

Etiología de la incongruencia de Género: una revisión de literatura (2018)

Juan Pablo Rojas Saffie
juanpablo.rojas@raizhumana.org

Tratar de comprender la etiología de un fenómeno es un ejercicio propio de la psicología y de las ciencias en general, las cuales no se contentan simplemente con describir un comportamiento o un fenómeno, sino que tratan de explicarlo para así entenderlo a cabalidad.

Según el CIE XI, la Incongruencia de Género consiste en la discordancia entre la identidad de género y el sexo asignado al nacer. En tanto, el DSM define la Disforia de Género como el malestar derivado de la incongruencia entre la identidad de género y el sexo asignado al nacer. Para efectos de este manuscrito, utilizaremos en cada caso la terminología asociada a la investigación a la cuál estemos haciendo referencia.

Si bien actualmente no existe un consenso acerca de su etiología, hay abundante literatura acerca de factores biológicos, sociales y psicológicos que están asociados a la Incongruencia de Género.

Considerando que a la fecha no conozco ninguna publicación que simultáneamente (1) esté dedicada exclusivamente a revisar la evidencia que hay acerca de la etiología de la Incongruencia de Género, y (2) reúna los factores biológicos, sociales y psicológicos de manera transversal, me ha parecido valioso emprender una revisión de literatura que permita una aproximación integral al fenómeno de estudio.

A continuación, expondré y discutiré la evidencia encontrada a favor de cada uno de los factores mencionados.

FACTORES BIOLÓGICOS

Influencia del temperamento

El temperamento es una predisposición actitudinal de raíz biológica que influye fuertemente en el desarrollo de la personalidad y que tiene particular relevancia en la niñez. El estudio del temperamento se remonta a Hipócrates, quien formuló la célebre teoría de los cuatro humores (colérico, sanguíneo, flemático y melancólico), formulación que fue asumida por el conocido psicólogo ruso Iván Pavlov, e interpretada por él a la luz de la dinámica neuronal. El temperamento se considera una característica heredada, es decir, que se relaciona más con la carga genética que con las influencias ambientales.

Uno de los rasgos propios del temperamento es el “Nivel de Activación” (*activity level*), que consiste en la propensión al gasto intenso de energía física y la tendencia al juego brusco (*rough-and-tumble*). Se ha estudiado que este es un rasgo de dimorfismo sexual, es decir, que se da de forma diferente en la mayoría de los hombres y mujeres (Campbell y Eaton, 1999; Eaton y Enns, 1986). En este caso, el Nivel de activación (NA) suele ser más alto en los niños que en las niñas (Zucker y Bradley, 1995). Al estudiar a los niños con Trastorno de Identidad de Género (TIG), se ha encontrado que su NA tiende a asemejarse al NA que es propio del otro sexo. En otras palabras, el NA de los niños con TIG es menor que el de los niños del grupo control, mientras que en las niñas con TIG el

NA es mayor que el de las niñas de la población general. Por otra parte, el NA de las niñas con TIG es mayor que el de los niños con TIG. Zucker et al. (2012) sugieren que un niño con bajo NA podría sentirse inclinado hacia los juegos propios de las niñas, lo que podría llevarlo gradualmente hacia el desarrollo de una identidad femenina, especialmente si el niño se encuentra en una etapa temprana de su desarrollo, en la cual el razonamiento cognitivo acerca de la identidad sexual es más bien rígido y polarizado.

Una observación similar se recoge en una investigación de Turan et al. (2015). Ellos estudiaron el temperamento de las personas de cuerpo femenino e identidad masculina (FM) y la compararon con un grupo control conformado por mujeres. Utilizando el cuestionario TEMPS-A, encontraron que el primer grupo puntuó significativamente más alto en temperamento hipertímico, el cual se caracteriza por tendencias a la sociabilidad, extroversión, alta energía y exuberancia. Es importante resaltar que en estudios previos se ha demostrado que los hombres puntúan más que las mujeres en este tipo de temperamento, razón por la cual Turan et al. (2015) concluyen que en este tipo de Disforia de Género el temperamento se asemeja más al de la identidad de género deseada (masculina) que al del sexo biológico que poseen (femenino). Si consideramos que uno de los rasgos el temperamento hipertímico es el alto nivel de energía, no resulta difícil relacionar este tipo de temperamento con el concepto de nivel de activación expuesto por Zucker y Bradley (1995). En este sentido, el resultado alcanzado por Turan et al. (2015) refuerza lo hallado por Zucker y Bradley (1995), a saber, que quienes poseen Disforia de Género FM tienen mayor nivel de activación que las mujeres.

En su conjunto, estos hallazgos sugieren que el temperamento podría predisponer al desarrollo de una Incongruencia de Género, si bien los mecanismos psicosociales propuesto por Zucker et al. (2012) aún no han sido probados.

Hipótesis de inmunidad maternal

Algunos estudios han encontrado una inesperada correlación: los niños con Disforia de Género suelen tener mayor cantidad de hermanos mayores hombres respecto de la población general (Blanchard et al., 1995; Zucker et al., 1997; Schagen et al., 2012; VanderLaan et al., 2014). Este hallazgo, al cual se le ha denominado “efecto del orden de nacimiento fraternal” (*fraternal birth order effect*), predice que un niño con varios hermanos mayores hombres tiene mayor probabilidad de desarrollar Disforia de Género en comparación con los niños que tienen pocos hermanos mayores hombres.

Los autores han formulado múltiples formas de entender cómo se relaciona una cosa con la otra. Una de las explicaciones sugeridas para este efecto es la hipótesis de la inmunidad maternal (*maternal immune hypothesis*). De acuerdo a ella, algunas madres experimentarían una respuesta inmune a antígenos específicamente masculinos ligados al cromosoma Y del feto, respuesta que involucraría la producción de anticuerpos anti-masculinos. Esta respuesta inmune se iría acrecentando con cada feto masculino exitosamente gestado e incrementaría la probabilidad de que los antígenos específicamente masculinos actúen, lo que disminuiría el desarrollo fetal. Esto afectaría a algunas áreas cerebrales que subyacen a la identidad y a la orientación sexual.

A pesar de que hay algunas evidencias parciales que hacen plausible esta hipótesis, aún no existe evidencia empírica que la confirme (VanderLaan et al., 2014)¹.

Exposición no normativa a hormonas antes de nacer

Se han estudiado dos situaciones en las cuales el feto es expuesto a niveles hormonales no normativo y luego desarrolla conductas de género atípicas. Una de ellas es aquella en la cual estos niveles hormonales se deben a alteraciones genéticas. Este caso ha sido recogido en los Trastornos del Desarrollo Sexual, cuadro que será revisado más adelante. La otra situación es aquella en la cual la exposición hormonal no normativa se debe a factores ambientales. Por ejemplo, se ha estudiado el caso de mujeres que, por razones médicas, han sido sometidas a tratamiento hormonal durante su embarazo. Se ha visto que las hijas de mujeres expuestas a progestinas que imitan la acción de los andrógenos muestran un nivel incrementado de juego típicamente masculino² (Ehrhardt y Money, 1967). En cambio, en las hijas de mujeres expuestas a hormonas anti androgénicas muestran un nivel reducido de juego típicamente masculino (Ehrhardt et al., 1977)³.

También se ha estudiado la exposición perinatal a químicos ambientales que interfieren en la actividad hormonal de las gónadas. Se sabe que a exposición a ftalatos y también a policlorobifenilos (PCBs) está asociada a menor juego masculino en los niños durante la infancia (Swan et al., 2010; Vreugdenhil et al., 2002). En niñas, por su parte, la exposición a PCB está asociada a un juego más masculino, mientras que la exposición a dioxinas se asocia a un juego más femenino (Vreugdenhil et al., 2002). Específicamente la asociación entre exposición a PCB y estilo de juego propio del otro sexo ha demostrado ser estable en el tiempo, siendo evidente incluso entre los 6 y los 8 años (Winneke et al., 2013).

Finalmente, se ha estudiado la interesante asociación entre altos niveles de estrés de la madre durante el embarazo y el estilo de juego en los hijos. Barret et al. (2014) hallaron que existe una asociación significativa entre altos niveles de estrés en la madre durante el embarazo y un comportamiento lúdico masculinizado en las hijas. En los hijos varones, no obstante, el estrés prenatal no parece producir una diferencia significativa respecto de los niños control. Parece ser que niveles anormalmente altos de cortisol podrían influir aumentando los niveles de andrógenos en la madre, en la placenta y en el feto. Aunque estos resultados son consistentes con algunas investigaciones realizadas en animales, los mecanismos biológicos a la base de este fenómeno son aún desconocidos.

En su conjunto, estas investigaciones sugieren que la exposición a niveles anormales de hormonas sexuales está asociada a un comportamiento de género atípico en niños. Un comportamiento de esta naturaleza es un antecedente propio de la mayor parte de las personas transgénero, lo que sugiere que un nivel anormal de hormonas sexuales podría tener un rol importante en el desarrollo de la Disforia de Género.

¹ Aunque no existe evidencia de laboratorio que confirme esta hipótesis, hay algunas líneas de investigación que demuestran indirectamente que es plausible (para una revisión, ver VanderLaan et al., 2014). No obstante, faltan aún mejores estudios que permitan comprobar con mayor certeza la hipótesis de la inmunidad maternal.

² El tipo de juego se considera un fuerte predictor de Disforia de Género.

³ No existen réplicas más actuales de estas investigaciones debido a que no sería ético prescribir hormonas que pudieran influir negativamente en el desarrollo del feto.

Conformación del cerebro

Algunas investigaciones que sugieren la posibilidad de que la Incongruencia de Género se deba a la posesión de un cerebro incongruente con el sexo del cuerpo. En otras palabras, algunas personas nacerían, por ejemplo, con un cerebro de mujer en un cuerpo de hombre, y debido a esto su identidad sería femenina a pesar de que su cuerpo sea claramente masculino. Para entender esta afirmación, hay que considerar que el cerebro del hombre y de la mujer, si bien son en gran medida semejantes, poseen algunas diferencias significativas, lo que ha llevado a los estudiosos del cerebro a afirmar que hay un cerebro de conformación masculina y otro de conformación femenina (para una revisión, ver Guillamon et al., 2016).

En concreto, el cerebro masculino es de mayor tamaño que el femenino (Lenroot y Giedd, 2010; Ruigrok et al., 2014). También posee mayor proporción de materia blanca (Gur et al., 1999) y de tamaño de las regiones subcorticales (Goldstein et al., 2001; Rijpkema et al., 2012). Por su parte, el cerebro femenino posee mayor porcentaje de materia gris (Gur et al., 1999), y su corteza posee mayor grosor (Luders et al., 2006; Sowell et al., 2007). Respecto del conectoma, que es el mapa de las conexiones neuronales del cerebro, se ha hallado que los hombres tienen mayor conectividad intrahemisférica, mientras que en las mujeres predomina la conectividad interhemisférica (Ingallhalikar et al., 2014). Por último, es importante notar que estas comparaciones están sujetas a la edad de los individuos, entendiéndose que la adolescencia es un período en el que muchas de estas diferencias aparecen (Giedd et al., 1999; Perrin et al., 2008; Raznahan et al., 2010; Shaw et al., 2008).

El estudio del cerebro de los individuos con Incongruencia de Género se puede dividir según sexo biológico, identidad sexual y orientación sexual.

Respecto del cerebro de los individuos con Incongruencia de Género MF y orientación sexual hacia varones se ha encontrado que los principales parámetros morfológicos del cerebro (volumen cerebral, tamaño de la materia gris y blanca, entre otros) son congruentes con su sexo corporal (Guillamon et al., 2016). No obstante, algunas regiones corticales muestran volumen y grosor femeninos. Sin embargo, respecto del grosor de la corteza, su patrón cortical se puede distinguir del cerebro femenino. Por otra parte, respecto de los principales fascículos de materia blanca se ha hallado que el cerebro de los individuos de cuerpo masculino e identidad femenina presentan cierta demasculinización. Más aún, la mayor parte de las diferencias expuestas presentan en el hemisferio derecho.

Respecto de los individuos MF y orientación sexual hacia mujeres, sólo hay un estudio (Savic y Arver, 2011). Según este, el volumen intracraneal sería congruente con su sexo biológico. Por otra parte, poseerían un volumen mayor de materia gris en regiones corticales donde no hay diferencias entre hombres y mujeres. Respecto de regiones subcorticales, poseerían un putamen y un tálamo más pequeño que hombres y mujeres.

Respecto de los individuos FM y orientación sexual hacia mujeres, la morfología gruesa corresponde a la de su sexo biológico (Hoekzema et al., 2015). La corteza es generalmente femenina, pero difiere en algunas regiones en las cuales hombres y mujeres

no difieren. Respecto a estructuras subcorticales, el putamen es similar al de los hombres control (Zubiaurre-Elorza et al., 2013).

Hay también estudios que se han realizado con poblaciones mixtas, es decir, sin filtros respecto del tipo de Incongruencia de Género y de la orientación sexual. Entre ellos destaca uno de los estudios pioneros, que investigó el cerebro de individuos transexuales en condiciones post-mortem. Se sabe que el núcleo del lecho de la estría terminal, una estructura que forma parte del complejo amigdalíneo, tiene mayor tamaño en hombres que en mujeres. Sin embargo, se encontró que en aquellos hombres que han asumido identidad femenina este núcleo posee un tamaño equivalente al de las mujeres biológicas (Zhou et al., 1995; Kruijver, 2000), aunque también hay algunas razones para permanecer escépticos ante este estudio -como por ejemplo, el hecho de una parte de los individuos estudiados habían recibido tratamiento hormonal durante años⁴.

En su conjunto, todos estos estudios sugieren que los individuos transexuales poseen un fenotipo cerebral propio, es decir, que no se puede clasificar simplemente como masculinos o femeninos (Guillamon et al., 2016). Además, este fenotipo varía según la orientación sexual del individuo. Se postula que el fenotipo cerebral de los individuos transexuales es producto de la acción de andrógenos, que en algunos casos cumplen la función de inhibidores del tamaño (Segovia & Guillamon, 1993) y en otros de promotores (Segovia & Guillamon, 1996). Ahora bien, la acción de los andrógenos es mediada por la eficiencia de los receptores de andrógenos, eficiencia que sería diferente según el tipo transexualidad y orientación sexual (Guillamon et al., 2016). No obstante, hace falta más estudios para poder comprobar estas hipótesis.

A la hora de evaluar la importancia de la conformación cerebral para definir algún tipo de etiología de la incongruencia de la identidad sexual es necesario considerar el asunto de la neuroplasticidad. Hoy en día se sabe que cerebro y comportamiento no sólo se relacionan de manera unidireccional, sino que su influencia es recíproca, de modo que el cerebro puede influir en el comportamiento, y también el comportamiento puede influir en la conformación cerebral. Por este motivo, el hecho de que se constate la correlación entre un tipo de cerebro y algún tipo de Incongruencia de Género no significa que primero se poseyó ese cerebro y luego se desarrolló la incongruencia. En efecto, nada impide que el comportamiento o la retroalimentación social sostenidos por largos años pueda tener un efecto modelador del cerebro, más aún considerando que en la adolescencia se producen algunos cambios morfológicos debido a la acción de las hormonas. Como explica Hines (2015):

⁴ Hay tres argumentos para permanecer escépticos a este estudio. En primer lugar, no se puede descartar que el tratamiento hormonal de los adultos transexuales haya influido en el tamaño del núcleo estudiado. Los autores de este paper descartan esta opción tomando en cuenta que un hombre de su estudio estuvo expuesto a hormonas femeninas, y sin embargo, mantuvo el tamaño de su núcleo dentro del rango de los hombres. Pero no parece razonable basarse en un solo caso para afirmar una generalidad. En segundo lugar, pues se ha encontrado que la diferencia en el tamaño de esta región cerebral no está presente en niños, a pesar de que la mayoría de los adultos transexuales reportan haber sentido Disforia de Género desde la niñez, lo que sugiere que la diferencia neuronal aparece después de la Disforia de Género, de modo que no podría haber sido causa de tal condición (Hines, 2015). En tercer lugar, porque la existencia de las diferencias neuronales no necesariamente esclarece el origen de tales diferencias. Se sabe que no sólo el cerebro influye en el comportamiento humano, sino que también el comportamiento es capaz de alterar la estructura o el funcionamiento cerebral, en virtud de la neuroplasticidad. De este modo, cualquier correlación que pueda encontrarse puede ser el resultado de múltiples influencias e interacciones dinámicas.

La existencia de estas diferencias [las diferencias cerebrales del hombre y la mujer] no aclara sus orígenes. Cualquier diferencia de comportamiento, independientemente de los factores que la produjeron, se reflejará en la estructura o función del cerebro. Por lo tanto, tales diferencias, incluso si están relacionadas causalmente con el comportamiento de género, podrían resultar de numerosos tipos de influencias o sus interacciones. De manera similar, aunque se han reportado correlaciones entre algunas diferencias cerebrales relacionadas con el género y algunas diferencias de comportamiento relacionadas con el género, la plasticidad neural y la incapacidad de la correlación para probar la causalidad argumentan en contra de interpretar estas relaciones como indicativas de influencias innatas. Estos estudios sobre las diferencias de género en el cerebro podrían ayudar a dilucidar los mecanismos neuronales involucrados en la generación de un comportamiento de género, pero las diferencias de género podrían deberse a factores innatos, experiencias de la vida o, muy probablemente, de interacciones entre diferentes tipos de influencias.⁵

Trastornos del Desarrollo Sexual

En algunas ocasiones, la incongruencia entre identidad sexual y sexo biológico puede deberse a un Trastorno del Desarrollo Sexual (TDS). Se sabe que el desarrollo biológico de hombres y mujeres no está asociado simplemente a la posesión de un cariotipo XY o XX, sino más bien a un complejo proceso que involucra la acción de genes y hormonas. La primera etapa, llamada determinación sexual, depende de la presencia o ausencia del cromosoma Y. Si está ausente, se desarrollará el ovario. Si está presente, entonces una región de este cromosoma, el gen SRY, iniciará una cascada de expresión genética que conducirá a la diferenciación morfológica de los testículos.

La segunda etapa, denominada diferenciación sexual, depende de las hormonas producidas en las gónadas sexuales. En el caso del hombre, estas hormonas (entre las cuales se encuentra la testosterona) determinarán el desarrollo de los genitales masculinos, tanto exteriores -pene y escroto- como interiores -próstata y conductos deferentes- y la regresión de los conductos de Muller, que son precursores de las estructuras genitales internas de la mujer -trompas de Falopio, útero y vagina- (para una mayor revisión, ver Arboleda et al., 2014).

Los TDS se producen cuando alguno de estos procesos se malogra debido a mutaciones genéticas que pueden interferir en alguna de las dos etapas. A continuación, revisaremos los principales TDS que se han estudiado en relación con la Incongruencia de Género.

⁵ Hines 2015 en developmental, p. 875: The existence of these differences does not elucidate their origins. Any behavioral difference, regardless of the factors that produced it, will be reflected in brain structure or function. Thus, such differences, even if causally related to gendered behavior, could result from numerous types of influences or their interactions. Similarly, although correlations between some gender-related brain differences and some gender-related behavioral differences have been reported, neural plasticity and the inability of correlation to prove causation argue against interpreting these relationships as indicative of inborn influences. These studies of gender differences in the brain could help elucidate the neural mechanisms involved in generating gendered behavior, but the gender differences could result from inborn factors, or from life experiences, or, most probably, from interactions between different types of influences.

Deficiencia en 5 α -RD2 y en 17 β -HSD3 (46 XY)

La 5-alfa-reductasa-2 (5 α -RD2) es una isoenzima que es requerida para la conversión de testosterona en dihidrotestosterona, la cual a su vez es responsable del desarrollo los genitales externos masculinos y la próstata. Cuando esta enzima falta, los genitales externos son parcial o nulamente masculinizados. No obstante, debido a que la testosterona se genera sin problemas, el cerebro es expuesto a niveles normales de esta hormona antes del nacimiento (Kang et al., 2014).

Por su parte, la 17-beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa-3 (17 β -HSD3) es una isoenzima que se requiere para la biosíntesis de testosterona. Cuando hay carencia de esta enzima, la producción de testosterona es deficiente, de modo que no sólo se produce un insuficiente desarrollo de los genitales externos y de la próstata, sino que además el cerebro se expone a bajos niveles de la hormona (Cohen-Kettenis, 2005).

En ambos casos, los individuos poseen un cariotipo XY, pero fenotípicamente parecen mujeres. Suelen ser criados como mujeres. No obstante, al llegar la pubertad adquirirán caracteres sexuales secundarios masculinos: el pseudoclítoris se alargará, la voz se pondrá más grave, aumentará el vello corporal y se desarrollará musculatura masculina. En este punto, una gran parte de los individuos -alrededor de un 63%- se identificará con la identidad sexual masculina (Cohen-Kettenis, 2005). Aún no se sabe por qué ambas deficiencias se traducen en un porcentaje tan similar de identificación con el sexo opuesto, siendo que la exposición del cerebro a la testosterona es significativamente diferente.

Síndrome de insensibilidad androgénica (SIA)

Este síndrome se presenta cuando un individuo con genotipo XY posee resistencia a la testosterona requerida para la masculinización, debido a mutaciones en el gen receptor de andrógeno.

La resistencia a la testosterona puede ser parcial (SIAP) o completa (SIAC). En ambos casos, el fenotipo al nacer es femenino, y suelen ser considerados biológicamente como mujeres.

El caso del SIAP es poco conocido y de curso más incierto (Hooper et al., 2004). En cambio, respecto del SIAC hay mayor evidencia. En estos casos, al llegar la pubertad se logran desarrollar los senos, debido a que los testículos no han descendido. La ausencia de menstruación, debido a la carencia de ovario y útero, suele ser lo que ayuda a detectar este trastorno (Hines, 2015). Al llegar la adolescencia, casi la totalidad de los individuos con SIAC seguirán sintiéndose identificados como mujeres (Hooper et al., 2004; Hines et al., 2003).

Hiperplasia adrenal congénita (CAH)

A diferencia de los síndromes anteriores, éste se da tanto en personas con cariotipo XY como XX. Consiste en un desorden de la glándula adrenal que se traduce en una producción aumentada de andrógenos durante la etapa prenatal. Mientras que la mayoría de los casos de personas con cariotipo XX y CAH presentan un fenotipo ambiguo al nacer, en los casos de mayor masculinización pueden llegar a presentar aspecto totalmente masculino (Hines et al., 2015).

Se ha visto que en el caso de las personas con CAH y cariotipo XX hay un mayor interés en juegos y vestimenta típicamente asociada a niños (Zucker, 1996).

Los estudios muestran que no existe diferencia significativa entre los niños varones con CAH respecto a los niños control, en cuanto a comportamientos lúdicos, identidad de género y orientación sexual. En cambio, las niñas con CAH tienden a jugar como niños, y en su adolescencia tienden a tener sentimientos homosexuales y a sentirse insatisfechas con su género (Hines et al., 2004).

Relevancia de los estudios en TDS para comprender la identificación con el otro sexo

En estricto rigor, los casos de TDS mencionados no son en sí mismos cuadros de personas con Incongruencia de Género, sino más bien de “intersexualidad” o “hermafroditismo”. No obstante, han sido incluidos en esta revisión por tres motivos. En primer lugar, porque muchos de estos casos se pueden confundir con una Incongruencia de Género. En efecto, hay personas que desconocen tener un TDS, y no entienden por qué su identidad sexual no calza con su cuerpo. Un análisis cromosómico le permitiría saber que su identidad sexual sí calza con su cariotipo, lo que significa que es el cuerpo el que no lo representa adecuadamente. En otras palabras, aunque se trate de un pequeño porcentaje de casos, nada impide que alguno de los casos que se presenta como incongruencia de género se trate en realidad de un TDS no diagnosticado.

En segundo lugar, se han incluido porque los diagnósticos de Disforia de Género y de trastorno del desarrollo sexual no son necesariamente excluyentes. La literatura muestra que algunas personas con TDS no experimentan Disforia de Género, mientras que otras sí. En este último caso es fundamental conocer las complejidades genéticas y hormonales en las cuales se ha desarrollado la Incongruencia de Género, para así planificar mejor el tratamiento.

En tercer lugar, estos casos se han incluido porque en su conjunto constituyen una de las evidencias empíricas en seres humanos que mejor revela el rol fundamental de las hormonas sexuales, y específicamente de la testosterona, en la conformación de un cuerpo sexuado de una manera determinada y también en el desarrollo de una personalidad masculina o femenina.

Síntesis del estado del arte de los factores biológicos asociados a la Incongruencia de Género

Son tres los principales caminos descritos mediante los cuales los elementos biológicos influyen en el desarrollo de una Incongruencia de Género.

El nivel de activación, rasgo que forma parte del temperamento, se correlaciona positivamente con conductas masculinas en los niños. Ahora bien, el temperamento se considera una característica heredada, que no es producto de las influencias del ambiente. Por lo tanto, no arriesgado afirmar que los niños que poseen bajo nivel de activación tienen más probabilidades de preferir juegos más femeninos, y viceversa, que las niñas que poseen alto nivel de activación tienen más probabilidades de desarrollar un comportamiento

lúdico masculino. Considerando algunos elementos que se revisarán en las teorías sociales, como por ejemplo, que los padres suelen reforzar los juegos que más disfrutaban sus hijos -incluso aunque no sean juegos propios de su sexo-, o que la manifestación de conductas del otro sexo suele ser un factor de riesgo para recibir abuso, maltrato o bullying -situación que, a su vez, es más propia en los individuos con Disforia de Género que en la población general-, entonces habría que afirmar que el temperamento no sólo influye en el estilo de juego, sino que, indirectamente, predispone a ciertas respuestas sociales que pueden empujar al menor de edad hacia una identidad sexual incongruente con su cuerpo. Sería muy interesante revisar si un cambio en el nivel de activación pudiera provocar algún cambio en las conductas de género o en la identidad sexual, por ejemplo, estudiando el caso de los niños que cambian su personalidad debido a enfermedades o eventos adversos -como cuando un niño se vuelve introvertido tras recibir bullying o tras la muerte de un familiar.

La conformación del cerebro es también una decidida influencia tanto en el comportamiento estereotipado de género como en la identidad sexual. Las investigaciones han encontrado correlaciones interesantísimas entre estructura y funcionalidad del cerebro e identidad sexual. Aunque no se puede establecer una direccionalidad única en la génesis de ambos factores, sin duda la posesión de un cerebro de rasgos transgénero influye en la conducta actual, sin importar en esto si acaso el cerebro adquirió tales rasgos debido a conductas anteriores: una vez que el cerebro ya se ha perfilado entonces tiene el poder de influir en la conducta actual. En este sentido, se puede afirmar que las personas con sentimientos de incongruencia de género probablemente están siendo influidas, al menos en un sentido material, por la conformación de su cerebro. Hay mucho por investigar en la medición de cuánto puede modificarse el cerebro debido a las conductas, ya sea en un sentido transafirmativo, como en el sentido de reafirmar las conductas propias del sexo biológico. En cuanto a los tratamientos hormonales, es evidente que aquellos que persiguen reforzar la identidad percibida tienen el poder de intensificar los rasgos transgénero del cerebro. Y así como ya hay evidencias de esto, también podrían, en el futuro, hacerse investigaciones acerca del uso de hormonas para intensificar los rasgos propios del sexo biológico.

Finalmente, hemos ahondado en el posible rol de las hormonas sexuales, específicamente de la testosterona en la identidad sexual. En efecto, tanto la exposición anormal a hormonas dentro del útero materno, como los casos de trastorno del desarrollo sexual, sugieren que la presencia inusual de testosterona en cierto momento crucial del desarrollo -tanto su exceso en el caso de las niñas, como su déficit en el caso de los niños- se relaciona fuertemente con un estilo de juego diferente al que es propio del mismo sexo, y menos potentemente, con el desarrollo de una identidad sexual propia del otro sexo. Además, se ha encontrado correlación entre conductas de género cruzado y la exposición a estrés, y también a químicos. Aunque no se ha probado aún, los investigadores han sugerido que en ambos casos estarían involucradas las hormonas sexuales. Esta evidencia, en su conjunto, sugiere que niveles anormales de testosterona son predictores del desarrollo de una identidad sexual incongruente. Faltan investigaciones que permitan ahondar en este efecto, no sólo en cuanto a la influencia de la testosterona dentro del útero, sino que también acerca de la relación entre el nivel actual de testosterona y la conducta actual.

FACTORES SOCIALES

Socialización de los padres

Uno de los estudios más significativos acerca de la relación entre género y crianza es el de Lytton y Romney (1991). Consiste en un metaanálisis de todas las investigaciones disponibles en ese entonces, buscando si acaso los padres dan un trato diferente a sus hijos dependiendo de su sexo. El resultado afirma que, en casi todos los aspectos, las diferencias en la socialización de los padres hacia sus hijos o hijas no son significativas, excepto en un área: en la estimulación de actividades estereotipadas como masculinas o femeninas. Los padres y las madres, juntos o por separado, estimularían en los niños las actividades consideradas como masculinas, y en las niñas, las femeninas.

Este resultado ha sido interpretado por algunos como una prueba de que la identidad de género de los niños es producto del adoctrinamiento social-cultural, y no pocos reflexionan en el sentido de que sería conveniente revisar y modificar tales condicionamientos por ser arbitrarios. Otros, sin embargo, consideran que la actitud de los padres hacia los hijos según su género podría ser inducida por las predisposiciones temperamentales del niño, que tendrían una raíz biológica, de modo que los padres preferirían animar aquellos juegos que sus hijos espontáneamente disfrutaban más (Scarr y McCartney, 1983). Lo cierto es que, en ambos casos, la influencia de los padres tiene un rol importante en la identidad de género de los hijos: bien sea porque produce las diferencias de carácter en los niños y niñas, o bien sea porque interacciona con el temperamento masculino o femenino que proviene de la biología.

El estudio de Lytton y Romney no aborda directamente el caso de los niños con Disforia de Género, o con conductas de género cruzado. No obstante, sugiere fuertemente que la influencia de los padres es importante en el desarrollo de un cierto estilo de juego, y por lo tanto permite esperar que los padres hayan tenido algún rol en el hecho de que algunos niños tengan actitudes y juegos más propios del otro sexo. A partir de esta idea, Zucker (2014) ha planteado que, en algunos casos, la Disforia de Género pueda deberse a la falta de refuerzo de conductas propias del género del niño, a la neutralidad frente a las conductas propias del otro sexo o incluso, al reforzamiento activo de estas conductas: *“[estas actitudes parentales] tal vez contribuyan a la continuación y o a un incremento en la posibilidad de que la identidad de género cruzado persista”*⁶.

Explica que hay múltiples motivos para que los padres actúen de este modo, entre los cuales menciona una situación que él llama “duelo patológico de género” (Zucker et al., 2012). Se trataría de madres que tenían un fuerte deseo de tener una hija después de haber tenido solo hombres, y que al tener un nuevo niño tenderían a tratarlo inconscientemente según su deseo: lo vestirían de mujer, lo animarían a juegos de niñas, etc. En esta misma línea, algunos investigadores han encontrado que los transexuales MF son más propensos a reportar que sus padres deseaban una niña, respecto del grupo control (Buhrich & McConaghy, 1978; Hogan-Finlay, 1995).

⁶ Zucker, 2014 (libro). El original dice: *“If these early cross-gender intense interests are reinforced rather than ignored or compensated for by efforts to increase gender-fl exible thinking and behavior, perhaps this contributes to their continuation and an increase in the likelihood that a cross-gender identity will persist”*.

Otro estudio que reafirma la influencia de la socialización de los padres en el estilo de juego de los niños es el de Wong et al. (2013). Si bien esta investigación se centra en niños y niñas con Hiperplasia Adrenal Congénita (CAH) -TDS que fue mencionado en los factores biológicos-, también analiza el modo en que los padres incentivan o refuerzan un estilo de juego masculino o femenino. Aunque ya se había afirmado que las niñas con CAH tenían un estilo de juego más masculino que el de las niñas sin CAH (para una revisión, ver Hines, 2010), en este estudio se demostró que los padres de estas niñas suelen animarlas al juego masculino, y que este factor es capaz de explicar, al menos en parte, la conducta masculina de las niñas con CAH. En ese sentido, Wong et al. (2013) afirman que: *“estos resultados otorgan algún apoyo a la idea de que la socialización parental contribuye a la masculinización del comportamiento de (...) las niñas [con CAH]”*. No obstante, este estudio también afirma que no es posible establecer una relación causal, ya que la correlación entre ambos factores no permite identificar si la influencia de los padres es causa de este comportamiento, o si bien es un componente que ayuda a perpetuar un comportamiento previo al refuerzo de los padres, más bien relacionado con los factores biológicos. Wong et al. (2013) sugieren que ambos factores, biológicos y sociales, se retroalimentan entre sí.

Ahora bien, parece ser que la influencia de la socialización de los padres en la identidad de género de los hijos no es absoluta. Así lo sugieren aquellos casos en que, por diversos motivos, se ha optado por socializar a un niño según un género diferente al sexo natal. Uno de los casos más emblemáticos es el de David Reimer, un niño que fue accidentalmente mutilado en sus genitales a los pocos días de nacer (Money y Ehrhardt, 1972; Diamond y Sigmundson, 1997; Colapinto, 2000). Debido a este accidente, tanto el médico como la familia tomar la decisión de criar a David como mujer, ocultándosele su verdadero sexo natal. Al llegar a la adolescencia, de forma espontánea, David se sintió claramente identificado como hombre, y decidió vivir según esa identidad. Incluso llegó a casarse y formar familia. Lamentablemente, las secuelas psicológicas de este proceso le trastornaron a tal punto que a los 39 años se quitó la vida⁷.

Influencias de la relación de los padres con sus hijos

La influencia de los padres sobre sus hijos no sólo se reduce a la postura que tienen los padres respecto del estilo de juego o de la identidad sexual en la que educarán a sus hijos. Algunas investigaciones se han centrado en otros aspectos que también pueden influir en el desarrollo de una Incongruencia de Género.

Hay una cantidad significativa de estudios que sugieren que los individuos con Disforia de Género han tenido menos oportunidad de acceder a sus padres. Esto parece ser especialmente frecuente en disforias de género MF, quienes perciben a su padre como ausente (Buhrich y McConaghy, 1978) y menos disponible que la población control (Simon et al., 2011; Giovanardi et al., 2018). Roberts et al. (1987), entrevistando a los padres de niños con DG, encontraron que tanto el padre como la madre pasaron significativamente menos tiempo con sus hijos en relación con el grupo control. Giovanardi et al. (2018) hallaron que, en general, en todos los casos de DG era más frecuente encontrar la

⁷ Hines (2015) en su capítulo sobre el desarrollo evolutivo del género hace referencia a un caso aparentemente contrario. Se trataría de un niño que fue educado como niña, también debido a la mutilación accidental de sus genitales. Esta persona habría mantenido su identificación femenina durante toda su vida, casándose con un hombre, etc. No obstante, hay que hacer notar que esta persona recibió hormonas feminizantes desde los 11 años en adelante.

percepción de que ambos padres fueron poco disponibles en comparación con grupo control.

Respecto al cuidado de los padres, la evidencia muestra que los padres de personas con DG suelen ser sobreprotectores -excesivamente preocupados, restrictivos y controladores- en relación con la población no clínica. En el caso de los MF, el padre aparece como sobreprotector (Cohen-Kettenis y Arrindell, 1990; Parker y Barr, 1982) e intrusivo (Pérez, 2017), aunque también hay evidencia de que la madre también es intrusiva (Pérez, 2017). En el caso de los FM, la madre aparece como sobreprotectora (Cohen-Kettenis y Arrindell, 1990), aunque también hay evidencia de que el padre es intrusivo (Pérez, 2017).

Respecto a la calidad del vínculo, hay clara evidencia de que los adultos con Disforia de Género perciben que su padre fue poco cálido en comparación con la población control. Esto es cierto tanto en el caso de los MF (Cohen-Kettenis y Arrindell, 1990; Parker y Barr, 1982; Simon et al., 2011) como en los FM (Cohen-Kettenis y Arrindell, 1990; Simon et al., 2011). En la misma línea, se ha encontrado que los MF consideran que su padre fue distante (Pérez, 2017), ausente y desinteresado (Buhrich y McConaghy, 1978). Respecto de la madre la evidencia parece contradecirse, ya que se ha encontrado que los FM y no los MF perciben a su madre como poco cálida (Cohen-Kettenis y Arrindell, 1990), mientras que otros investigadores han encontrado el patrón invertido, es decir, que los MF y no los FM perciben a su madre como poco cálida (Simon et al., 2011). Por su parte, Giovanardi et al. (2018) encontraron que tanto en MF como en FM habría importantes índices de negligencia parental, concepto que describe un comportamiento semejante al de la escasa calidez emocional⁸. Lo mismo halló Pérez (2017) en su muestra de MF.

También existe evidencia en la población DG de haber recibidos malos tratos de sus padres en la infancia. Tanto Giovanardi et al. (2018) como Cohen-Kettenis y Arrindell (1990) hallaron que los MF han experimentado rechazo de parte de sus padres, entendiendo el rechazo como una actitud que incluye hostilidad, minimización del sufrimiento, ridiculización y un alejamiento intencional frente a las necesidades del niño. Los mismos investigadores también encontraron que en caso de los FM, son ambos padres quienes son percibidos como rechazantes. Por otra parte, también hay evidencia de que los adultos DG fueron abusados psicológicamente por su madre, entendiendo abuso como actos y palabras orientadas a provocar pánico, a ridiculizar, insultar, aislar y coercionar al niño, llegando incluso a la crueldad. Simon et al. (2011) hallaron esta situación en tanto en su muestra de MF como de FM. Por su parte, Giovanardi et al. (2018) encontraron que los MF habían sido víctima de abuso físico y psicológico del padre, mientras que los FM fueron víctima de abuso psicológico de la madre.

Otras situaciones que se han correlacionado positivamente con los individuos diagnosticados con DG son estilo de apego de peor calidad en comparación con la población promedio (Colizzi et al., 2013, Turan et al. 2015, Lingiardi et al. 2017, Giovanardi

⁸ Aunque calidez emocional y negligencia son conceptos diferentes, si se comparan las escalas de las cuales provienen (EMBU y AAI) se puede apreciar que describen comportamientos semejantes de los padres. Mientras que la poca calidez emocional refiere comportamientos que implican desatención, poco interés y descuido de las necesidades del niño, la negligencia refiere a indiferencia, inatención o indisponibilidad psicológica a las necesidades emocionales del hijo.

et al. 2018), estilo parental autoritario (Motha et al. 2017), mayor ocurrencia de pérdida del padre en MF y de pérdida de parientes o amigos en FM (Giovanardi et al, 2018), y divorcio de los padres (Cohen-Kettenis y Arrindell, 1990), aunque estos autores comentan que el divorcio ocurrió años después a la aparición de la Incongruencia de Género -razón por la cual ellos han sugerido que quizás estos niños crecieron en un ambiente de mala relación parental-.

Finalmente, existen dos estudios que abordan la relación del comportamiento de género de los padres con el comportamiento de género de sus hijos⁹. Hay evidencia de una correlación positiva entre la adherencia de los padres a roles de género tradicionales (por ejemplo, el padre es quien saca la basura y la madre quien cocina) y una conducta de género más típica en los hijos respecto de padres menos tradicionales (Hines et al., 2002). Finalmente, hay evidencias de que los hijos de madres altamente educadas que trabajan fuera del hogar muestran menos comportamiento típico de género respecto de los niños de madres de menor educación, y también respecto de las madres que no trabajan fuera de casa (Hines et al., 2002; Ruble y Martin, 1998).

En su conjunto, todas estas investigaciones resaltan las múltiples formas en que los padres pueden influir indirectamente en la identidad sexual de los niños. La relación entre padres e hijos, la relación entre los padres, la ocurrencia de maltrato doméstico e incluso los roles parentales se han correlacionado con la Disforia de Género. Considerando estos elementos, sería interesante que algún autor realizara un abordaje de corte sistémico acerca de cómo está conformada la familia de los niños con Disforia de Género, evaluándose el nivel de funcionalidad, los relatos familiares, las imágenes de masculinidad y feminidad transmitidas tanto con palabras como con actos, las posibles ganancias secundarias de adoptar una identidad de género variante, el rol que tendría la aparición de una Incongruencia de Género dentro del sistema familiar, etc.

Influencia de los pares

Esta hipótesis postula que la influencia de los pares podría ser causa, o al menos un factor predisponente, de la identificación con el otro sexo.

Ya en 2011, Ewing y Troop-Gordon investigaron si acaso el hostigamiento de los pares y el sexo de amistades podrían influir en la formación de una identidad de género "atípica", es decir, distante de la norma. Llegaron a la conclusión de que en aquellos que tienen muchas amistades del mismo sexo, el hostigamiento de los pares disminuye la identidad de género atípica, mientras que en quienes tienen más amistades del sexo contrario el hostigamiento de los pares incrementa la identidad de género atípica. Esto permitiría validar dos hipótesis que parecían imposibles de conciliar: que el hostigamiento pueda actuar como un castigo social que inhibe el desarrollo de una identidad atípica, o bien que puede empujar para que el sujeto asuma una identidad de género diferente.

En la misma línea, DeLay et al. (2018) se preguntaron si acaso el hostigamiento con contenidos homofóbicos podría influir en la identidad de género. Este concepto no es entendido simplemente como poseer identidad masculina o femenina, sino más bien de un modo dual. Según el paper, es más preciso considerar que la identidad de género implica

⁹ Aunque estos estudios no se enfocaron en población con DG, se sabe que una parte importante de los adultos con DG reportan haber tenido conductas de género propias del otro sexo en su infancia.

una evaluación acerca de cómo se relaciona el propio self con ambos géneros –y no en relación con un solo género. De este modo, un individuo podría identificarse con un género, con ambos, o eventualmente, con ninguno. La investigación de DeLay concluyó que el hostigamiento temprano con contenidos homofóbicos predice cambios en la identidad de género en el tiempo, lo que reforzaría la idea de que los insultos externos son internalizados como una mirada interna a su propia identidad de género.

Hay un estudio que describe explícitamente la relación entre bullying y Disforia de Género. Kaltiala-Heino et al. (2015) realizaron un estudio con 47 adolescentes postulantes a reasignación de género. De entre ellos, el 57% fue víctima de bullying en el colegio; el 53% en la escuela primaria (grados 1-6, 7-13 años de edad) y un 45% en la secundaria (grados 7-9, 13-16 años). De quienes sufrieron bullying, un 73% lo sufrió antes de comenzar a pensar acerca de su identidad de género, un 8% después de empezar a pensar en ello, y un 19%, antes y después. Estos datos muestran que, en algunos casos, el bullying pudo ser un antecedente que haya influido al menos indirectamente en el desarrollo de la Incongruencia de Género. La autora de la investigación así lo sugiere:

en más de dos tercios de los casos el bullying había ocurrido antes del inicio de la Disforia de Género, y no fue dirigido a la identidad de género o sexual. El bullying es un factor de riesgo inespecífico para problemas del desarrollo más que un problema específicamente relacionado con identidad de género.¹⁰

En su conjunto, estas investigaciones revelan que los pares pueden jugar un rol importante en el desarrollo de la identidad sexual incongruente de algunos compañeros.

Pertenencia a grupo de pares y Incongruencia de Género de inicio en la adolescencia

Hay un estudio muy reciente que trata específicamente de la Incongruencia de Género y su relación con la pertenencia a grupos de pares. Littman (2018) aborda un tipo especial de Disforia de Género: aquella de inicio tardío (en la adolescencia) y veloz. Su estudio es pionero en abordar este fenómeno, el cual sería diferente al de la Disforia de Género más conocida -con inicio en la niñez y de desarrollo más lento-. Entre los resultados más destacados, se encuentra que en el 36,8% de los casos el grupo de amigos estaba conformado por personas transgénero. La autora postula que en estos casos operaría un modelo de “contagio de pares” semejante al que se da entre personas con trastornos alimentarios, el cual incluye la pertenencia a un grupo que comparte el interés por el tema, un refuerzo grupal hacia aquellos que se destaquen por el grado de su transgenerismo y la facilitación del acceso a foros virtuales donde se pueden encontrar consejos para obtener rápidamente tratamientos hormonales, como por ejemplo, un listado de qué síntomas deben simular en una entrevista médica para obtener la receta autorizada. La autora sostiene que los adolescentes y adultos jóvenes que entran en estas dinámicas se caracterizan por poseer vulnerabilidad psicológica; de hecho, según su estudio, el 62,5% de estos jóvenes habrían sido diagnosticados con al menos un trastorno mental o discapacidad neuronal antes del inicio de la Disforia de Género. La evidencia aportada por Littman (2018) sugiere

¹⁰ “In more than two thirds of the cases, bullying had occurred before the onset of gender dysphoria, and was not targeted at gender or sexual identity. Bullying is an unspecific risk factor for developmental problems rather than a problem specifically related to gender identity” (p. 6)

que, en algunos casos, la influencia de los pares es determinante para que algunos jóvenes se identifiquen con otro sexo.

Síntesis del estado del arte de los factores sociales asociados a la Incongruencia de Género

Las investigaciones muestran tres tipos de influencia social correlacionados con el desarrollo de la Disforia de Género. Dos de ellos involucran a los padres: de modo directo e indirecto. El tercero apunta a la influencia de los pares.

De modo directo, los padres pueden influir en el desarrollo de una identidad sexual incongruente reforzando las conductas de género cruzado de sus hijos. Aunque para muchos esta situación quizás no resulte tan intuitiva, hay algunos padres que conciente o inconcientemente favorecen las conductas femeninas en los niños, y viceversa. En este escenario, no es raro que el niño no solo se habitúe a tales conductas, sino que además, viendo el entusiasmo de los padres, vaya prefiriendo el rol propio del otro sexo, y así pueda ir desarrollando una identidad sexual incongruente. ¿Por qué algunos padres tomarían estas actitudes? Los investigadores apuntan a múltiples motivos, entre los cuales se señaló el “duelo patológico de género”, situación en la que los padres deseaban tener un niño de otro sexo y que, ante la decepción de tener un hijo diferente, sin darse cuenta han ido favoreciendo las conductas que le recuerdan el deseo frustrado. También se ha sugerido que muchos padres refuerzan las conductas espontáneas que traen los niños, incluso aunque alguna de estas sean propias del otro sexo, considerándolas “tiernas” o “graciosas”, o simplemente porque notan que el hijo disfruta haciendo tales actividades. Este tipo de influencia parental no sólo se restringiría al reforzamiento de las conductas de género cruzado, sino también a las actitudes neutrales antes tales conductas, y también al escaso reforzamiento de las actitudes propias de su sexo biológico. No obstante, casos como el de David sugieren que la influencia de los padres respecto de la identidad sexual no es ilimitada.

De modo indirecto, la conducta de los padres y la relación que mantienen con sus hijos pueden influir en el desarrollo de una Incongruencia de Género. En efecto, esta incongruencia se ha correlacionado significativamente con la ausencia o la percepción de poca disponibilidad de los padres durante la niñez. También se ha correlacionado con un estilo parental sobreprotector, intrusivo, autoritario y, especialmente, poco cálido. Otras investigaciones han encontrado que las personas con Disforia de Género tienen peor estilo de apego respecto a la población general, lo que permite especular acerca de la capacidad de los padres de formar un vínculo exitoso con su hijo en la primera infancia. Además, se ha encontrado que los adultos con Disforia de Género han tenido más pérdidas de personas cercanas, y han sufrido el divorcio de sus padres más que la población general. De modo aún más indirecto, las conductas estereotipadas de género que tienen los padres también se correlacionan con actitudes semejantes en los hijos. Aunque estas investigaciones no suelen afirmar rotundamente alguna direccionalidad en la relación de las variantes, en general sugieren cierta iniciativa parental en todos estos casos. Es cierto que no se puede descartar que la causalidad sea inversa, es decir, que la conducta espontánea del niño impulse a sus padres a los comportamientos descritos. Sobre esta posibilidad hay que decir dos cosas. La primera, que incluso en el caso de que algunos niños se comporten de maneras desagradables para los adultos, hay que admitir que, a diferencia de los niños, los adultos pueden -o al menos debieran poder- controlar su conducta, y que por lo tanto no se

puede asumir que la poca disponibilidad, la poca calidez o el maltrato sean reacciones inevitables frente a la conducta del hijo: en tanto que están sujetas al autodomínio del adulto, su causa principal ya no es el estímulo externo, sino la agencia interna. Y en segundo lugar, incluso aunque podamos admitir que la conducta de los padres es incitada por los hijos, eso no se opone a que los hijos sean influidos por la conducta de los padres; en efecto, ambas relaciones son posibles y complementarias. Por estos motivos, se puede afirmar con certeza que este tipo de conducta parental influye sobre los hijos, y en este caso, puede influir sobre el desarrollo de su identidad sexual.

Uno de los hallazgos más alarmantes es el de la prevalencia de maltrato o abuso infantil por parte de los padres -física, psicológica o sexualmente. Este tipo de abuso parece darse más a menudo por parte del padre del mismo sexo. Es evidente que una situación así es un evento traumático que tiene consecuencias devastadoras para la vida psíquica. La correlación con la Incongruencia de Género ha sido muy debatida por los investigadores, posiblemente porque muchos de ellos desean que tal incongruencia no sea estigmatizada como una enfermedad producto de una situación traumática. Varios de ellos sugieren una relación inversa: son los rasgos transgénero los que hacen vulnerable al menor al maltrato de los padres, de la familia y de los pares. No obstante, así como hemos ido analizando, el que esto sea cierto no anula necesariamente la posibilidad de que algunos casos de Incongruencia de Género sean causalmente provocados por este tipo de experiencias. De hecho, algunos testimonios documentados en la literatura científica así lo afirman. Por otra parte, el hecho de que algún niño con ciertas actitudes propias del otro sexo reciba maltrato por tales conductas, esto no significa que a su vez el maltrato no pueda tener alguna influencia posterior sobre la frecuencia o intensidad de este tipo de actitudes. Nos encontramos ante factores que se retroalimentan de maneras tan complejas, que parece absurdo asumir un solo tipo de direccionalidad. En todos los casos, sin duda el maltrato o abuso infantil tiene repercusiones psíquicas importantes, y nada impide que esta situación inicie la Incongruencia de Género en algunos casos, y en otros, refuerce la conducta de género cruzado y alimente el desarrollo de una identidad incongruente.

Las investigaciones también han encontrado correlaciones significativas entre la influencia de los pares y el desarrollo de una identidad sexual atípica. Por una parte, existen estudios que afirman la relación entre el hostigamiento de los pares y el desarrollo de una identidad sexual incongruente. En general, parece haber un acuerdo en cuanto a que el hostigamiento social es motivado por la conducta atípica del compañero -no obstante, nada impide lo contrario. La discusión está más centrada en cómo este hostigamiento influye sobre el menor: si acaso le mueve a abandonar las conductas atípicas o si acaso le empuja a identificarse con "ser extraño", lo que promovería las conductas atípicas. Un investigador ha propuesto una solución: encontró que cuando el niño tiene muchos amigos de su sexo, y pocos del otro, tenderá a abandonar los comportamientos atípicos. En cambio, cuando tiene pocos amigos de su sexo, y más del otro, tenderá a acercarse a este último grupo y en vez de abandonar su conducta atípica, la solidificará. Se ha sugerido que el mecanismo detrás de esta última dinámica consistiría en que el menor, al recibir insultos con contenido homofóbico, a la larga tendería a internalizarlos y a hacerlos parte de su *self*.

Una investigación reciente se ha enfocado en una población poco estudiada: la de jóvenes que desarrollan tardía y velozmente una Incongruencia de Género. Se describió un fenómeno de grupo minoritario semejante al que está bien documentado en la anorexia

nerviosa: un grupo marginal que se autovalida mirando en menos a los demás, y en el cual se refuerzan las actitudes transgénero, premiándose las más extremas. Al ingresar a estos grupos, ya suelen haber algunos compañeros que han realizado la transición, que están en tratamiento hormonal transafirmativo y que enseñan cómo hacerlo. Los jóvenes que entran en estas dinámicas suelen ser psicológicamente vulnerables, si bien la mayoría no tiene antecedentes de Disforia de Género infantil. Es cierto que se trata de una investigación más bien descriptiva, y que aún no tiene el respaldo de otras investigaciones. Sin embargo, plantea una posibilidad no expresada antes: que una persona puede desarrollar una Incongruencia de Género debido a la fuerte influencia de un grupo de pertenencia, y a pesar de no haber tenido antecedente alguno siquiera de conducta atípica.

El estado actual del arte permite comprender mejor cómo pueden influir las personas significativas en la vida e identidad sexual de un individuo. No obstante, aún hay muchas áreas en las que se podría ahondar. Faltan estudios que permitan conocer cómo influyen los diferentes contextos en el desarrollo de un niño con actitudes atípicas, por ejemplo, comparando longitudinalmente el desarrollo de los niños con conductas atípicas de diferentes colegios o familias - así se vería cuánto influye lo social en niños que parecen predispuestos a dudas de identidad. Sería muy interesante darle continuidad a la línea de investigación que aborda el inicio tardío y veloz de la Disforia de Género en algunos adolescentes, especialmente considerando que parece un fenómeno cada vez más frecuente. Por otra parte, llama la atención que no se hayan encontrado artículos que estudiaran como influyen otro de factores sociales y culturales sobre la identidad sexual. Sería interesante investigar si las actitudes culturales de apertura o rechazo hacia el tema, si la promoción de personalidades trans, si la promulgación de ciertas leyes o si la publicidad transafirmativa se correlaciona con la frecuencia y el tipo de Incongruencia de Género. También llama la atención que no existan estudios cualitativos o cuantitativos que se centren en comprender los casos de personas con Disforia de Género que posteriormente se identificaron con su sexo biológico. La literatura indica que éste sería el caso de alrededor del 80% de los niños alguna vez diagnosticados con Disforia de Género. Sería de gran interés conocer los principales factores asociados a este tipo de cambio y describir cómo es el proceso psicológico y social de estas personas.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Inmadurez cognitiva

Kohlberg (1966) sugirió que la noción de género en los niños no es unívoca durante la infancia. Argumentó que los niños de la etapa preoperacional son capaces de decir que son niños o niñas, pero sin comprender verdaderamente la noción de género; en otras palabras, para los niños más pequeños decir “soy niño” es parecido a decir “soy Pedro”. Posteriormente, con la consecución de la etapa operacional concreta, el niño sería capaz de comprender que el género es una propiedad interna, y estable a lo largo de la vida. A este constructo le llamó “constancia de género”, y su adquisición ocurriría junto con el desarrollo de la etapa piagetana mencionada, entre los 5 y los 7 años de edad (Kohlberg, 1966; Ruble et al., Martin, & Berenbaum, 2006).

Posteriormente, Slaby y Frey (1975) diseñaron un cuestionario para medir y validar este constructo, haciendo una distinción de tres estadios secuenciales en la adquisición de la constancia de género. Primero, los niños categorizarían el género de los demás y el propio, lo que fue denominado “identidad de género”. Luego comprenderían que el género se mantiene estable a lo largo del tiempo –“estabilidad de género”. Finalmente entenderían que el género es invariante frente a transformaciones situacionales, tales como vestirse con ropas del otro género, a lo que denominaron “consistencia de género”. A pesar de que esta conceptualización ha recibido algunas críticas, ha sido aceptada por muchos autores y validada en múltiples ocasiones (para una revisión más acaba de la historia de este concepto, revisar Zucker et al. 1999).

La sucesión de estas etapas se puede apreciar en la población general y también en la población de niños diagnosticados con Disforia de Género. No obstante, hay evidencias de que el progreso en las etapas de la constancia de género está atrasado en la población con DG, en relación con la población general (Zucker et al., 1993; Wallien et al., 2009). En otras palabras, la evidencia permite predecir que los niños con Disforia de Género han tardado más que la población general en alcanzar la constancia de género.

Esta tardanza ha sido considerada como un signo de inmadurez cognitiva y se ha postulado la posibilidad de que tenga algún rol en la conformación de una identidad de género cruzado. La tardanza en lograr constructos mentales maduros podría colaborar en cierta dificultad del niño para identificarse claramente con su sexo biológico, situación que puede ser influenciada en alguna dirección mediante el refuerzo del entorno -o su ausencia-, especialmente de sus padres. Considerando que muchos padres no refuerzan el género congruente con el sexo biológico de sus hijos, o que incluso algunos refuerzan activamente las conductas de género cruzado -por ejemplo, por encontrarlas “tiernas”, “divertidas” o por algún otro motivo-, es posible que la influencia de los padres pueda contribuir en la tardanza para alcanzar la constancia de género, y así, indirectamente, permitan que el niño se mantenga ambiguo respecto de su identidad.

No obstante, tampoco puede descartarse que la tardanza en alcanzar la constancia de género sea un efecto de la Disforia de Género, o bien que la correlación entre ambas situaciones sea mediada por un tercer factor. Se requiere de más investigación para poder establecer la dirección de la causalidad.

Trastorno del Espectro Autista

El trastorno del espectro autista es un amplio abanico de cuadros clínicos que implican diversos grados de dificultad para comportarse, comunicarse, aprender, manejar las emociones y relacionarse con los demás. Este trastorno, que tiene una raíz neurológica, típicamente se manifiesta dentro de los tres primeros años de vida, transformándose en una condición que se posee toda la vida. Dentro del espectro autista está el conocido síndrome de Asperger.

Una de las características salientes de este trastorno es el intenso y rígido interés que demuestran en ciertos temas, los cuales absorben casi por completo al individuo, limitando su atención de manera inflexible. Este interés suele ir acompañado de comportamientos reiterativos, motivo por el cual a veces se confunde con el trastorno obsesivo-compulsivo.

Entre los años 1996 y 2008 se describieron alrededor de nueve casos -la mayoría niños- en los cuales se observó la coocurrencia de Disforia de Género y trastorno del espectro autista (Gallucci et al., 2005; Kraemer et al., 2005; Landen y Rasmussen, 1997; Mukaddes, 2002; Perera et al., 2003; Tatenos et al., 2008; Williams et al., 1996). No obstante, fue recién en 2010 que se realizó una investigación sistemática dentro de un amplio grupo de niños y adolescentes con Disforia de Género (n=204). El estudio encontró una incidencia del trastorno de espectro autista de un 7,8%, lo que constituye una prevalencia diez veces mayor a la encontrada en la población general (de Vries et al., 2010). Un estudio realizado en Finlandia en una población de menores con Disforia de Género, encontró que un 26% de la muestra había recibido diagnóstico de trastorno del espectro autista antes de consultar por temáticas de identidad de género (Kaltiala-Heino et al., 2015). Respecto de la población adulta, un estudio encontró la presencia de rasgos autistas en un 5,5% de los casos, un porcentaje mayor al 0,5%-2,0% de prevalencia en la población general (Pasterski et al., 2014). La coocurrencia de ambos cuadros clínicos ha sido afirmada por numerosas investigaciones (Miesen et al., 2015; Skagerberg et al., 2015; VanderLaan et al., 2014; Jacobs et al., 2014; Strang et al., 2018; Janssen et al., 2016; Jones et al., 2012).

La correlación de ambos cuadros se ha visto confirmada en algunos estudios realizados en la población con trastorno de espectro autista y con déficit atencional. Se ha encontrado que la incidencia de expresión de género variante es 7,59 veces mayor en la población con espectro autista, y 6,64 veces mayor en los individuos con déficit atencional respecto a la población general (Strang et al., 2014)¹¹.

Estos hallazgos han abierto la pregunta acerca de cuál es la relación exacta entre ambos diagnósticos: si acaso alguno de ellos podría ser causa del otro o si acaso habrá algún factor común que explique ambos. Así lo plantean Kaltiala-Heino et al. (2015):

La temática relacionada con la identidad de género podría surgir de la predisposición de las personas del espectro autista hacia intereses inusuales, o bien la Disforia de Género en el TEA podría representar un TOC en lugar de temáticas de identidad de género genuinas. El comportamiento de género cruzado en los menores con TEA también podría representar más bien intereses sexuales no normativos o preferencias sensoriales inusuales. Nuestra impresión clínica es que un

¹¹ Increased Gender Variance in Autism Spectrum Disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder

sentimiento de larga data de ser diferente y un extraño entre los pares podría desempeñar un papel en los niños con TEA que desarrollan Disforia de Género en la adolescencia.¹²

En la misma línea, Melissa Hines (2015) afirma que el espectro autista podría contribuir con la aparición de dificultades respecto de la identidad de género:

Los hallazgos podrían sugerir que la reducida flexibilidad cognitiva asociada al autismo, combinada con sentimientos de atipicidad de género, podría llevar a las personas a pensar que deberían ser del otro género. Por lo tanto, los tipos de patrones de pensamiento asociados con la condición del espectro autista (ASC en inglés) podrían predisponer a los individuos de género atípico a tener dificultades con la identidad de género.¹³

Pasterski et al. (2014), sostienen una opinión semejante, proponiendo un mecanismo psicológico que permite relacionar ambos cuadros:

Hay evidencia que muestra que las personas con autismo pueden tener dificultades para tener relaciones cercanas (...). Esta tendencia a ser ingenuo, inmaduro e inexperto en socializar puede llevar a un individuo, hombre o mujer, a concluir que él / ella no encaja con sus pares, y que él / ella encajaría mejor con el género opuesto.¹⁴

Resulta muy interesante una constante encontrada en estos estudios: mientras que la mayoría de los adolescentes con Disforia de Género son atraídos por individuos de su mismo sexo de nacimiento (Smith et al., 2005; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008), la mayoría de los adolescentes con Disforia de Género y espectro autista han presentado atracción hacia parejas del otro sexo, respecto del sexo de nacimiento (de Vries et al., 2010; Pasterski et al., 2014). Otro hallazgo interesante es que casi todos los individuos con doble diagnóstico incluidos en el estudio de Pasterski et al. (2014) reportaron una Disforia de Género de inicio tardío. Esto refuerza una de las ideas expresadas en el apartado acerca del cerebro de las personas con Incongruencia de Género, a saber, que la transexualidad heterosexual y la homosexual tienen importantes diferencias.

Abuso durante la infancia

¹² (p. 7) Traducción propia de: "Gender identity issues could arise from autism spectrum people's predisposition toward unusual interests, or gender dysphoria in ASD could represent OCD rather than genuine gender identity issues. The crossgender behaviour in ASD minors could also rather represent non-normative sexual interests or unusual sensory preferences. Our clinical impression is that a long-standing feeling of being different and an outsider among peers could play a role in ASD children developing gender dysphoria in adolescence. In our clinical sample of gender dysphoric adolescents, autism spectrum disorders by far exceeded the prevalence of 6/1000 suggested for general population, and almost three-fold that in the sample of de Vries et al. Autism spectrum needs to be taken seriously in considering treatment guidelines for child and adolescent gender dysphoria".

¹³ "The findings might suggest that the reduced cognitive flexibility associated with autism, combined with feelings of gender atypicality, might lead individuals to think that they should be the other gender. Thus, the types of thinking patterns associated with ASC might predispose gender-atypical individuals to have difficulties with gender identity".

¹⁴ Pastersky et al. 2014. (p.390): "There is also evidence showing that people with autism may struggle to have close relationships. This tendency to be naive, immature, and inexperienced in socializing may lead an individual, male or female, to conclude that s/he does not fit in with his/her cohort, and that s/he would better fit in with the opposite gender".

Existe abundante bibliografía acerca de los devastadores efectos de los diversos tipos de abuso -emocional, físico o sexual- recibido durante la niñez. Los estudios sugieren que el maltrato infantil es un factor inespecífico que predispone a cuadros clínicos como depresión mayor, estrés postraumático, abuso de sustancias, trastornos ansiosos, dismorfofobia, desórdenes alimenticios y trastornos de personalidad, entre otros. Lamentablemente, también se sabe que el maltrato infantil es una situación más frecuente de lo que se tiende a pensar.

Los estudios indican que el abuso infantil es una vivencia característica de muchas personas con Incongruencia de Género. Devor (1994) encontró que el 60% de los transexuales FM que participaron en su estudio (n=45) reportaron haber sufrido abuso físico, sexual o emocional durante su niñez¹⁵. Gehring y Knudson (2005) hallaron que el 55% de los transexuales MF (n=34) y FM (n=8) reportaron eventos sexuales no deseados antes de los 18 años. Además, reportaron abuso verbal (77%), insultos (81%), ser puestos en vergüenza delante de otros (55%) y haberse sentido culpables debido a sus padres (58%). Por su parte, Bandini et al. (2011) encontraron que el 27,5% de los participantes con trastorno de identidad de género MF (n= 109) reportaron experiencia de maltrato infantil. En la mitad de estos casos el maltrato consistió en abuso sexual. Colizzi et al. (2015) hallaron que el 45,8% de los participantes con Disforia de Género de su estudio (n=118) reportaron trauma infantil relacionado con abuso y/o negligencia. Lingjardi et al. (2017) encontraron que el 66% de los participantes transexuales de su estudio (n= 44) experimentaron condiciones traumáticas durante su infancia en la forma de pérdidas de figuras de apego y abuso físico o sexual.

Algunos estudios han encontrado que la ocurrencia de abuso infantil es mayor en la población con Incongruencia de Género en comparación con otras poblaciones. Kersting et al. (2003) encontraron que los pacientes con Disforia de Género de su muestra sufrieron 3 veces más de negligencia emocional moderada o severa respecto de pacientes psiquiátricos internados (48,8% vs 16,3%). Veale et al. (2010b) realizaron un gran estudio online (n=2.227) en el cual participaron 453 transexuales MF y 126 FM, 574 individuos de otra variante de género y un grupo control conformado por 207 hombres y 345 mujeres. Los participantes transexuales y los de otra variante de género puntuaron significativamente más en abuso emocional, abuso físico y abuso sexual. Por su parte, Giovanardi et al. (2018) encontraron que los individuos con Disforia de Género MF, en comparación con el grupo control, obtuvieron mayor puntuación en negligencia, abuso físico y abuso psicológico de ambos padres, y en rechazo paterno. Por su parte, aquellos con Disforia de Género FM obtuvieron mayor puntuación en rechazo y negligencia paterna, y en abuso psicológico materno, respecto del grupo control. Todos estos índices refieren a experiencias anteriores a los 14 años. Adicionalmente comparó a los participantes de su estudio con índices generales de la población clínica, encontrando niveles semejantes de polivictimización, si bien el grupo con Disforia de Género tuvo mejores índices en cuanto a la relación con la madre.

La asociación entre Disforia de Género y las diferentes formas de abuso infantil ha sido interpretada en múltiples sentidos. Algunos investigadores han planteado que el abuso infantil podría ser uno de los factores involucrados en la génesis de la Disforia de Género.

¹⁵ Su estudio es interesante, pues prácticamente es el único cuyos participantes no fueron recogidos de una población clínica.

Devor (1994), además de detectar gran incidencia de abuso en su investigación, recogió la opinión de algunos de los participantes de su estudio que además eran terapeutas. Según la opinión de uno de ellos, el abuso sexual infantil podría provocar que algunos niños se disocien de una manera que establezca un sentido de sí mismo diferente del sexo biológico. Otro participante transexual ofreció su testimonio, diciendo que dudaba que se hubiera convertido en transexual si no fuese por el abuso que experimentó. Él creía que había disociado tanto el recuerdo del abuso (ocurrido a los 14 meses de edad) como su apego a la femineidad, femineidad que la “pequeña niña” había interpretado como lo que la había hecho vulnerable a tal abuso.

Tomando todos estos elementos en consideración, el autor de la investigación sugiere que *“en algunos casos la transexualidad puede ser una respuesta disociativa adaptativa extrema al abuso infantil grave”* (Devor, 1994). Una opinión semejante han esgrimido Coates y Person (1985), Ross (1989) y Di Ceglie (1998). Por su parte, Money (1986) menciona que el abuso infantil y la disociación pueden ser ambas importantes en la etiología de la transexualidad. Esta posibilidad también es admitida por Bandini (2011), si bien este autor también sugiere que pueden existir otras interpretaciones.

Zucker y Kuskis (1990) reportaron un caso de Disforia de Género relacionado con abuso sexual infantil. Se trataba de un niño de 11 años que le confidenció a un amigo de su madre que había sido abusado sexualmente por su hermano de 16 años frecuentemente durante los últimos 2 a 3 años. En la anamnesis se puede apreciar que la sintomatología propia del trastorno de identidad de género comenzó tras la iniciación del contacto sexual con su hermano. Si bien la madre reporta que había notado en él algunas conductas de género cruzado, el niño no había manifestado antes el deseo de convertirse en niña o de tener su pene removido. Los autores hipotetizan que el abuso sexual podría haber exacerbado algún sentimiento de vulnerabilidad de sí mismo en cuanto niño, empujándolo hacia la Incongruencia de Género. El estudio reporta que, tras ser alejado de su hermano, el niño no volvió a expresar algún deseo de ser niña. En el seguimiento posterior se detectó una disminución de las conductas de género cruzado.

En su conjunto, estas investigaciones sugieren que, en algunos casos, el abuso infantil puede tener un rol en la etiología de la Incongruencia de Género, ya sea generando una respuesta disociativa en el sujeto o bien exacerbando algunas conductas de género atípicas.

Otro importante grupo de investigadores sugieren que la relación entre Incongruencia de Género y abuso infantil debe ser interpretada en otro sentido, es decir, considerando que los comportamientos de género cruzado hacen más vulnerable al individuo a recibir maltrato por parte de su entorno. Gehring y Knudson 2005 (en Veale 2010a) consideran que los niños de género variante son más propensos a ser objetivo de los abusadores. Nuttbrock et al. (2010) encontraron que el 78,1% de los participantes transgénero MF de su estudio (n=571) reportó haber sido abusado psicológicamente debido a su identidad o presentación de género. El 50,1% reportó haber experimentado abuso físico por los mismos motivos¹⁶. Algunos estudios muestran que muchos jóvenes con Disforia de Género reportan experiencias de abuso verbal y físico de los miembros de su

¹⁶ La pregunta del cuestionario decía: *“¿has sido maltratado o abusado verbalmente y piensas que fue debido a tu identidad de género o presentación de género?”* (p.15, Nuttbrock et al. 2010)

familia y de vecinos, y reacciones negativas de sus padres cuando ellos comentan su identidad de género. (Grossman et al., 2005, 2006; Grossman y D'Augelli, 2006; Grossman et al., 2006).

Aunque muchos investigadores suelen ver ambas interpretaciones como incompatibles entre sí, hay un par de estudios que comentan que ambas posibilidades pueden coexistir sin problema. Firth (2014) afirma que:

Simplemente puede darse el caso de que, para algunos clientes, la autoidentificación de género no convencional sea tanto una causa como una consecuencia del abuso infantil y que sus influencias separadas no puedan calcularse. (p. 303)

Por su parte, Veale et al. (2010b), haciendo análisis de las estadísticas disponibles en los estudios, afirman que el abuso sería efecto de la identidad de género variante en los individuos FM, pero que en algunos MF podría ser causa de la identidad de género variante.

En conclusión, existe evidencia seria que sugiere fuertemente que el abuso infantil, en algunos casos, tiene algún rol en la génesis de la Incongruencia de Género. Los estudios que han detectado situaciones de abuso anteriores al inicio de la Incongruencia de Género, y los reportes de casos individuales avalan que esta causalidad puede darse en algunos individuos. Sin embargo, no parece apropiado asumir que todos los casos de Incongruencia de Género se deban a algún abuso o maltrato infantil. Por su parte, también hay evidencia de que la población género variante es más vulnerable que la población general a recibir maltrato de parte de la sociedad, e incluso de sus padres. Esta realidad resulta preocupante porque el maltrato contribuye a aumentar la disforia en estos casos. No parece necesario plantear ambas alternativas como excluyentes, pues es perfectamente plausible que algún individuo haya desarrollado una Incongruencia de Género debido a maltrato o abuso, y que posteriormente, haya sido maltratado o abusado debido a la misma identidad desarrollada. En todo caso, llama la atención que los estudios no hayan preguntado a los participantes a qué edad comenzó la conducta o identificación de género cruzado, y a qué edad recibieron abuso o maltrato. Conocer la temporalidad de ambos eventos nos permitiría entender cómo se relacionan los abusos que son previos a la emergencia de la identidad de género cruzado, y viceversa, como se relaciona tal identidad con los abusos recibidos posteriormente.

Otros factores psicológicos asociados a la Incongruencia de Género

Se trata de factores asociados a la Disforia de Género que no han sido postulados como etiología, pero que sin embargo tienen algún rol en la vulnerabilidad o predisposición a desarrollar una Incongruencia de Género, o bien un rol como perpetuante.

Peor calidad de apego

La evidencia indica que las personas con Disforia de Género tienen peor calidad de apego en comparación con la población general. El estudio dirigido por Giovanardi halló que entre los participantes con Disforia de Género el 27% tenía apego seguro, el 27% tenía apego inseguro y un 46%, apego desorganizado. Esto contrasta con los resultados del grupo control, en el cual 61% clasificó en apego seguro, 26% para inseguro y 13% para desorganizado (Giovanardi et al., 2018). Lingiardi et al. (2017) encontraron que el 36% de su muestra tenía apego seguro, un 13% inseguro, y un 50% desorganizado. Considerando

la capital importancia que tiene el apego para el desarrollo psicológico, y tomando en cuenta que el apego se desarrolla dentro de los primeros años de vida, no es descabellado considerar que este tipo de apego puede estar involucrado en el desarrollo de una Incongruencia de Género.

Confusión de identidad más amplia

Kaltiala-Heino et al. (2015) encontraron en su estudio que una parte importante de los participantes con Disforia de Género tenían problemas más amplios relacionados con su identidad, en concreto, una identidad confusa (23 de n=47), en contraste con aquellos que manifestaban una identidad transexual establecida (24 de n=47). Este grupo de personas con Disforia de Género e identidad confusa se caracterizaba por la aparición tardía de la identidad de género variante (en la adolescencia), por haberse sentido excluidos en el colegio entre los 7 y los 12 años y por haber vivido experiencias persistentes de bullying antes del inicio de la Disforia de Género. En la adolescencia, por cuadros de ansiedad social y depresión, con mayor frecuencia de autolesiones y pensamiento suicida, por aislamiento social, por largos períodos sin asistir al colegio -o bien, si asistieron, por no tener contacto con los compañeros fuera de las situaciones de aprendizaje organizadas por los profesores- por tener poco contactos con compañeros de su edad, por ser marginados social o académicamente y por poseer muy altas expectativas de que la cirugía de reasignación de sexo resolvería sus problemas en los dominios sociales, académicos, ocupacionales y de salud mental. Este hallazgo llevó a los investigadores a afirmar lo siguiente:

En la mayoría de los aplicantes, la Disforia de Género se presentó en el contexto de una confusión de identidad más amplia, psicopatología severa y desafíos considerables en el desarrollo del adolescente. En este punto, no es posible predecir cómo se desarrollará la Disforia de Género en este grupo: ¿la Disforia de Género en estos adolescentes cesará con la resolución de problemas de desarrollo más amplios, o tal vez se consolidará más adelante en una identidad transexual, con la finalización de las tareas de desarrollo de la adolescencia? (p. 7)

Tomando en cuenta esta posibilidad no es descabellado pensar que, en algunos casos, los adolescentes que llegan a consultar por una Disforia de Género en realidad puedan explicar mejor su sintomatología a partir de un problema más amplio de identidad relacionado con una crisis normativa de propia de su etapa vital.

Comorbilidad con otros cuadros

En su conjunto, los estudios que miden la salud mental de las personas con Disforia de Género han encontrado importantes índices de comorbilidad con otros trastornos.

Uno de los estudios más robustos es el de Dhejne et al. (2011). Usando los datos disponibles en los registros nacionales de Suecia, compararon a 191 MF y 131 FM que recibieron cirugía de reasignación de sexo entre 1973 y 2003, con un grupo control conformado por 10 individuos elegidos al azar por cada 1 individuo transexual, emparejando edad y género. Encontraron que el 19% de los MF y 17% de los FM fueron hospitalizados por algún problema psiquiátrico no relacionado con la Disforia de Género antes de realizarse cirugía de reasignación de género, una cifra muy alta en comparación con el 3-

4% del grupo control. Tras la cirugía, los individuos transexuales tuvieron 2,8 veces más probabilidades de ser hospitalizados por un problema psiquiátrico no relacionado con la Disforia de Género, 4,9 veces más probabilidades de realizar un intento de suicidio, y un 19,1% más de probabilidades de suicidarse, respecto de la población general. Las fortalezas metodológicas de este estudio -tales como un diseño longitudinal, ausencia de sesgo de selección, grupos control bien escogidos, y tiempos de seguimientos poco comunes, sugieren que sus hallazgos son altamente confiables.

Otro estudio robusto es el de Heylens et al. (2014a), que se centró en medir la prevalencia de psicopatología comórbida, tanto actual como de por vida, en 305 individuos con Disforia de Género (182 MF y 123 FM) entrevistados entre los años 2007 y 2010 en clínicas de género de Bélgica, Alemania, Holanda y Noruega. La información fue obtenida mediante entrevistas clínicas estructuradas. Alrededor de un 38% de los evaluados tenía actualmente, y un 69% había tenido alguna vez en su vida alguna patología del eje I. La patología más común eran trastornos del ánimo (27% actual, 60% en la vida) y ansiosos (17% actual, 28% en la vida). Estos índices son mucho más altos que los encontrados por algunos estudios en la población general, como por ejemplo el de Alonso y Lépine (2007), que encontró un 26% de prevalencia vital de algún trastorno. Respecto al eje II, un 15% mostró algún tipo de trastorno, cifra que es semejante a la de la población general. El estudio también arrojó que alrededor del 30% de los individuos con Disforia de Género había tratado de cometer suicidio o se había autolesionado.

Respecto de los demás estudios, los resultados parecen ser contradictorios. Investigaciones de alto estándar -debido al uso de entrevista clínica estructurada- (Colizzi et al., 2015; Gómez-Gil et al., 2009; Guzmán-Parra et al., 2015; Haraldsen y Dahl, 2000; Hepp et al., 2005; Madeddu et al., 2009; Mazaheri Meybodi et al., 2014a,b) han encontrado una prevalencia mayor de comorbilidad psiquiátrica en la población con Disforia de Género. En su conjunto, han encontrado alrededor de 30-40% de prevalencia de psicopatología comórbida actual y 50-80% de prevalencia alguna vez en la vida, junto con un 20-60% de prevalencia de trastornos de personalidad. Otras investigaciones con entrevista semi-estructurada también respaldan estos datos (Miach et al., 2000 y De Cuypere et al., 1995, 2006). Además, hay cuatro estudios que utilizaron cuestionarios de autocompletados para evaluar psicopatología (Bockting et al., 2013; Budge et al., 2013; Clements-Nolle et al., 2006; Nuttbrock et al., 2013) que hallaron mayor prevalencia en personas transgénero respecto a la población general: 45-60% de prevalencia de depresión actual y 35-40% de prevalencia en ansiedad actual.

Por su parte, hay algunas investigaciones que sugieren que la población con Disforia de Género tendría un nivel de psicopatología no relacionada con temas de género semejante al de la población normal. Fisher et al. (2013), que evaluaron a un conjunto de 92 MF y 48 FM participantes utilizando entrevista estructurada, encontró que solo un 22,8% de MF y un 12,8% de FM poseían algún trastorno actual, y que un 32,6% de MF y un 27,7% de FM habían tenido en su vida algún trastorno psiquiátrico no relacionado con el género. Estos índices no son tan distantes de los índices de la población general antes mencionados. Llamativo es el hallazgo de que sólo un 4,3% de los participantes mostraron algún trastorno de personalidad, cifra que es 3 veces menor a la de la población general. Este resultado sorprendió a los propios investigadores y les hizo preguntarse si acaso se

deberá a algún factor relacionado con el estudio, o bien, a cierta actitud defensiva que se ha descrito en la población con Disforia de Género.

Uno de los estudios que con más fuerza sugieren que no existen diferencias de salud entre la población con Disforia de Género y la población general es el de Cole et al. (1997). En su muestra de 318 MF y 117 FM sólo un 9% reportó haber tenido algún tratamiento de salud mental no relacionado con la Incongruencia de Género en su vida. Este resultado resulta sorprendente, pues esa prevalencia es casi 3 veces menor a la prevalencia en la población general. Los investigadores afirman que ese resultado quizás se deba a *“la ausencia de agenda de entrevista formal y estandarizada o de checklist de síntomas, [la cual] puede ser citada como una debilidad de este estudio”* (p. 22, Cole et al., 1997). No obstante, hay dos resultados de este estudio que sugieren una representación menor a la realidad de trastornos comórbidos. Por una parte, se encontró que el 29% de los MF y el 26% de los FM reportaron problemas de abuso de sustancia en el pasado, entre los cuales se incluye *“haber recibido tratamiento por un consejero de abuso de sustancias, haber participado en Alcohólicos Anónimos o en Narcóticos Anónimos, o haber experimentado problemas con el trabajo o con relaciones interpersonales como consecuencia de su abuso de sustancias”* (p. 17, Cole et al., 1997). Llama la atención que los autores no hayan incluido estos problemas por abuso de sustancia dentro de la prevalencia de trastornos del eje I. Por otra parte, se encontró que el 12% de los MF y el 21% de los FM habían realizado algún intento de suicidio. Este es un porcentaje altísimo en comparación a la población general, y sin duda constituye una evidencia de un importante deterioro de salud mental que no se ve reflejado en la escasa comorbilidad encontrada.

A pesar de esta contradicción entre estudios, la amplia mayoría de los autores reconocen que las personas con Disforia de Género tienden a tener mayor comorbilidad psiquiátrica que la población general (para una revisión más profunda, ver Zucker et al., 2016; Dhejne et al., 2016; Firth, 2014).

Los estudios enfocados en la salud mental de los niños y adolescentes con Incongruencia de Género son más concluyentes respecto de la presencia de comorbilidad. En su conjunto, los estudios enfocados en esta etapa vital muestran altas tasas de depresión, suicidio o autolesión y trastornos alimentarios (para una revisión, ver Connolly et al., 2016).

Los estudios que comparan participantes transgénero con grupo control han arrojado 41,3% vs 11,8% (Clark et al., 2014), 50,6% vs 20,6% (Reisner et al., 2016) y 20% vs 6,7-10,9% (Olson et al., 2015), en síntomas depresivos o depresión. Los estudios sin grupo control han encontrado que el 44,3% de los jóvenes referidos a un centro pediátrico de Boston tenía algún antecedente psiquiátrico significativo, incluyendo un 25,7% que reportó depresión (Spack et al., 2012). De Vries et al. (2011) encontraron trastorno del ánimo en el 12,4% de los participantes de su estudio, de los cuales 8,6% cumplía con los criterios de depresión mayor, y 3,6% con los de distimia. Khatchadourian et al. (2014) estudiaron una muestra de 84 jóvenes con Disforia de Género evaluados entre 1998 y 2011, cuya prevalencia de comorbilidad psiquiátrica fue de un 35% en trastornos del ánimo. Kaltiala-Heino et al. (2015) halló en su estudio (n=47), el 75% de los participantes estaban o habían tenido algún tratamiento psiquiátrico por razones distintas a la Disforia de Género, y el 64% estaba o había recibido tratamiento para depresión. Holt et al. (2016) estudió una

muestra de 218 jóvenes de entre 5 y 17 años en Londres, de los cuales un 45,7% reportó tener problemas de ánimo o depresión. Finalmente, Chen et al. (2016) encontraron en su muestra de 38 jóvenes un 31,6% de comorbilidad con depresión.

Respecto de la suicidabilidad, los estudios también son concluyentes. Los estudios han encontrado tasas de intento de suicidio de 19,8% los últimos 12 meses (Clark et al., 2014), 18,8% los últimos 30 días (Reisner et al., 2016), 30% al menos una vez en la vida (Olson et al., 2015), 31% (Reisner et al., 2015), 9,3% (Spack et al., 2012), 13,3% (Holt et al. 2016). También encontraron que un 12% reportó intento de suicidio antes de acudir a servicios clínicos (Khatchadourian et al., 2014), el 13,1% presentó tasas de autolesión o intento de suicidio y (Chen et al., 2016) y Kaltiala-Heino et al. (2015) hallaron que el 53% de su los pacientes transgénero de su muestra estaban en tratamiento psiquiátrico por comportamientos suicidas o autolesivos.

Los estudios enfocados en niños y adolescentes también han encontrado una mayor prevalencia de trastornos alimentarios. Diemer et al. (2015) encontraron que los participantes transgénero de su muestra tenían tasas más altas que el grupo control en diagnóstico de trastorno alimenticio (15,8% vs 1,85%), uso de pastillas dietéticas el último mes (13,5% vs 4,29%) y uso de laxantes o vómito el último mes (15,1% vs 3,71%). Por su parte, Spack et al. (2012) reportaron que el 7% de su muestra reportó algún trastorno alimentario, Khatchadourian et al. (2014) un 5% y Kaltiala-Heino et al. (2015), un 2%. Holt et al. (2016) reportaron que el 13% de sus pacientes tenían “*dificultades alimentarias*”.

Todos estos datos, en su conjunto, sugieren con fuerza que los individuos con Disforia de Género tienen mayores probabilidades de sufrir algún trastorno del ánimo, de atentar contra su vida y de poseer algún otro diagnóstico, como el de trastorno alimentario, respecto de la población general. Esto no significa necesariamente que estos cuadros originen la Disforia de Género. Por el contrario, gran parte de los investigadores sostiene que poseer Disforia de Género implica tener cierta vulnerabilidad para desarrollar otros trastornos. Algunos han esgrimido que la mayor prevalencia de otros trastornos psiquiátricos en la población transgénero se debe al hostigamiento social, modelo denominado “estrés de las minorías” (Meyer, 2003). Algunos meta-análisis estadísticos (Pascoe y Smart Richman, 2009; Pieterse et al., 2012) han encontrado que el prejuicio y la discriminación percibidas están asociadas a la alta prevalencia de problemas de salud mental, aunque el tamaño del efecto (*effect size*) es de pequeño a mediano. Por otra parte, si bien existe tal correlación, no es claro en qué dirección va el efecto, a saber, si el hostigamiento provocan una disminución en la salud mental, o si los problemas de salud mental llevan a una mayor probabilidad de experimentar o percibir prejuicio y discriminación.

Muy pocos autores proponen que la sintomatología ansiosa o depresiva podría ser un antecedente que contribuye al desarrollo de una Disforia de Género. Zucker et al. (2012) lo sugieren como una posibilidad a evaluar. Por su parte, Coates y Person (1985) esgrimieron una hipótesis según la cual una ansiedad de separación severa podría preceder la expresión de comportamientos femeninos en niños con Disforia de Género, los cuales emergerían con el fin de “*restaurar una unión imaginaria con la madre física o emocionalmente ausente. En imitar a <<mamá>>, confunde “ser mamá” con <<tener a mamá>>*” (p. 708). Finalmente, Kaltiala-Heino et al. (2015) describen que el 68% de los

participantes de su estudio consultaron en servicios médicos debido a problemas no relacionados con el género y posteriormente lo hicieron por temáticas de género.

Ahora bien, nada impide que la sintomatología ansiosa/depresiva pueda ser un antecedente de la Disforia de Género, y también una consecuencia, tanto del conflicto interno que significa experimentar la incongruencia entre género y sexo, como del conflicto exterior que significa el hostigamiento o el maltrato social. Pero más allá de tratar de establecer la correcta causalidad, estos índices de comorbilidad son una información muy importante para los terapeutas que trabajan con pacientes que tienen Disforia de Género. El conocimiento de que estos pacientes tienen problemas adicionales al de su Incongruencia de Género evita que la terapia se focalice exclusivamente en la temática de género, pudiéndose así vigorizar la intervención mediante el abordaje simultáneo del amplio abanico sintomatológico. En ese sentido, Bechard et al. (2017) afirman que:

Al examinar una gama más amplia de factores de vulnerabilidad psicosocial y psicológica, nuestros datos parecen demostrar una "prueba de principio" que respalda la importancia de una evaluación psicológica/psiquiátrica integral que vaya más allá de una evaluación de la Disforia de Género *per se*. (p.685)¹⁷

Síntesis del estado del arte de los factores psicológicos asociados a la Incongruencia de Género

Las investigaciones reconocen al menos tres influencias psicológicas que están correlacionadas con el desarrollo de una Incongruencia de Género.

Muchos estudios postulan que alrededor de los siete años los niños adquieren la noción de que el sexo es un atributo estable, que se ha poseído desde siempre y que se seguirá manteniendo incluso aunque a veces se hagan cosas propias de otro sexo. Esto contrasta con las cogniciones previas, según las cuales un niño que se puede transformar en niña si es que, por ejemplo, se pone un vestido. Al conjunto de nociones mencionado se les ha denominado constancia de género. Las investigaciones han mostrado que, en comparación con la población general, los niños con Disforia de Género se demoran más en adquirir la constancia de género. Esta inmadurez cognitiva podría explicar que, en algunos casos, los niños tengan mayores dificultades para identificarse a sí mismo según su sexo biológico. El retraso en la adquisición de la constancia de género podría ayudar a entender que algunos niños de 7 u 8 años afirmen ser de otro sexo: quizás lo dicen motivados por alguna conducta reciente, y no por una noción genuina de identidad sexual.

Uno de los hallazgos más contundentes ha sido la correlación entre la Incongruencia de Género y los trastornos del espectro autista. Si bien una minoría de las personas con Disforia de Género posee rasgos autistas (entre el 5,5% y el 26%), la prevalencia de este diagnóstico es entre 10 y 50 veces mayor respecto de la población general. Esta situación ha llevado a algunos importantes científicos a afirmar que, en algunos casos, el cuadro de Incongruencia de Género podría ser mejor explicado a partir de las características propias del autismo, entre las cuales destacan la predisposición hacia intereses obsesivos

¹⁷ "By examining a broader range of psychosocial and psychological vulnerability factors, our data appear to demonstrate a "proof of principle" that supports the importance of a comprehensive psychological/psychiatric assessment that goes beyond an evaluation of gender dysphoria *per se*".

inusuales, las preferencias sensoriales poco comunes, una reducida flexibilidad cognitiva e importantes dificultades para establecer relaciones y sentirse parte de un grupo más amplio. En este tipo de casos, la aparente Disforia de Género podría remitir con la llegada de una nueva obsesión, por ejemplo. No obstante, tampoco se puede descartar que ambos cuadros puedan desarrollarse genuinamente, lo que hace especialmente delicada la labor del profesional de la salud mental a la hora de realizar un diagnóstico diferencial. Uno de los elementos que puede facilitar esta labor es el hallazgo de que la concurrencia de Disforia de Género y trastorno del espectro autista ocurre más frecuentemente en disforias de género heterosexuales, y de inicio tardío.

Uno de los estudios sugiere que el autismo podría influir en el desarrollo de una Disforia de Género desde el punto de vista de las preferencias sensoriales inusuales (Kaltalia-Heino et al. 2015). Si acaso el aspecto sensorial puede influir en el desarrollo de una Disforia de Género, sería muy interesante ahondar en esta línea, incluyendo también algunas problemáticas sensoriales que no están ligadas al espectro autista, por ejemplo, el retraso en la adquisición de la madurez sensoriomotora, o alguna dificultad en la integración sensorial.

La literatura científica nos muestra que, lamentablemente, una persona con Incongruencia de Género tiene más probabilidades de haber sido abusada o maltratada durante la infancia respecto de la población general. Entre el 27,5% y el 81% de los participantes en los estudios han reportado haber sufrido abuso en forma de negligencia o de maltrato verbal, emocional, físico o sexual. Además, en comparación con la población general, han reportado haber sufrido de mayores niveles de rechazo, negligencia, abuso físico y psicológico de parte de sus propios padres, antes de cumplir 14 años de edad. La direccionalidad de esta correlación ha sido ampliamente discutida: mientras que algunos han visto en los abusos un factor causal de la Disforia de Género, otros argumentan que la propia identidad sexual incongruente es motivo de maltrato por parte de la familia y del contexto. Lo cierto es que la literatura científica permite fundamentar ambas causalidades, sin que exista ningún indicio de que ambas sean mutuamente excluyentes. Respecto de los abusos como causa de la Disforia de Género, hay dos evidencias que permiten afirmarla. Por una parte, el testimonio de algunas personas transexuales que ha sido recogido en algunos papers. Y por otra, aquellas investigaciones que han encontrado la prevalencia de estos abusos en edades anteriores a la aparición de conductas de género cruzado.

Además de estas tres influencias, las investigaciones han encontrado otras interesantes relaciones que todavía no han sido profundizadas en cuanto causa de la Incongruencia de Género. En primer lugar, el hallazgo de que las personas con Disforia de Género tienen peor calidad de apego en comparación con la población general. Se sabe que el apego es un tipo de vínculo que se forma a partir de las primeras experiencias del bebé con sus cuidadores, y que de la calidad de este vínculo depende una parte importante de la salud psíquica del futuro adulto. Tomando esto en consideración, parece innegable que la mala calidad del apego precede a la aparición de la Incongruencia de Género. Futuras investigaciones podrían estudiar cómo se relacionan ambos factores.

En segundo lugar, se ha mencionado la relación entre la Disforia de Género y las características propias de la etapa vital. Se nos ha recordado que la adolescencia es una etapa normativa en la cual surgen cuestionamientos hacia la propia identidad, con miras a la consolidación de la misma. Durante este período los adolescentes prueban diversos roles

y se experimentan a sí mismos a lo largo de diversas situaciones, con el fin de ir definiéndose. No sería extravagante entonces plantear que, en algunos casos, en particular de aquellas disforias de género de inicio tardío, nos encontremos ante una confusión legítima y más amplia sobre la propia identidad que ante una genuina identidad sexual incongruente. Así lo plantearon Kaltiala-Heino et al. (2015), quienes describieron que una parte importante de los adolescentes que consultaron por temas de Disforia de Género no manifestaban una clara identidad *trans*, sino que más bien estaban confundidos respecto de su identidad de género y, más ampliamente, respecto de sí mismos.

En tercer lugar, hemos citado la correlación de la Incongruencia de Género con algunos trastornos tales como la depresión y los trastornos del ánimo, y también con mayores probabilidades de realizar un intento de suicidio. Esta correlación ha sido encontrada tanto en adultos como en menores de edad, y ha sido uno de los motivos por los cuales se ha considerado a la población *trans* como un grupo más vulnerable y con mayor necesidad de recibir prestaciones de salud mental. La mayor parte de los autores consideran que esta sintomatología no se debe a factores intrínsecos a la Incongruencia de Género, sino más bien a factores extrínsecos, tales como el rechazo social, el maltrato de personas cercanas y de desconocidos, los problemas legales aparejados a su condición, etc. Unos pocos autores han planteado que esta sintomatología podría ser un antecedente del desarrollo de la Disforia de Género, sin embargo faltan estudios que permitan ahondar en ello.

En su conjunto, la literatura científica nos permite afirmar que existen factores psicológicos asociados a la Disforia de Género. No obstante, falta muchísima investigación para poder establecer de qué manera la inmadurez cognitiva, los trastornos del espectro autista y los abusos infantiles pueden contribuir al desarrollo de una identidad sexual atípica. Por otra parte, faltan estudios que permitan ahondar en cómo se relaciona este tipo de identidad con el estilo de apego, con los cambios normativos de la adolescencia y con la coocurrencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

CONCLUSIONES

La incongruencia entre el sexo biológico y la identidad sexual es un fenómeno que actualmente carece de una explicación ampliamente aceptada. No se saben con certeza los mecanismos biológicos, sociales o psicológicos que permiten explicar esta situación. Los mayores avances en este sentido son los estudios que han encontrado correlaciones significativas, y el estudio de casos individuales, que permiten conocer cómo se ha desarrollado una Disforia de Género en algunos individuos, sin que estas conclusiones puedan generalirse a los otros casos. A pesar de estas limitaciones, la literatura científica cuenta con un robusto cuerpo de conocimientos que pueden servir de guía para comprender a las personas con Incongruencia de Género, y para elaborar algunas directrices en su diagnóstico y tratamiento.

Las investigaciones indican que hay factores biológicos, ambientales y psicológicos que pueden estar involucrados en el desarrollo de una Incongruencia de Género. A la luz de la literatura disponible, parece importante que futuras investigaciones realicen una clara distinción entre los diferentes tipos de Disforia de Género conocidas (a saber, de orientación sexual heterosexual u homosexual, y de aparición temprana o tardía), pues cada una de estas combinaciones tendría su propio fenotipo cerebral, y una trayectoria vital distinta (ver Guillamon et al., 2016).

La investigación actual ha abierto muchas posibilidades de investigación que aún no han sido exploradas, y que podrían contribuir muchísimo a un mayor conocimiento de la Incongruencia de Género y su etiología.

La evidencia empírica que hemos revisado se traduce en importantes sugerencias para los profesionales de la salud mental, tanto a la hora de realizar el diagnóstico como al momento de diseñar una intervención terapéutica apropiada. Respecto del diagnóstico, la evidencia es contundente respecto de la necesidad de indagar en aquellas áreas que están correlacionadas con la Disforia de Género. En otras palabras, la evidencia solicita que el terapeuta realice un diagnóstico integral, considerando todos los aspectos vitales: los factores biológicos (cariotipo, niveles hormonales, temperamento), los factores sociales (estilos de crianza, la relación de los padres con los hijos, la relación con los pares) y los factores psicológicos (inmadurez cognitiva, presencia de rasgos autistas, experiencias de abuso).

La importancia de una evaluación integral se fundamenta en dos razones. En primer lugar, pues si alguno de los factores mencionados guarda una relación causal con la Disforia de Género en algún individuo particular, es posible que al abordar este factor se pueda llegar a cancelar la identificación con el otro sexo. Tal vez pueda explicarse ese gran porcentaje de niños con Disforia de Género que no persisten en tal identificación en la remoción inadvertida de alguno de estos factores. Y en segundo lugar, pues aunque la Disforia de Género persista en la adultez, la permanencia en el tiempo de alguno de estos factores puede influir negativamente en su salud psíquica, deteriorándose más de lo necesario.

Por estos motivos, los terapeutas tienen que tener cuidado en enfocarse exclusivamente en las temáticas de género y de olvidarse del resto de las áreas de la persona, especialmente de aquellas que se han demostrado más prevalentes en este tipo de casos. Una actitud como ésta podría traer por consecuencia que el paciente también se

enfoque exclusivamente en estos aspectos, y que, al realizar una transición hacia el otro sexo, los factores nocivos queden invisibilizados, y por lo tanto, se mantengan en el tiempo, socavando silenciosamente su salud mental. Esto podría darse, por ejemplo, en el caso de un adolescente que solicita un tratamiento transfirmitivo, y que al enfocarse con sus terapeutas exclusivamente en este asunto deje sin abordar las situaciones de maltrato que hay en su hogar.

Tampoco parece apropiado que los terapeutas presuman que las problemáticas adyacentes de salud mental se solucionan mediante una terapia transfirmitiva. Esto sería equivalente a considerar que todas las correlaciones encontradas son consecuencia de una Incongruencia de Género no afirmada. La literatura científica disponible no respalda este tipo de presunciones; por el contrario, dejarse llevar por ellas implica darle la espalda a la evidencia empírica. También sería irresponsable que el terapeuta presuma que en todos los casos la solución positiva de alguna de estas problemáticas correlacionadas va a tener como consecuencia el alivio de la Disforia de Género y la posterior identificación con su sexo biológico. Ambas situaciones son graves desde el punto de vista ético, ya que las intervenciones de salud mental debiesen estar basadas en evidencia para así tener un estándar profesional mínimo.

Respecto del tratamiento, la evidencia indica que los padres parecen tener un rol importante en el desarrollo de la Disforia de Género. Por esto mismo, parece indispensable que todo terapeuta se preocupe de indagar en aspectos sistémico-familiares, considerando seriamente -especialmente en caso de menores de edad-, la citación directa de sus familiares para diagnosticar e intervenir en situaciones de abuso, maltrato o negligencia.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso, J., & Lépine, J. P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of clinical psychiatry*.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. España: Panamericana
- Arboleda, V. A., Sandberg, D. E., & Vilain, E. (2014). DSDs: genetics, underlying pathologies and psychosexual differentiation. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(10), 603-615. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.130>
- Bandini, E., Fisher, A. D., Ricca, V., Ristori, J., Meriggiola, M. C., Jannini, E. A., ... Maggi, M. (2011). Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder. *International Journal of Impotence Research*, 23(6), 276-285. <https://doi.org/10.1038/ijir.2011.39>
- Barrett, E. S., Redmon, J. B., Wang, C., Sparks, A., & Swan, S. H. (2014). Exposure to prenatal life events stress is associated with masculinized play behavior in girls. *Neurotoxicology*, 41, 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.neuro.2013.12.011>
- Bechard, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Wasserman, L., & Zucker, K. J. (2017). Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A "Proof of Principle" Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(7), 678-688. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325>
- Blanchard, R., Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Hume, C. S. (1995). Birth order and sibling sex ratio in homosexual male adolescents and probably prehomosexual feminine boys. *Developmental Psychology*, 31(1), 22-30. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.22>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American journal of public health*, 103(5), 943-951.
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(3), 545.
- Buhrich, N., & McConaghy, N. (1978). Parental Relationships During Childhood in Homosexuality, Transvestism and Transsexualism. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 12(2), 103-108. <https://doi.org/10.3109/00048677809159601>
- Campbell, D. W., & Eaton, W. O. (1999). Sex differences in the activity level of infants. *Infant & Child Development*, 8(1), 1-17.
- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of Referrals for Gender Dysphoria Over a 13-Year Period. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369-371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The Health and Well-Being of Transgender High School Students: Results From the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of homosexuality*, 51(3), 53-69.

- Coates, S., and Person, E. S. (1985). Extreme boyhood femininity: isolated behavior or pervasive disorder? *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 24, 702–709. doi: 10.1016/S0002-7138(10)60113-6
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender Change in 46,XY Persons with 5 α -Reductase-2 Deficiency and 17 β -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399-410. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>
- Cohen-Kettenis, P. T., & Arrindell, W. A. (1990). Perceived parental rearing style, parental divorce and transsexualism: a controlled study. *Psychological Medicine*, 20(03), 613. <https://doi.org/10.1017/S0033291700017128>
- Colapinto, J. (2000). *As nature made him*. New York, NY: HarperCollins.
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of sexual behavior*, 26(1), 13-26.
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045>
- Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal Treatment Reduces Psychobiological Distress in Gender Identity Disorder, Independently of the Attachment Style. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3049-3058. <https://doi.org/10.1111/jsm.12155>
- Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone, C. J., Johnson, C. C., & Joseph, C. L. M. (2016). The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 489-495. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012>
- De Cuypere, G. R. E. T. A., Elaut, E., Heylens, G. U. N. T. E. R., Van Maele, G. E. O. R. G. E. S., Selvaggi, G., T'Sjoen, G., ... & Monstrey, S. (2006). Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies*, 15(2), 126-133.
- De Cuypere, G., Jannes, C., & Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(3), 180-184.
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930-936. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- DeLay, D., Lynn Martin, C., Cook, R. E., & Hanish, L. D. (2018). The Influence of Peers During Adolescence: Does Homophobic Name Calling by Peers Change Gender Identity? *Journal of Youth and Adolescence*, 47(3), 636-649. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0749-6>
- Devor, H. (1994). Transsexualism, dissociation, and child abuse: an initial discussion based on nonclinical data. *J. Psychol. Hum. Sex.* 6, 49–72. doi: 10.1300/J056v06n03_04
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., Landén, M. (2011). Long-term followup of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLOS ONE* 6(2):e16885

- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Di Ceglie, D. (1998). *A Stranger in my Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health*. London: Karnac Books.
- Diamond, M., & Sigmundson, H. K. (1997). Sex reassignment at birth: Long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 298–304. doi:10.1001/archpedi.1997.02170400084015
- Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., & Duncan, A. E. (2015). Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 144-149. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003>
- Eaton, W. O., & Enns, L. R. (1986). Sex differences in human motor activity level. *Psychological Bulletin*, 100(1), 19-28. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.100.1.19>
- Ehrhardt, A. A. & Money, J. (1967). Progesterin-induced hermaphroditism: IQ and psychosexual identity in a study of ten girls. *Journal of Sex Research*, 3, 83–100. doi:10.1080/00224496709550517
- Ehrhardt, A. A., Grisanti, G. C., & Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1977). Prenatal exposure to medroxyprogesterone acetate (MPA) in girls. *Psychoneuroendocrinology*, 2, 391–398. doi:10.1016/0306-4530(77)90010-5
- Ewing Lee, E. A., & Troop-Gordon, W. (2011). Peer Processes and Gender Role Development: Changes in Gender Atypicality Related to Negative Peer Treatment and Children’s Friendships. *Sex Roles*, 64(1), 90-102. <https://doi.org/10.1007/s11199-010-9883-2>
- Firth, M. T. (2014). Childhood abuse and depressive vulnerability in clients with gender dysphoria. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 297-305. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.845236>
- Fisher, A. D., Bandini, E., Casale, H., Ferruccio, N., Meriggiola, M. C., Gualerzi, A., ... & Stomaci, N. (2013). Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: an Italian multicentric evaluation. *The journal of sexual medicine*, 10(2), 408-419.
- Gallucci, G., Hackerman, F., & Schmidt, C. W. (2005). Gender identity disorder in an adult male with Asperger’s syndrome. *Sexuality and Disability*, 23(1), 35–40.
- Gehring, D., and Knudson, G. (2005). Prevalence of childhood trauma in a clinical population of transsexual people. *Int. J. Transgend.* 8, 23–30. doi: 10.1300/J485v08n01_03
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., ... Rapoport, J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2, 861–863.
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of

- Adults Diagnosed with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>
- Goldstein, J. M., Seidman, L. J., Horton, N. J., Makris, N., Kennedy, D. N., Caviness, V. S., Jr., ... Tsuang, M. T. (2001). Normal sexual dimorphism of the adult human brain assessed by in vivo magnetic resonance imaging. *Cerebral Cortex*, 11, 490–497.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378-392.
- Grossman, A. H., and D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: invisible and vulnerable. *J. Homosex.* 51, 111–128. doi: 10.1300/J082v51n01_06
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., and Salter, N. P. (2006). Male-tofemale transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *J. GLBT Fam. Stud.* 2, 71–92. doi: 10.1300/J461v02n01_04
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., and Hubbard, S. (2005). Parents' reactions to transgender youth's gender nonconforming expression and identity. *J. Gay Lesbian Soc. Serv.* 18, 3–16. doi: 10.1300/J041v18n01_02
- Guillamon, A., Junque, C., Gómez-Gil, E., & Gómez-Gil, E., 2. (2016). A Review of the Status of Brain Structure Research in Transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1615-1648. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0768-5>
- Gur, R. C., Turetsky, B. I., Matsui, M., Yan, M., Bilker, W., Hughett, P., & Gur, R. E. (1999). Sex differences in brain gray and white matter in healthy young adults: Correlations with cognitive performance. *Journal of Neuroscience*, 19, 4065–4072.
- Guzmán-Parra, J., Sánchez-Álvarez, N., de Diego-Otero, Y., Pérez-Costillas, L., De Antonio, I. E., Navais-Barranco, M., ... & Bergero-Miguel, T. (2016). Sociodemographic characteristics and psychological adjustment among transsexuals in Spain. *Archives of sexual behavior*, 45(3), 587-596.
- Haraldsen, I. R., & Dahl, A. A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 276-281.
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic research*, 58(3), 259-261.
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P., Paap, M. C., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., ... & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151-156.
- Hines, M. (2010). Sex-related variation in human behavior and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 448–456.
- Hines, M. (2015). Gendered development. In M. E. Lamb & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology and developmental science: Socioemotional processes* (pp. 842-887). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Hines, M., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2003). Psychological Outcomes and Gender-Related Development in Complete Androgen Insensitivity Syndrome. *Archives of Sexual Behavior*, 32(2), 93-101. <https://doi.org/10.1023/A:1022492106974>

- Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s13293-015-0022-1>
- Hines, M., Johnston, K., Golombok, S., Rust, J., Stevens, M., Golding, J., & The Alspac Study Team. (2002). Prenatal stress and gender role behavior in girls and boys: A longitudinal, population study. *Hormones and Behavior*, 42, 126–134. doi:10.1006/hbeh.2002.1814
- Hoekzema, E., Schagen, S. E., Kreukels, B. P., Veltman, D. J., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H., & Bakker, J. (2015). Regional volumes and spatial volumetric distribution of gray matter in the gender dysphoric brain. *Psychoneuroendocrinology*, 55, 59–71.
- Hogan-Finlay, M. (1995). Development of the cross gender lifestyle and comparison of cross gendered men with heterosexual controls. Unpublished PhD thesis. Ottawa, Canada: Carleton University
- Holt, V., Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(1), 108-118. <https://doi.org/10.1177/1359104514558431>
- Hooper, H. T., Figueiredo, B. C., Pavan-Senn, C. C., Lacerda, L. D., Sandrini, R., Mengarelli, J. K., ... Karaviti, L. P. (s. f.). Concordance of phenotypic expression and gender identity in a large kindred with a mutation in the androgen receptor. *Clinical Genetics*, 65(3), 183-190. <https://doi.org/10.1111/j.0009-9163.2004.00197.x>
- Ingalhalikar, M., Smith, A., Parker, D., Satterthwaite, T. D., Elliott, M. A., Ruparel, K., ... Verma, R. (2014). Sex differences in the structural connectome of the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(2), 823-828. <https://doi.org/10.1073/pnas.1316909110>
- Jacobs, L. A., Rachlin, K., Erickson-Schroth, L., & Janssen, A. (2014). Gender dysphoria and co-occurring autism spectrum disorders: Review, case examples, and treatment considerations. *LGBT Health*, 1(4), 277–282. doi:10.1089/lgbt.2013.0045
- Janssen, A., Huang, H., & Duncan, C. (2016). Gender variance among youth with autism spectrum disorders: A retrospective chart review. *Transgender Health*, 1(1), 63–68. doi:10.1089/trgh.2015.0007
- Jones, R. M., Wheelwright, S., Farrell, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., & Baron-Cohen, S. (2012). Brief Report: Female-To-Male Transsexual People and Autistic Traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(2), 301-306. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1227-8>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjäarvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Kang, H.-J., Imperato-McGinley, J., Zhu, Y.-S., & Rosenwaks, Z. (2014). The effect of 5 α -reductase-2 deficiency on human fertility. *Fertility and Sterility*, 101(2), 310-316. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.11.128>
- Kersting A, Reutemann M, Gast U, Ohrmann P, Suslow T, Michael N et al. Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 182–189.

- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In Maccoby, E. E. (ed.), *The Development of Sex Differences*, Stanford University Press, Stanford, CA, pp. 82–173.
- Kraemer, B., Delsignore, A., Gundelfinger, R., Schnyder, U., & Hepp, U. (2005). Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(5), 292–296.
- Kruijver, F. P., Zhou, J. N., Pool, C. W., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 2034–2041.
- Landen, M., & Rasmussen, P. (1997). Gender identity disorder in a girl with autism—a case report. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6(3), 170–173.
- Lenroot, R. K., & Giedd, J. N. (2010). Sex differences in the adolescent brain. *Brain and Cognition*, 72, 46–55
- Lingiardi, V., Giovanardi, G., Fortunato, A., Nassisi, V., & Speranza, A. M. (2017). Personality and Attachment in Transsexual Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1313-1323. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0946-0>
- Lingiardi, V., Giovanardi, G., Fortunato, A., Nassisi, V., & Speranza, A. M. (2017). Personality and Attachment in Transsexual Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1313-1323. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0946-0>
- Littman, L. (2018). Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. *PLOS ONE*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Luders, E., Narr, K. L., Zaidel, E., Thompson, P. M., & Toga, A. W. (2006). Gender effects on callosal thickness in scaled and unscaled space. *NeuroReport*, 17, 1103–1106.
- Lytton, H., & Romney, D. M. (1991). Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109(2), 267-296. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.2.267>
- Madeddu, F., Prunas, A., & Hartmann, D. (2009). Prevalence of Axis II disorders in a sample of clients undertaking psychiatric evaluation for sex reassignment surgery. *Psychiatric Quarterly*, 80(4), 261-267.
- Mazaheri Meybodi, A., Hajebi, A., & Ghanbari Jolfaei, A. (2014). Psychiatric axis I comorbidities among patients with gender dysphoria. *Psychiatry journal*, 2014.
- Mazaheri Meybodi, A., Hajebi, A., & Ghanbari Jolfaei, A. (2014). The frequency of personality disorders in patients with gender identity disorder. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, 90.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- Miach, P. P., Berah, E. F., Butcher, J. N., & Rouse, S. (2000). Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *Journal of Personality Assessment*, 75(2), 268-279.
- Miesen, A., Hurley, H., Bal, A., & de Vries, A. L. (2015). Gender variance in children and adults with ASD. Paper presented at the Biennial Conference of the European Association of Transgender Health, Ghent, Belgium, March, 2015

- Mohta, A., Roy, P., & Kumar Saha, P. (2017). A study on perceived parenting style among transgender. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, 8, 157. <https://doi.org/10.5958/2394-2061.2017.00014.3>
- Money, J. (1986). *Lovemaps: Clinical Concepts of Sexual/Erotic Health and Pathology, Paraphilia, and Gender Transposition of Childhood, Adolescence, and Maturity*. London: Ardent Media
- Money, J., & Ehrhardt, A. (1972). *Man and woman: Boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Mukaddes, N. M. (2002). Gender identity problems in autistic children. *Child: Care, Health and Development*, 28(6), 529–532.
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2013). Gender abuse, depressive symptoms, and HIV and other sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons: a three-year prospective study. *American Journal of Public Health*, 103(2), 300-307.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons. *The Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23.
- Olson, J., Schrage, S. M., Belzer, M., Simons, L. K., & Clark, L. F. (2015). Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *Journal of Adolescent Health*, 57(4), 374-380. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.027>
- Parker, G., & Barr, R. (1982). Parental representations of transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 11(3), 221-230. <https://doi.org/10.1007/BF01544990>
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531.
- Pasterski, V., Gilligan, L., & Curtis, R. (2014). Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 387–393. doi:10.1007/s10508-013-0154-5
- Perera, H., Gadambanathan, T., & Weerasiri, S. (2003). Gender identity disorder presenting in a girl with Asperger's disorder and obsessive compulsive disorder. *Ceylon Medical Journal*, 48(2), 57–58.
- Pérez, D. B. (2017). *Estudio sobre identidad de género y representaciones parentales* (Doctoral dissertation, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea).
- Perrin, J. S., Herve, P. Y., Leonard, G., Perron, M., Pike, G. B., Pitiot, A., ... Paus, T. (2008). Growth of white matter in the adolescent brain: Role of testosterone and androgen receptor. *Journal of Neuroscience*, 28, 9519–9524.
- Pieterse, A. L., Todd, N. R., Neville, H. A., & Carter, R. T. (2012). Perceived racism and mental health among Black American adults: A meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 1.
- Raznahan, A., Lee, Y., Stidd, R., Long, R., Greenstein, D., Clasen, L., & Giedd, J. N. (2010). Longitudinally mapping the influence of sex and androgen signaling on the dynamics of human cortical maturation in adolescence. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, 16988–16993.

- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study. *Journal of Adolescent Health, 56*(3), 274-279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>
- Rijkema, M., Everaerd, D., van der Pol, C., Franke, B., Tendolkar, I., & Fernandez, G. (2012). Normal sexual dimorphism in the human basal ganglia. *Human Brain Mapping, 33*, 1246–1252
- Roberts, C. W., Green, R., Williams, K., & Goodman, M. (1987). Boyhood gender identity development: A statistical contrast of two family groups. *Developmental Psychology, 23*(4), 544-557. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.4.544>
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Ruble, D. N., & Martin, C. L. (1998). Gender development. In N. Eisenberg (Ed.), *Personality and social development*. Volume 3 of the *Handbook of child psychology* (5th ed., pp. 933–1016). Editor-in-Chief: W. Damon. New York, NY: Wiley
- Ruble, D., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg (Ed.), *Social, emotional, and personality development*. Volume 3 of the *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858–932). Editors-in-Chief: W. Damon & R. M. Lerner. Hoboken, NJ: Wiley.
- Ruigrok, A. N., Salimi-Khorshidi, G., Lai, M. C., Baron-Cohen, S., Lombardo, M. V., Tait, R. J., & Suckling, J. (2014). A meta-analysis of sex differences in human brain structure. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 39*, 34–50.
- Savic, I., & Arver, S. (2011). Sex dimorphism of the brain in male-to-female transsexuals. *Cerebral Cortex, 21*, 2525–2533.
- Scarr, S., & McCartney, K. (1983). How people make their own environments: A theory of genotype-environment effects. *Child Development, 54*, 424-435.
- Schagen, S. E., Delemarre-van de Waal, H. A., Blanchard, R., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Sibling sex ratio and birth order in early-onset gender dysphoric adolescents. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 541–549.
- Segovia, S., & Guillamon, A. (1993). Sexual dimorphism in the vomeronasal pathway and sex differences in reproductive behaviors. *Brain Research: Brain Research Reviews, 18*, 51–74.
- Shaw, P., Kabani, N. J., Lerch, J. P., Eckstrand, K., Lenroot, R., Gogtay, N., ... Wise, S. P. (2008). Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *Journal of Neuroscience, 28*, 3586–3594.
- Simon, L., Zsolt, U., Fogd, D., & Czobor, P. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(1), 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.08.004>
- Skagerberg, E., Di Ceglie, D., & Carmichael, P. (2015). Brief report: Autistic features in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(8), 2628–2632. doi:10.1007/s10803-015-2413-x

- Slaby, R. G., and Frey, K. S. (1975). Development of gender constancy and selective attention to same-sex models. *ChildDev.*46: 849–856.
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Transsexual subtypes: Clinical and theoretical significance. *Psychiatry Research*, 137(3), 151–160
- Sowell, E. R., Peterson, B. S., Kan, E., Woods, R. P., Yoshii, J., Bansal, R.,... Toga, A. W. (2007). Sex differences in cortical thickness mapped in 176 healthy individuals between 7 and 87 years of age. *Cerebral Cortex*, 17, 1550–1560
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. *PEDIATRICS*, 129(3), 418-425. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907>
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L. E., Berl, M., ... Wallace, G. L. (2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1525–1533. doi:10.1007/s10508-014-0285-3
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., Vries, A. L. C. de, Menvielle, E., Leibowitz, S., ... Anthony, L. G. (2018). Initial Clinical Guidelines for Co-Occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105-115. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>
- Swan, S. H., Liu, F., Hines, M., Kruse, R. L., Wang, C., Redmon, J. B., ... Weiss, B. (2010). Prenatal phthalate exposure and reduced masculine play in boys. *International Journal of Andrology*, 33(2), 259-269. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2605.2009.01019.x>
- Tateno, M., Tateno, Y., & Saito, T. (2008). Comorbid childhood gender identity disorder in a boy with Asperger syndrome. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(2), 238.
- Turan, Ş., Poyraz, C. A., Öcek Baş, T., Kani, A. S., & Duran, A. (2015). Affective temperaments in subjects with female-to-male gender dysphoria. *Journal of Affective Disorders*, 176, 61-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.001>
- VanderLaan, D. P., Blanchard, R., Wood, H., & Zucker, K. J. (2014). Birth Order and Sibling Sex Ratio of Children and Adolescents Referred to a Gender Identity Service. *PLoS ONE*, 9(3), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090257>
- VanderLaan, D. P., Leef, J. H., Wood, H., Hughes, S. K., & Zucker, K. J. (2015). Autism spectrum disorder risk factors and autistic traits in gender dysphoric children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45 (6), 1742–1750. doi:10.1007/s10803-014-2331-3
- Veale, J. F., Clarke, D. E., & Lomax, T. C. (2010a). Biological and psychosocial correlates of adult gender-variant identities: A review. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 357-366. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.09.018>
- Veale, J. F., Clarke, D. E., & Lomax, T. C. (2010b). Biological and psychosocial correlates of adult gender-variant identities: New findings. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 252-257. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.045>
- Vreugdenhil Hestien, J. I., Slijper Froukje, M. E., Mulder Paul, G. H., & Weisglas-Kuperus Nynke. (2002). Effects of perinatal exposure to PCBs and dioxins on play behavior in

- Dutch children at school age. *Environmental Health Perspectives*, 110(10), A593-A598. <https://doi.org/10.1289/ehp.021100593>
- Vries, A. L. C. de, Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195-1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- Wallien, M. S. C., Quilty, L. C., Steensma, T. D., Singh, D., Lambert, S. L., Leroux, A., et al. (2009). Cross-national replication of the gender identity interview for children. *Journal of Personality Assessment*, 91, 545–552.
- Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423.
- Williams, P. G., Allard, A. M., & Sears, L. (1996). Case study: Crossgender preoccupations with two male children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(6), 635–642.
- Winneke, G., Ranft, U., Wittsiepe, J., Kasper-Sonnenberg, M., Fürst, P., Krämer, U., ... Wilhelm, M. (2014). Behavioral Sexual Dimorphism in School-Age Children and Early Developmental Exposure to Dioxins and PCBs: A Follow-Up Study of the Duisburg Cohort. *Environmental Health Perspectives*, 122(3), 292-298. <https://doi.org/10.1289/ehp.1306533>
- Wong, W., Pasterski, V., Hindmarsh, P., Geffner, M., & Hines, M. (2013). Are There Parental Socialization Effects on the Sex-Typed Behavior of Individuals with Congenital Adrenal Hyperplasia? *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 381-391. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9997-4>
- Zhou, J.-N., Hofman, M. A., Gooren, L., & Swaab, D. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378, 68-70. <https://doi.org/10.1038/378068a0>
- Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Segovia, S., Carrillo, B. Rametti, G., & Guillamon, A. (2013). Cortical thickness in untreated transsexuals. *Cerebral Cortex*, 23, 2855–2862.
- Zucker, K. J. (2014). Gender dysphoria. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*(pp. 683-702). New York, NY, US: Springer Science + Business Media. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_35
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. Guilford Press.
- Zucker, K. J., & Kuksis, M. (1990). Gender dysphoria and sexual abuse: A case report. *Child Abuse & Neglect*, 14(2), 281-283. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90040-Z](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90040-Z)
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Kuksis, M., Pecore, K., Birkenfeld-Adams, A., Doering, R. W., ... Wild, J. (1999). Gender Constancy Judgments in Children with Gender Identity Disorder: Evidence for a Developmental Lag. *Archives of Sexual Behavior*, 28(6), 475-502. <https://doi.org/10.1023/A:1018713115866>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Lowry Sullivan, C. B., Kuksis, M., Birkenfeld-Adams, A., & Mitchell, J. N. (1993). A gender identity interview for children. *Journal of Personality Assessment*, 61, 443–456.

- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Oliver, G., Blake, J., Fleming, S., & Hood, J. (1996). Psychosexual development of women with congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and behavior*, 30(4), 300-318.
- Zucker, K. J., Green, R., Coates, S., Zuger, B., Cohen- Kettenis, P. T., Zecca, G. M., et al. (1997). Sibling sex ratio of boys with gender identity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 , 543–551.
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369-397.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>