo** es el adoptado en Argentina por la Ley de identidad de género, 26.743/12



Al aparecer un niño/a con dificultades para aceptar su cuerpo y/o una autopercepción confusa, los activistas LGBTQ buscan normalizar su conducta expresando que se trata de una *identidad distinta* la cual hay que aceptar en nombre de la *diversidad sexual*, ya que ésta nos enriquece a todos como sociedad.

Promueven intervenciones terapéuticas con el fin de realizar un **proceso de transición** para transformarse en el género vivenciado. Este proceso reconoce cuatro etapas: - Transición social, - Hormonas bloqueadoras de la; - Hormonas cruzadas; Cirugías de reasignación.

- 1. Transición social.

El artículo 12 de la ley, bajo el título de *Trato digno*, **promueve la transición social**. En el mismo se indica que atendiendo la solicitud del alumno/a se debe adecuar nombre, ropa, trato y también 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: 3 a 5 años y adolescencia temprana.

En los colegios, se van multiplicando los casos de alumnos/as que solicitan adecuar su nombre, su vestimenta, etc. al género vivenciado, lo que genera una situación difícil

para los educadores ya que se plantea la disyuntiva entre la obediencia a una ley o la búsqueda del bien del niño/a que vive un momento de confusión.

Cuando se aborda y analiza estas situaciones, es preciso tener en cuenta que:

- permanecer neutrales o reafirmar su deseo suele actuar como factor perpetuador de dicha confusión;
- el alumno/a necesita ser acogido, escuchado, comprendido, acompañado y también orientado;
- es fundamental conocer su historia y la situación vital actual;
- la familia también necesita acompañamiento y apoyo.

No es el lugar para ahondar en el tema, solo expresar que los casos que consultan son muchos; que ya se cuenta con cierta experiencia en el manejo de estas situaciones y que hay mucho para hacer con los Padres y con las Instituciones educativas tanto desde la prevención primaria como desde el acompañamiento y orientación.

- **2. Suministro de hormonas bloqueadoras 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 normal 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).

Entre la década del 70 al 80, se comenzó a tratar la pubertad precoz, con drogas bloqueadoras del hipotálamo, con el propósito de retrasarla por un tiempo limitado. En la actualidad, se propone el bloqueo de la pubertad en niños/a, sin alteraciones físicas, que no aceptan sus características corporales; no aceptan el sexo que les tocó; y/o se auto perciben del sexo opuesto al dado. El uso de estos bloqueadores se realiza durante mucho más 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: 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/as 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, su sistema metabólico-endocrino y su sistema nervioso, es decir, su cerebro; es una etapa que está mediada por hormonas. Por tanto, los fármacos que bloquean la pubertad contrarrestan los efectos de estas hormonas y detienen la maduración en el adolescente.

Indicar un tratamiento hormonal para un trastorno que no presenta base biológica y generar problemas a futuro no parece ser una decisión adecuada.

Cada vez surgen más voces que se pronuncian contra el bloqueo de la pubertad avalando las declaraciones de Carl Heneghan, profesor de Medicina basada en evidencia de la Universidad de Oxford, quien expresó en un artículo en The Times, mayo/2017: *«Los niños no son adultos pequeños; su composición corporal cambiante requiere una dosificación cuidadosa; su fisiología crea desafíos únicos que aumentan los riesgos, y una aplicación errónea puede llevar a consecuencias graves y potencialmente mortales. En mi opinión, dada la escasez de pruebas, el uso de medicamentos no probados que se realiza en la disforia de género en niños, en gran medida significa un **experimento en vivo no regulado**».*

3- Hormonas cruzadas.

Se comienza a suministrar testosterona (por vía intramuscular con frecuencia quincenal o transdérmica todos los días) a las mujeres que buscan convertirse en varones y estrógenos (vía oral o transdérmica) a los varones que quieren ser mujeres; de allí el nombre de hormonas cruzadas. El tratamiento se inicia alrededor de los 16 años y deben continuar de por vida.

Las consecuencias son conocidas aun cuando no siempre se pone el acento sobre las mismas: esterilidad potencial; disfunciones sexuales; trastornos cardiovasculares, tromboembolismo, probabilidad de cáncer, etc.

4- Intervenciones Quirúrgicas.

No se realizan en los niños hasta pasados los 16 años.

Las **mujeres** con disforia de género buscan la “masculinización del tórax” y usan binders, fajas. Luego solicitan la ablación de los pechos: - Mastectomía doble, que es

irreversible. Los médicos que promueven la transición, suelen afirmar que es reversible porque ante un arrepentimiento, es posible acceder a un implante mamario, sin aclarar que se trata de algo meramente estético ya que el órgano no puede ser restituido.

- Metoidioplastia: consiste en el estiramiento del clítoris para simular un pene
- Faloplastia, no tiene aceptación.

Los **varones**, pueden acceder a distintos tipos de Vaginoplastias.

Queda recordar, dado que esta temática tiene cada día mayor relevancia en el ámbito sanitario, que:

- El fin de la medicina no es satisfacer los deseos del paciente sino promover y / o restaurar su salud integral.
- Que hay que tener presente el principio **Primum non nocere**, ante el niño/a o adolescente que tiene dificultad de percepción de la realidad.
- Por lo tanto, el médico: ¿debería enfocarse en acomodar el cuerpo a esos sentimientos y pensamientos? o ¿ayudarla/o a encontrar modos para aliviar esa tensión y poco a poco aceptar la realidad de su propio cuerpo?
- Respalda 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 fármacos 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**.

Antes de terminar, un **pantallazo de lo que pasa en Europa y compararlo con las medidas últimas de nuestro país.**

Me limito a transcribir extractos de dos notas periodísticas.

Qué pasa en Europa. *En toda Europa se ha producido un cambio gradual de la atención que prioriza un enfoque menos medicalizado y más conservador que aborda las posibles comorbilidades psiquiátricas y explora la etiología del desarrollo de la identidad trans. Los datos longitudinales recopilados y analizados por las autoridades de salud pública en **Finlandia, Suecia, los Países Bajos e Inglaterra** han concluido que la relación riesgo-beneficio de la transición de género juvenil varía de desconocida a desfavorable.*

Junio

2023.

<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

[HTTPS://GACETA.ES/EDITORIAL/NORUEGA-DETIENE-LA-LOCURA-TRANS-20230314-0630/](https://gaceta.es/editorial/noruega-detiene-la-locura-trans-20230314-0630/)

*“...la Junta Noruega de Investigación de la Salud ha decidido... sensatez y prohibir las llamadas «transiciones de género» en menores de edad. Usando criterios médicos y no políticos, ... ha resuelto que las actuales directrices políticas de reasignación de género no están basadas en evidencias científicas, ... fines políticos. Para esta autoridad sanitaria, ... estas técnicas deben ser **consideradas experimentales** y por lo tanto, como ordena la deontología médica, prohibidas de manera absoluta para los menores de edad, al tiempo que recuerda que la edad mínima para la esterilización voluntaria es a los 25 años.*

Mientras que Europa se plantea limitar la transición, Argentina la facilita. Avala esta afirmación los siguientes hechos. Se adjunta la fuente para quien quisiera conocer los detalles.

- **FACILITACION DE LA TRANSICIÓN.** Cambio de género en CABA: los jóvenes mayores de 16 años podrán hacer el trámite sin el permiso de los padres. Se trata de una Disposición del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas porteño, tras un reclamo presentado en diciembre de 2022 por distintas organizaciones LGBTI+ <https://www.infobae.com/sociedad/2023/05/09/cambio-de-genero-en-caba-los-jovenes-mayores-de-16-anos-podran-hacer-el-tramite-sin-el-permiso-de-los-padres/>
- **RESOLUCIÓN Nº 5150 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE JUJUY.** Protocolo para el registro de cambio de identidad de género autopercebida para integrantes de la Comunidad Educativa en todos los establecimientos educativos sean de gestión estatal o privada, y para todos los niveles y modalidades educativas de la provincia.
- Menores de edad:
 - A partir de los 16 años la solicitud la presentan por sí mismos.
 - Entre los 13 y 16 años, la solicitud deberá ser refrendada por un solo adulto (...) uno de los progenitores o un responsable afectivo.
 - Los menores de 13 años deberán actuar a través de sus representantes legales, progenitores, tutores, responsables afectivos, adultos responsables, etc.

NOTIVIDA, Año XXIII, Nº 1324, 8 de mayo de 2023. www.notivida.org.

- **Una breve reflexión a modo de conclusión.**

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 atentando contra la familia; 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, sostenida por el catolicismo, 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 un 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. Conseguir establecer un vínculo sólido, honesto, amoroso con el niño/a o adolescente y/o con sus padres seguramente será una herramienta de ayuda incalculable.

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.

Zelmira Bottini de Rey

