

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Lic. en Psicología

Abordaje terapéutico en un caso de un niño trans

Autor: Fernández Moreno, María Selva

Tutor: Ramos Mejía, Gabriela

1. Introducción	2
2. Objetivos	3
2.1. Objetivo general	3
2.2. Objetivos Específicos	3
3. Marco Teórico	3
3.1. Consideraciones generales	3
3.2. Abordaje del caso	8
3.2.1. Terapia Cognitiva	8
3.2.2. Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)	9
3.2.3. Tercera Ola de la Terapia Cognitiva Comportamental	11
3.2.3.1 Conceptos y prácticas de la Tercera Ola de la TCC	12
3.2.3.2. La Tercera Ola de la TCC en niños	13
3.3. Identidad de género	17
3.3.1. Criterios diagnósticos	18
3.3.2. Niñez trans	21
4. Metodología	23
4.1. Tipo de estudio	23
4.2. Participantes	23
4.3. Instrumentos	23
4.4. Procedimiento	24
5. Desarrollo	25
5.1. Presentación del caso	25
5.2. Entrevista de admisión y motivo de consulta	26
5.3. Conceptualización del caso	32
5.4. Características del tratamiento	35
6. Conclusiones	39
7. Referencias bibliográficas	44
8. Anexo 1 Dibujo libre	50
Anexo 2 Figura humana	51
Anexo 3 Familia	52

1.-Introducción

El presente trabajo final integrador responde a la Práctica y Habilitación Profesional de la Carrera de Psicología requerida por la Universidad de Palermo durante el primer cuatrimestre de 2016. Dicha práctica tuvo lugar en una Fundación de Terapia Cognitiva Infantojuvenil, la cual es una fundación sin fines de lucro, su directorio está conformado por un grupo de psicólogos especializados en el abordaje clínico de problemáticas de niños y adolescentes. Dichos psicólogos se han reunido por intereses comunes que favorecieron la investigación y el desarrollo conjunto de publicaciones en dicha área.

En la actualidad, en el ámbito de la Fundación se desarrollan cursos para profesionales, grupos de supervisión, presentaciones y artículos centrados en adaptar los principios metodológicos de la terapia cognitiva infantojuvenil al contexto cultural de Argentina. Asimismo funciona un espacio para que especialistas en la práctica clínica provean asistencia psicoterapéutica a niños, adolescentes y familias con diversas problemáticas.

La práctica profesional tuvo una duración de 280 horas, con un promedio de 15 horas semanales. En la misma se participó de un programa de actividades que integra tanto la formación teórica, la práctica clínica como así también el entrenamiento en habilidades profesionales. Dentro de las actividades de formación teórica se ofrecen diferentes capacitaciones en el Modelo Cognitivo, presentando temáticas diversas como los espacios de supervisión del equipo, el ateneo, los espacios específicos de formación integral: Terapia Cognitiva de los Trastornos de Ansiedad y Depresión en Niños y Adolescentes.- Entrenamiento en manejo de Primera entrevista y posibles Diagnósticos.-Desafíos actuales en la clínica infantojuvenil y Actualización diagnóstica en Trastornos del Espectro Autista.

En cuanto al acercamiento a la Práctica Clínica, se participó en espacios de supervisión a terapeutas y en el entrenamiento clínico a partir de la cámara Gesell. Además, se concurrió semanalmente, con adolescentes del espectro autista, los días viernes donde se tuvo la posibilidad de participar como coterapeuta en un taller de habilidades sociales.

A partir de la consulta de una terapeuta en el espacio de supervisión se describe el caso de una familia que consulta por un niño trans. El caso se trabaja desde el modelo cognitivo comportamental, que integra con el enfoque humanista, en particular de la psicología positiva. El seguimiento del mismo se realizará a partir de la observación participante de la supervisión grupal, entrevista con la terapeuta del caso, conversaciones informales y acceso a la historia clínica.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Describir las etapas de la terapia de una familia que consulta por un niño trans desde el modelo cognitivo.

2.2. Objetivos Específicos

Describir el desarrollo de la entrevista de admisión y el proceso de construcción del motivo de consulta de la familia.

Describir la conceptualización del caso desde el modelo cognitivo.

Describir las características del tratamiento validadas para el abordaje del caso desde el modelo cognitivo.

3. Marco Teórico

3.1. Consideraciones generales

Según Brill y Pepper (2008) el *sexo* es algo biológico e incluye aspectos relativos a hormonas, cromosomas, aparato reproductivo y los genitales; aspectos que son utilizados al nacimiento para identificar a una persona como hombre o mujer; en cambio el *género* refiere a la relación entre los rasgos físicos y nuestro sentido interno como hombre, mujer, ambos o ninguno, así como a las conductas asociadas a ese sentir interno. Por lo cual, sexo y género son diferentes, pues el género no necesariamente está conectado con la anatomía; por lo tanto el género puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer. El género se

construye culturalmente: por esa razón, el género no es el resultado causal del sexo ni tampoco es tan rígido como el sexo. (Butler, 2007)

La primer teórica *queer*, Judith Butler, sostiene que distintos movimientos a lo largo del mundo, han cuestionado esta visión binaria, luchando por una concepción más amplia del género, y han comenzado la batalla por una progresiva integración de las personas que no se ajustan a los estereotipos de género y a las expectativas que la sociedad tiene sobre los hombres y mujeres.

Según la American Psychological Association (APA, 2011), el término *transgénero* es un término global que define a las personas cuyo género, identidad de género, expresión de género o conducta no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo que se les asignó al nacer. El prefijo *trans* a veces se utiliza para abreviar la palabra transgénero.

Si bien las personas transgénero han logrado salir a la luz pública, la existencia de niñas que sienten, piensan, hablan y se comportan como niños, y niños que sienten, piensan hablan y comportan como niñas, sigue siendo un tema tabú. Aunque la mayoría de las personas tienen una comprensión de su identidad de género entre los dos y tres años de edad; se considera que los terapeutas tienen que respetar los tiempos de cada proceso, ya que empujar a un niño a aceptar una identidad transgénero y asumir una transición podría ser aún más prejudicial. Por lo cual se hace necesario establecer un debate relacionado con el objetivo del tratamiento que pueda recibir un niño o niña transgénero; ya que por cumplir con expectativas sociales, tal vez se intenta persuadirlo a que oculte sus propios deseos, lo cual puede llegar a ser una alternativa destructiva (de Toro, 2015) .

Además la autora pone a discusión dos conceptualizaciones del sentido del sí mismo; en primer lugar desde una perspectiva psicoanalítica a partir de Erik Erikson quien en su teoría enfatiza el proceso de formación de la identidad y el puente entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo; en contrapunto con una perspectiva humanista de Carl Rogers quien sostiene una perspectiva relacional del ser, considerando que puede ser entendida como una incongruencia en el plano psicológico , porque puede ser causante de angustia o malestar psíquico en la persona e impedir el desarrollo óptimo del ser humano hacia su autorrealización.

Según de Toro (2015) la teoría de Erikson, presenta varias limitaciones para comprender a los niños transgénero, pues no considera la presencia de conflictos de género en la infancia. Erikson supone que los principales conflictos y crisis en torno a la identidad surgen en la adolescencia. El autor no considera conflictos en la niñez, lo que se contradice con las percepciones que algunos niños tienen de ellos mismos en esta etapa. Además explica las diferencias entre hombres y mujeres por aspectos biológicos sin considerar aspectos sociales, construyendo de esta forma su teoría en una concepción dualista del género y entendido éste como una extensión del cuerpo biológico.

La teoría de Erikson está orientada a la identidad heterosexual, fallando en reconocer un amplio espectro de orientaciones sexuales. Otra crítica posible a la teoría de Erikson, que se puede hacer extensiva a la psicología del desarrollo, es que en general muestra una normalidad para los niños a determinada edad (Smith, Cowie & Blades, 2003).

Según Wood (1997) la perspectiva psicodinámica representada por Freud, enfatiza el impacto de la dinámica familiar en el desarrollo de la identidad de género, lo cual indica que los niños elaboran una identidad primaria en la infancia, en términos de independencia, en tanto las niñas elaboran su identidad en conexión con los otros. Según la autora, la comunicación constituye una de las vías a través de las cuales los niños aprenden a discriminar entre lo que es apropiado y lo que no lo es, atravesando por distintas etapas para desarrollar su identidad de género. Desde el primer año hasta los dos o dos años y medio, buscan etiquetas que otros usan y que a ellos les permiten describirse. Después empieza un estado activo de imitación, en el cual los niños aprenden a usar su entendimiento del género para jugar ciertos papeles y entablar una comunicación y una serie de conductas que piensan van de acuerdo con las etiquetas que han recibido y aprendido. A la edad de tres años como lo menciona Campbell (1993) los niños desarrollan una constancia de género. Es decir que hay cierta comprensión por parte de los niños de que el género es relativamente permanente, de manera que tanto niños como niñas saben que el pertenecer al sexo femenino/masculino o ser niñas/niños (biológicamente hablando) no puede variar.

Asímismo, también dentro del enfoque psicoanalítico, se plantea que el sujeto adopta progresivamente una posición femenina o masculina, ya que no existe una identidad

sexual primigenia y fija. La misma se iría desarrollando a medida que el individuo crece y se relaciona con el mundo. En los textos freudianos se propone posponer al tiempo de la adolescencia la estructura definitiva que comportara la posición sexual de cada quien. Esto se manifiesta en los síntomas, en la expresión de esta división a la que todo ser humano está sujeto, una manifestación legítima a través de la cual el sujeto se expresa. (Donzis, 2014).

Según Di Nardo (2015), las problemáticas de la clínica actual, interrogan y hacen estallar a la teoría psicoanalítica; la cual debería dar cabida a la noción de género, pues los planos sexo y género parecen estar superpuestos en la obra de Freud.

Para la autora es necesario volver a pensar el entrecruzamiento entre sexualidad e infancia a la luz de lo que hoy se llama escuchar, acompañar, aliviar; a lo que hoy golpea en los consultorios y hacer que los analistas se dispongan a poder hacer saber con la infancia y la sexualidad.

Siguiendo a Carrea y Mandil (2011) desde la perspectiva humanista, Rogers favorece el autodesarrollo del consultante en un marco de aceptación e interrelación empática, con un marco de contención terapéutica que favorece la elucidación de los valores personales y proyectos de vida que permitirían incorporar las experiencias de sufrimiento como oportunidades para el crecimiento personal. Una perspectiva humanista centrada en ayudar a los niños a desarrollarse de acuerdo a su propia naturaleza y aceptando sus diferencias ha demostrado ser una perspectiva más adecuada. Este enfoque teórico más amplio, que incorpora la diversidad de género; a través de una relación terapéutica que no juzgue y sea cálida, favorece la posibilidad de que los niños transgénero pueden alcanzar una verdadera aceptación de sí mismos (Hawkins, 2008).

Piaget (1993), ha ofrecido modelos de cómo los niños desarrollan una visión genérica de ellos mismos y sus relaciones, ya que reconocen su género y actúan en primer lugar diferenciándolos; luego asocian los comportamientos familiares y culturales que le han sido transmitidos y reconocen su propio género, actuando en función de ello. En la misma línea, se investigó acerca del proceso de adquisición de la identidad y el rol sexual, incorporando algunos factores que condicionan esta evolución. Dicho trabajo fue diseñado con base en el método clínico piagetiano, con la ayuda de imágenes gráficas y también sostenido por Kohlberg, autor de orientación piagetiana, quien afirma que la adquisición de

la identidad y el rol sexual no están fijadas por la codificación biológica ni por las influencias ambientales, sino por la organización cognitiva del propio niño. Es decir, que a medida que van cambiando las estructuras cognitivas, lo hacen también las actitudes sexuales. Por lo cual, a patrones universales de evolución cognitiva corresponderían patrones universales de evolución en la adquisición de la identidad y el rol sexual. En un primer momento el niño hace un juicio simple y básico de su identidad sexual: “soy un niño” o “soy una niña”, y es de este juicio que organiza sus actitudes sexuales, tendiendo a dar valor positivo a lo referido a su propio sexo. A los dos o tres años, se generaría la identificación, aunque la conservación de la identidad de género no tendría lugar hasta los 6 ó 7 años, cuando el niño adquiere el resto de las conservaciones (López, 1984).

Según Zucker (1985) se desconoce en detalle cuando cristaliza la identidad de género o que factores contribuyen al desarrollo de una identidad de género atípica. Hasta el momento se desconocen intervenciones terapéuticas sistemáticas ni una evaluación controlada de dichas intervenciones en los conflictos de identidad de género, pero algunos estudios informan que dichas intervenciones en niños y padres disminuyen el grado del conflicto de identidad de género, especialmente cuando en la intervención participan ambos. Asimismo, se propone la intervención conductual como la alternativa de intervención para los conflictos de identidad de género (Rekers, 1977).

Según Helien y Piotto (2012), hay dos miradas con respecto a estos procesos y los autores se identifican con el que no patologiza la no coincidencia entre sexo asignado al nacer y la identidad de género. Además favorecen la posibilidad de acompañar a una persona en esa evolución, respetando dicha identidad de género.

Si bien el presente TFI, se sostiene sobre el modelo cognitivo, se desarrollará en un marco de un modelo cognitivo que integra con el enfoque humanista, en particular de la psicología positiva. Considerando que es una situación de niñez trans sin especificar una patología.

Según Opazo Castro (2004) el planteo de un modelo integrativo tiene por objetivo que “el desafío pasa a ser la búsqueda de la verdad contenida en cada enfoque y en cada paradigma, con el objeto de integrar esos conocimientos en una totalidad coherente”

3.2. Abordaje del caso

3.2.1. Terapia Cognitiva

Sobre la base de las ideas desarrolladas a mediados de los años sesenta, por Aaron T. Beck y Albert Ellis, la terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, el cual plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas (Beck, 1995).

Siguiendo a Beck (1995), en las terapias cognitivas derivadas del modelo de Beck, el tratamiento se centra en la formulación cognitiva de un trastorno y la aplicación de la conceptualización de cada paciente. Además considera que aunque la terapia se planea para cada individuo existen algunos principios que se encuentran en toda aplicación de la terapia cognitiva, estos son:

1. La terapia cognitiva se basa en la formulación dinámica de cada paciente y su problemática, la que se establece en términos cognitivos.
2. Se requiere de una firme alianza terapéutica. El terapeuta muestra interés en el paciente realizando afirmaciones empáticas, sintetizando las ideas y sentimientos del paciente, con una actitud realista y optimista.
3. La terapia se centra en la colaboración y en la participación activa, alentando al paciente a considerar la terapia como un trabajo en equipo.
4. La terapia está orientada hacia objetivos y centrada en problemas específicos.
5. Se pone un fuerte énfasis en el presente, en los problemas actuales y en las situaciones particulares que alteran al paciente.
6. La terapia es educativa, enseñando al paciente a ser su propio terapeuta y enfocándose en la prevención de las recaídas.
7. Es limitada en el tiempo.
8. Las sesiones son estructuradas.

9. En la terapia se ayuda al paciente a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales para actuar en consecuencia.

10. Se utiliza una diversidad de técnicas para modificar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. Dentro de las estrategias cognitivas se incluye el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado, además se utilizan diferentes técnicas de otras orientaciones como la terapia del comportamiento de acuerdo al tipo de situación.

Según Friedberg y Mc Clure (2005), la terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social de Bandura y dispone de una combinación de técnicas derivadas del condicionamiento clásico; basándose en que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional se determinan mutuamente. Cinco elementos son los que se interrelacionan para conceptualizar las dificultades psicológicas humanas: el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo; los cuales generan un sistema dinámico y complejo.

Analizando tratamientos en niños, a partir del estudio de la eficacia de la psicoterapia cognitiva, según Caballo y Simón (2002), los principales hallazgos se han encontrado en los cambios conseguidos por los niños que han estado en psicoterapia a diferencia de los que no lo han hecho; a partir del meta-análisis sobre diferentes tipos de psicoterapias. Si bien no es posible afirmar que en la niñez, haya una variable única que aparezca como causa, porque el comportamiento está multideterminado; existe evidencia acerca de investigaciones sobre el procesamiento individual de información las cuales presentan importante incidencia sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales (Kendall, 2000).

3.2.2. Terapia Cognitiva Comportamental

Investigaciones desarrolladas durante muchos años, avalan la viabilidad de la terapia cognitiva comportamental en psicoterapia con niños. El postulado fundamental de este modelo, consiste en que los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta. También se considera que los individuos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que a los eventos mismos, por lo cual el objetivo de esta terapia se

centra en que se flexibilicen los modos del procesamiento de la información ya que no padecemos por las situaciones en sí, sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos (Bunge, Gomar & Mandil, 2016).

Esta opción cognitiva comportamental, es la sugerida para estos casos, porque los niños pequeños, aún no comprenden sus pensamientos como para poder modificar sus respuestas. La actividad del terapeuta será multisensorial, incluyendo el uso de dos o más modalidades sensoriales para recibir o expresar información por lo cual, a partir del juego y de los dibujos se podrán realizar intervenciones (Stern, 2002).

Sobre la base de estos lineamientos teóricos, Carrea y Maglio (2015), describen la entrevista de admisión con los padres, la cual es una etapa dentro del marco de la terapia cognitiva infanto juvenil. En un primer momento en la *Entrevista de Admisión* (E.A.), se intenta que los adultos se sientan cómodos y en confianza, estableciendo rapport, lo que sería parte de la *Alianza Terapéutica* (A.T.). Dentro de la E. A., también identificamos la problemática que motivó la consulta, lo cual permite especificar el *Motivo de Consulta* (M.C.), que es el núcleo de lo que será la *Conceptualización del Caso* (C.C.)

Las autoras también describen la etapa de la evaluación diagnóstica, en la cual se relacionan conductas problemáticas con ciertos criterios para un trastorno psicopatológico o psiquiátrico, a partir de la descripción de grupos sintomáticos; después de informar el diagnóstico se pasa a la etapa de la C.C., la cual ofrece hipótesis explicativas que se revisan y se redefinen acerca del modo en que el niño a partir de aprendizajes y experiencias tempranas arriba al conflicto actual. También informa acerca de los factores desencadenantes, de los factores causales o predisponentes y de los factores de mantenimiento de la conducta problemática que es el M.C.

Una vez recopilada la información de la C.C., la misma servirá como marco orientador del tratamiento. El terapeuta puede recomendar opciones validadas para el abordaje del problema planteado y finalmente la indicación o no de un abordaje psicoterapéutico. En función de los resultados de la E.A. podría ser necesario realizar interconsulta con otros profesionales como psicopedagogas, fonoaudiólogas, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, etc. Al evaluar las diversas alternativas terapéuticas, se intenta

acordar objetivos del posible futuro tratamiento, contemplando diferentes variables como la complejidad del caso en cuanto a su cronicidad, severidad y disfuncionalidad, comorbilidades, la motivación al cambio, el contexto y las atribuciones personales. Puede no existir coincidencia con los padres, lo cual es necesario incluir en la C.C. y en el planteo del tratamiento para poder lograr adherencia por medio de intervenciones personalizadas, destinando el número de sesiones que sean necesarias para llegar a acuerdos en los objetivos terapéuticos, lo cual favorece la A.T.

La psicoeducación es la etapa que sigue a la C.C., por medio de la cual se brinda información escalonada conforme al niño, a sus padres y al diagnóstico. La información que se comparte psicoeduca acerca del rol del afrontamiento, del rol de las medidas evitativas y de las características del tratamiento, en cuanto a qué problemáticas priorizar, acerca del abordaje, y de las técnicas específicas para el caso. Se trata de arribar a una visión común del problema y de los objetivos que buscará alcanzar la psicoterapia cognitiva (Carrea & Maglio, 2015).

3.2.3. Tercera Ola de la Terapia Cognitiva Comportamental

Al analizar la evolución de las terapias cognitivas y comportamentales, Hayes, Masuda y De Mey (2003), diferencian tres movimientos: la primera generación caracterizada por aplicar a la clínica los principios del aprendizaje y la segunda generación que puso énfasis en la cognición, buscando el cambio conductual a través de la reestructuración. En cuanto a la tercera generación, los autores sostienen que hay un retorno a los principios básicos del aprendizaje que incluyen el análisis funcional, la construcción de habilidades, el modelado y el cambio conductual modificando el contexto.

Según Mandil y Borgialli (2016), en esta tercera ola se destacan los desarrollos terapéuticos como la Reducción del Estrés Basada en la Conciencia Plena (MBSR); la Terapia Dialéctico Comportamental (TDC); la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (TCBCP). Estos modelos ponen énfasis en la práctica de la meditación de conciencia plena, la aceptación y la perspectiva cognitiva como recursos para el afrontamiento de las experiencias dolorosas, ya sean físicas, psicológicas o contextuales. La Tercera Ola, a diferencia de las otras dos,

considera central la flexibilidad y la complejidad del ser humano y en consecuencia, propone que es posible cambiar la función del pensamiento, más que su contenido

3.2.3.1 Conceptos y prácticas de la Tercera Ola de la TCC

Con base en estos lineamientos teóricos, Hayes, Strosahl y Wilson (1999), destacan tres conceptos que caracterizan a la Tercera Ola: la aceptación, conciencia plena y evitación experiencial. Los autores describen la aceptación como un proceso que involucra un cambio respecto a los intentos de evitación o control disfuncionales y a una postura activa dirigida a experimentar los sentimientos, los pensamientos y los recuerdos como tales. Es decir que si el dolor representaba un problema, a partir de la resistencia al mismo existen por lo menos dos problemas.

Según Jon Kabat-Zinn (1991) la conciencia plena o mindfulness es un proceso que implica prestar atención de una forma particular, con un propósito, en el presente y sin juzgar; sostenido por diversos tipos de meditación. La evitación experiencial, hace referencia a los esfuerzos que suelen conducir a seguir sufriendo cada vez más. Esfuerzos para escapar a emociones, pensamientos y sensaciones corporales que al evaluarlas resultan negativas. La conciencia plena y la aceptación son procesos que constituyen alternativas a la evitación experiencial y favorecen la flexibilidad psicológica.

Dentro de las prácticas de la Tercera Ola de la TCC, según Hayes, Strosahl y Wilson (1999), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), propone que la proveniencia del sufrimiento es a partir de los procesos del lenguaje socialmente condicionados, los cuales no favorecen la flexibilidad psicológica. Por lo cual la ACT parte de metáforas, paradojas y ejercicios experienciales para que el paciente pueda contactarse con el presente decidiendo si un comportamiento es consistente con sus valores.

Este modelo integra técnicas de conciencia plena y aceptación con procesos de cambio conductual, en desmedro de la evitación disfuncional de experiencias previas indeseadas. Su objetivo general es aumentar la flexibilidad psicológica (es decir la capacidad de experimentar conscientemente el presente y comportarse de la forma que sirva a los propios objetivos del paciente). Se trata de que los sentimientos valorados como

negativos no paralicen a la persona, sino que el paciente pueda dirigir su vida hacia aquellas metas que le son particularmente valiosas (García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004).

La flexibilidad psicológica se busca a partir de los siguientes procesos: aceptación, contacto con el momento presente, valores, defusión cognitiva, compromiso con la acción y el Yo (self) como contexto. Los tres primeros son los procesos de compromiso y cambio conductual mientras que los tres últimos constituyen los procesos de mindfulness y aceptación (Hayes et al., 2005).

Una de las principales características que distinguen a la terapia ACT de otras terapias es la práctica de la meditación de la conciencia plena o mindfulness y la necesidad de mostrar la evidencia experimental de sus métodos.

3.2.3.2. La tercera Ola de la TCC en niños

Según Ferro García, Vives Montero y Ascasio Velasco (2009), algunas novedades terapéuticas en el ámbito infantil y juvenil tienen en cuenta la aceptación y el trabajo con los valores tanto con los padres como con los jóvenes. Esto es una novedad dentro de la terapia de conducta y sobre todo en esta población; ya que no se había propuesto la aceptación de las condiciones de la vida que no se pueden cambiar y el compromiso hacia el cambio en función de los valores.

Murrell, Coyne y Wilson (2004), han propuesto una forma de conceptualizar los casos, comenzando con un análisis funcional del caso, analizando los factores claves que mantienen la evitación experiencial y todas las conductas que hacen que se desvíen de lo que los niños valoran en la vida. La conceptualización del caso ACT con niños y/o jóvenes debe focalizarse en la forma, frecuencia e intensidad de la conducta problema; los disparadores situacionales de esas conductas tanto internos como externos; los patrones de conducta que favorecen que el niño evite los pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones y eventos dolorosos; las estrategias de control/evitación experiencial específicas usadas para manejar los contenidos psicológicos dolorosos; los reforzadores a corto plazo, la evaluaciones de direcciones valoradas como escuela, recreo, amistad, familia y la evaluación del alcance de las conductas que interfieren con sus metas.

Diversas teorías coinciden que a partir del juego se puede favorecer la reestructuración de esquemas que definen la identidad y las relaciones interpersonales, que el juego sea un medio de comunicación entre niño y terapeuta, como así también la importancia de sustentarse en un vínculo positivo. En la ACT muchas de las intervenciones apuntan a señalar las conexiones entre pensamientos, emociones y conductas relacionadas con el afrontamiento y se le propicia al niño un encuadre en el que aprende la autorregulación y la autogestión de comportamientos adecuados y acordes a su edad. En el trabajo con niños se proponen ejercicios experienciales y metáforas adaptadas a cada problemática y edad. Algunas de estas aplicaciones son juegos de mesa para ver hacia dónde quieren dirigirse y las barreras que encuentran, teniendo en cuenta los valores de los niños ya que esto les permite enfrentarse a lo que temen. También se proponen métodos para promocionar la aceptación como el entrenamiento en mindfulness y el uso de metáforas típicas de ACT. Esta terapia se basa en la validación de la experiencia familiar, en proveer de información al niño y a la familia a partir de la psicoeducación, en el análisis funcional de las conductas problemáticas y en la clarificación de los objetivos (Mandil, Borgialli, Bunge & Gomar, 2016)

Según Carr (2007), la importancia de que las intervenciones se desarrollen en un contexto empático, que enriquezca la alianza terapéutica entre adultos a cargo del niño y el terapeuta, es fundamental en la terapia infanto juvenil. Se incluye a los padres desde la crianza consciente (mindful parenting) que integra estrategias basadas en la aceptación y la meditación a los programas de entrenamiento a cuidadores; pues la reducción del estrés y de la reactividad favorecen la implementación del tratamiento y aumentan el bienestar de los cuidadores.

Murrell, Coyne y Wilson (2004), sostienen que la diferencia fundamental a la hora de trabajar con niños es que hay que contar con información de los padres y que el tratamiento se centre en los primeros cuatro componentes de ACT: promover la aceptación, la defusión cognitiva, valorar y el estar abierto a lo que se teme construyendo patrones de acción comprometida. Distinguiendo que en el trabajo con niños, se consideran en menor grado los procesos para contactar con el momento presente y el Yo como contexto por la abstracción que requieren los mismos.

Al promover la aceptación se pretende enseñar a los pacientes a percibirse y a concientizarse sobre los procesos personales internos, a modo de ejemplo, cuando a los pacientes con dolor se les enseñan métodos que los alienten a dejar de pelear contra ese sufrimiento. Hayes, Pistorello y Levin (2012), afirman que la aceptación es entrar en contacto con las funciones de estímulo automáticas o directas, sin tratar de reducirlas o manipularlas. La aceptación implicaría entrar en contacto con experiencias internas que la persona describe como desagradables, estaría dirigida a aumentar el contacto con ese estímulo aversivo, pues esto además de disminuir el sufrimiento causado por la evitación, también sitúa a la persona en la posibilidad de verse afectada por otras situaciones (Cordova, 2001).

La palabra defusión es un neologismo creado por Hayes, Strosahl y Wilson (1999) para denominar una serie de habilidades orientadas a reducir la potencia del lenguaje en la regulación de las conductas. Al implementarla, la persona puede estar más al tanto de pensamientos que generan malestar en un contexto no amenazante, a modo de ejemplo cuando un personaje infantil dice el pensamiento que atemoriza al niño. La defusión también está relacionada con las prácticas de desliteralización, donde la palabra principal que forma parte de un pensamiento determinado asociado al malestar se repite constantemente o de manera deformada. A partir de la defusión cognitiva, se podría cambiar la función de las emociones y de los pensamientos negativos (Hayes et al., 2005); con estos procedimientos se intentaría reducir la literalidad de la idea, lo que debilita la tendencia a tratar al pensamiento como a lo que específicamente se refiere. Además se intenta validar las emociones del paciente (Beck, 1995) empatizando con ellas, entendiendo y haciéndole entender que es lógico que se sienta del modo en el que se siente si piensa del modo en el que piensa.

El componente compromiso se desarrolla en cuanto la persona realiza de forma más frecuente, usual o típica, comportamientos o acciones relacionadas con sus valores; en estas situaciones podrá reconocer algunas estrategias de acción que probablemente lo pondrán en contacto con aquello que ha identificado valioso para su vida (Hayes, Pistorello & Levin, 2012).

En cuanto a los valores, las técnicas utilizadas en la ACT tratan de que las personas tengan un objetivo valioso en su vida, se busca que la persona aclare sus valores, los cuales están siempre presentes como marco del comportamiento y por eso son tan útiles para darle un sentido al mismo. En cuanto al proceso de compromiso con la acción, se supone que la misma acontece alentando a la persona a que sus patrones comportamentales estén relacionados con sus valores. Si bien es posible afirmar que los valores son entidades abstractas, estos se materializan en metas y objetivos concretos, que a su vez requieren de acciones específicas para avanzar hacia ellos. Es por esto que en ACT valorar no es creer, pensar o desear, en ACT valorar es actuar (Páez, Gutiérrez, Valdivia & Luciano, 2006).

La clarificación formal de las direcciones de valor supone la introducción de diferentes metáforas y ejercicios que permiten a la persona detectar las áreas de la vida que le puedan ser importantes, a modo de ejemplo, en la faceta familiar, escolar, social y otras. La necesidad de revisar con el paciente aquellos valores personales favorecería el afrontamiento activo del dolor inherente a la condición humana (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Según Riso (2009), desde la Psicología Cognitiva Comportamental, tanto el diagnóstico, como la conceptualización del caso y el abordaje deben contemplar tres niveles que interactúan sinérgicamente: la mejoría sintomática, la prevención y la promoción de la salud; los cuales están ligados a los aportes de la Psicología Positiva, como la psicoeducación y las intervenciones terapéuticas.

En la Terapia Cognitiva Infanto Juvenil la psicoeducación es una parte esencial del trabajo terapéutico, es necesario psicoeducar a los pacientes acerca de la importancia de las experiencias en el desarrollo de las emociones positivas duraderas; por lo que la persona se sentiría orgullosa, y podría experimentar un sentido de auto eficacia al realizarlas y el refuerzo sería intrínseco, es decir que la tarea se viviría como reforzante en si misma más allá de la existencia de una posible recompensa externa. La Terapia Cognitiva infanto juvenil y la Psicología Positiva se complementan pues la terapia cognitiva se ha hecho eco de la importancia de la revisión activa de las fortalezas personales en la conversación terapéutica (Carrea & Mandil, 2011).

3.3. Identidad de género

Se dice que un niño ha adquirido su identidad de género cuando es capaz de reconocerse a sí mismo como perteneciente a un género u otro y también capaz de etiquetar el género de los demás correctamente. Según López (1984), esto ocurre aproximadamente a los dos años y medio momento en el cual parece que las claves para identificar a otro como niño o niña son características como la longitud del pelo y el tipo de ropa.

Platero (2014) sostiene que la identidad de género hace referencia a si una persona se identifica con el sexo que le asignaron en el nacimiento. Si no lo hace, será una «*persona trans*». Si se identifica con ese sexo asignado, será una «*persona cis*», siendo el antónimo de trans. Los prefijos trans y cis quieren decir respectivamente enfrente de, ir más allá, o bien, estar al lado de o junto a. Dicha autora se refiere a aquellas personas cuya manera de estar en el mundo, expresarse y presentarse hacen que no se autoperciban, ni sean percibidos por otras personas según lo que se espera con el sexo que se les asignó en el nacimiento. Esta percepción de sí, de pertenecer al sexo opuesto de forma persistente durante toda la vida, es lo que define a la transexualidad.

Emigrado a Estados Unidos, John Money, psicólogo y médico neozelandés, introdujo primero en 1955, la noción de “rol de género” y, después, la de “identidad de género”. Apartándose del determinismo biológico, tomó el concepto de “género” de las ciencias del lenguaje y lo llevó al campo de la salud para subrayar la educación. La concepción de “rol de género” señala modelos culturales identitarios contrapuestos, que orientan actuaciones diferenciadas para varones y mujeres a través de actividades, vestimentas, juegos, colores, gestos, etcétera (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Considerando la teoría *queer*, la cual propone la hibridación como la única forma de resistencia contra las ideologías homogeneizadoras, su autora, Judith Butler cuestiona la categoría identidad como algo fijo, abriendo la puerta para otras categorías sexuales y de género socialmente construídas. En su teoría desarrolla la idea de que el género opera como una construcción social que privilegia la heterosexualidad y plantea el género como un efecto performativo.

Según Helien y Piotto (2012), las corrientes más modernas de distintas disciplinas acuerdan en que no nacemos con una identidad definida, determinada y cerrada, sino que es

un proceso que se construye durante toda la vida. Sin embargo, la idea de que la identidad es inmutable sigue presente y atraviesa el pensamiento binario de las categorías varón/mujer. Lo más significativo de este planteo es que hay personas que siguen un camino diferente, que no se identifican ni con uno ni con otro sexo o género, o puede que lo hagan con algunos rasgos de cada uno, o que lo hagan en forma cruzada. Y suelen manifestarlo desde muy temprano, resistiéndose a toda esa presión por ser ubicados en un casillero.

A partir de la mayoría de los relatos registrados por Helien y Piotto (2012), las primeras expresiones aparecen en plena infancia, alrededor de los seis años. Aunque es posible ir más atrás: existen consultas de padres de niños más pequeños, alrededor de dos o tres años, que manifiestan ser del género opuesto, no solo con la preferencia de ciertos juegos y ropas, sino que apenas comienzan a hablar se refieren así mismos como del otro género.

3.3.1. Criterios diagnósticos

El sexólogo alemán Hirschfeld habló de estados sexuales intermedios, comenzando una etapa no binarista, acuñando en Berlín en 1923 la definición de transexualismo mental. Si bien, los primeros casos estudiados y documentados son de 1869, se le adjudicó al médico endocrinólogo Harry Benjamin, nacido en Berlín, quien conoció los trabajos de Hirschfeld, haber introducido el término “disforia de género”; en su publicación de 1966 “The transsexual phenomenon”

Según el Ministerio de Salud de la Nación (2015), Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial atravesó una etapa de represión y control de la sexualidad, que incluyó la censura. En esta época, y desde ese país, se produjeron las principales justificaciones para patologizar la homosexualidad, la transexualidad, el travestismo y la intersexualidad. En 1952 se publicó la primera versión del *DSM (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría)*. En el cual las diversas prácticas y orientaciones sexuales que se distanciaban de la heterosexualidad tradicional con fines reproductivos, al igual que las distintas expresiones e identidades de

género que no cumplieran con las convenciones establecidas, fueron incluidas como diagnósticos.

A partir del Manual Estadístico de Diagnósticos de Trastornos Mentales conocido como DSM-5 (APA, 2014), la disforia de género puede ser diagnosticada en personas que experimentan una incongruencia de género intensa y persistente. La revisión del DSM-5 (2014) sigue siendo muy criticada a nivel internacional, pues se propuso el cambio de “Trastorno de identidad de género” por el de “Disforia de género”. El foco patológico en la identidad es reemplazado por el foco en el malestar (disforia) que pudiera ocasionar la incongruencia entre el género atribuido al nacer y la autopercepción. Lo que en apariencia es una instancia superadora, mantiene la perspectiva de “normalización”.

Adrian (2013), sostiene que aquellos que tratan de mantener una categoría diagnóstica enfatizan que la eliminación de la misma podría significar una desmejora en el acceso a la salud. Y la justificación del mantenimiento de la categoría en el DSM parece estar relacionada con la necesidad de asegurar el acceso a la salud en una sociedad como la norteamericana, donde la medicina pública tiene ámbito limitado, y la privada sólo es accesible para las personas que tienen seguros de salud, los cuales, en muchos casos, pretenden aún excluir los tratamientos de salud para las personas trans, alegando que se trataría de tratamientos "*cosméticos*".

Según Helien y Piotto (2012), la patologización estigmatiza, etiqueta negativamente y cede la autonomía de las personas a los médicos y psicólogos. Sin embargo, analizando los cambios introducidos en los Estándares Asistenciales de la 7ma versión de la Asociación Mundial de Profesionales para la salud Transgénero (WPATH, 2011), se intenta despatologizar sustituyendo el diagnóstico “trastorno de identidad de género” por “disforia de género” y se amplía la población objeto de atención y las opciones de tratamiento. La versión 2011 despatologiza al hablar de Normas de Cuidado de la Salud Transexual, Transgénero, y Gente No Conforme con su Género. No es sobre hormonas y cirugía solamente, es sobre salud en forma holística.

Según los Principios de Yogyakarta (2007), los cuales han sido aprobados por la República Argentina, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son en sí mismas condiciones médicas y no deberán ser tratadas, curadas o suprimidas. En

consonancia con dichos Principios, el artículo 2 de la Ley 26.743 define la *identidad de género* como la vivencia interna individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento de nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.

Pavan (2016), sostiene que en la República Argentina, en mayo de 2012 se sancionó la Ley de Identidad de Género, la cual en sus dos primeros artículos enuncia que toda persona tiene derecho al reconocimiento de su identidad de género; al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género; a ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad. El objetivo principal de esta ley consiste en garantizar el acceso pleno al derecho a la identidad de género. Según Mouratian (2016), la Ley 26.743 de Identidad de Género es la primera en el mundo en la que no se exige a la persona ningún diagnóstico para la libre expresión de su identidad de género. En este sentido se ha constituido como una referencia jurídica internacional por estar a la vanguardia en el reconocimiento de la identidad de género autopercibida, sin ningún tipo de patologización y/o judicialización. Quedando incluidas las prestaciones de salud en el PMO (Plan Médico Obligatorio), se trate de prestadores estatales, privados u obras sociales.

A pesar de las leyes vigentes, se continúa considerando un estigma a la variabilidad de género. Tal estigma puede conducir a prejuicios y discriminación, lo que resulta en el llamado “estrés de minoría”. El estrés de minoría es único (adicional a los factores de estrés generales experimentados por todas las personas), con base social y crónico, y puede aumentar la vulnerabilidad de las personas trans y con variabilidad de género para desarrollar problemas de salud mental tales como la ansiedad y la depresión (COP, 2015).

Según la APA (2011), es posible que los padres se preocupen por un hijo o una hija que parezca disconforme con el género, por diversos motivos. Algunos niños o algunas niñas expresan mucha angustia por sus sexos asignados al nacer o por los roles de género que se espera que cumplan. Algunos niños o niñas tienen dificultades para interactuar socialmente con sus compañeros y con los adultos debido a su expresión de género. Es posible que los padres se preocupen cuando lo que pensaban que era solo una “fase” continúa. Es útil consultar a profesionales médicos y de salud mental expertos en temas de

género en la infancia para decidir cómo abordar de la mejor manera dichas inquietudes. No sirve obligar al niño o a la niña a comportarse de una manera más adaptada con respecto al género.

3.3.2. Niñez trans

Según Helien y Piotto (2012) no es tan importante establecer una edad acerca de cuándo empiezan a manifestarse los primeros indicios de que los niños puedan percibir discordancia con el pene o la vulva que tienen como sexo biológico y lo que sienten en su interior. Descubren que hay juegos o roles que les pertenecen a los varones y otros que son para las nenas. Y expresarán esta identificación cruzada de algún modo. Podrán decir que no quieren tener un pene porque sienten que les correspondería tener una vulva. Dirán que quieren ser mencionados con otro nombre: si es un nene, un nombre de mujer; si es una nena, con un nombre de varón. Dirán que quieren que los vistan con ropas claramente identificables del otro sexo: una nena querrá verse como un varón; si es nene, querrá usar vestidos.

De la misma manera, Pavan (2016), relata que es común que cuando no tienen acceso a la vestimenta que desean, la confeccionen ellos mismos con distintos materiales. Los conflictos con la identidad se les presentan en relación con la expresión de género: la ropa, el cabello, los juguetes, etc. En algunos casos comienzan las incomodidades genitales, expresando que son feos y que van a desaparecer. Algunos nenes orinan sentados y algunas nenas de pie. En general, en estos niños, prevalece la idea de un futuro reparador mediante la articulación con la fantasía de que al crecer se convertirán en lo que sienten que son. El malestar relacionado con el sexo biológico se manifiesta a través de la preocupación para vestirse, el fracaso en la relación vincular con compañeros, traducido en la imposibilidad de hacer amigos, sumado a la imposibilidad de adquirir las habilidades del propio sexo, lo cual los conduce al aislamiento. Es común que se nieguen a asistir a la escuela.

De este modo y según Drescher y Byne (2012), hasta que los niños pueden dominar el pensamiento operacional, aproximadamente entre los 5 y 7 años, tienden a confundir el

sexo y el género con las expresiones superficiales de rol de género. Antes de desarrollar la capacidad para el pensamiento operacional, en la niñez se puede pensar que el uso de la ropa relacionada con los niños lo convertirá en niño, mientras que la ropa o peinados asociados con las niñas lo convertirá en una niña.

Según Brill y Pepper (2008), es necesario tener presente que un niño o una niña, no saben definirse con un concepto, pero sí tienen la capacidad de desarrollar su identidad. Los autores señalan que la identidad de género se comienza a desarrollar a los dos o tres años, al mismo tiempo que comienzan a comprender el mundo que les rodea. Cuando el niño o la niña tiene una identidad trans, en un principio, suele intentar dárselo a conocer a la familia. Sin embargo, cuando la familia tiene interiorizados los valores heterocispatriarcales y desconoce la existencia de otras realidades, la comunicación resulta compleja, lo que suele provocar, en la mayoría de los casos de tan temprana edad, que la familia lo intente reconducir.

Según Platero (2014) aparecen indicadores del estrés trans en la infancia, como comportamiento retraído, sentimiento de hipervigilancia, baja autoestima, timidez, irascibilidad, pasividad, comportamiento solitario, acompañado de fracaso escolar, depresión, aislamiento, falta de reconocimiento de la identidad y conductas autolesivas. El comienzo de la escolarización y la entrada en la pubertad son períodos particularmente estresantes.

Además de los prejuicios y la discriminación en la sociedad en general, el estigma puede contribuir al abuso y la negligencia en las relaciones con compañeros/as y familiares, lo que, a su vez, puede conducir a malestares psicológicos. Sin embargo, estos síntomas son socialmente inducidos, y no son inherentes al hecho de ser una persona trans o con variabilidad de género. Una gran mayoría de casos se inician a edades muy tempranas, siendo condiciones complejas y asociadas a intenso malestar. Es de suma importancia la detección precoz y el tratamiento integral.

Según Saldivia Menajovsky (2016) respecto de las personas menores de edad, tanto la Ley de identidad de género en sus capítulos 5 y 12, como la Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, incorporan la idea de la

capacidad progresiva del niño. La sanción de esta Ley en la República Argentina ha significado un auspicioso avance para alcanzar la despatologización, la no discriminación y la consideración de los menores como sujetos de derecho; los cuales acompañados de sus padres, pueden decidir sobre su identidad de género. La Ley sobre el derecho a la identidad de género es única en el mundo por no requerir autorización judicial ni médica para cambiar la identidad de género. Asimismo es única por prever la situación del cambio de género en la niñez.

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

El tipo de estudio del trabajo final integrador será descriptivo de un caso único.

4.2. Participantes

El trabajo será desarrollado a partir del análisis del caso de un niño de 5 años. Lau vive con su familia formada por sus padres, un hermano y una hermana y asiste al Jardín de infantes de un colegio confesional católico bilingüe. La familia consultó hace cuatro meses.

La terapeuta encargada del caso pertenece a una Fundación de Terapia Cognitiva Infantojuvenil desde hace más de 5 años. Es una terapeuta con formación en terapia cognitiva, positiva y sistémica. Realizó el programa de entrenamiento en Mindfulness.

Los padres realizan la consulta terapéutica ya que Lau manifestó “yo me quiero cortar el pito” y “¿Por qué Dios me hizo hombre si yo quiero ser mujer?”

4.3. Instrumentos

Entrevista de admisión: es el registro del primer encuentro con los padres del niño, en el cual se especifica el genograma del paciente, variables ligadas al desarrollo evolutivo del niño, aspectos afectivos, médicos y de los contextos familiar y educacional.

Historia clínica: luego de cada sesión la terapeuta completó la historia clínica, que contiene una carátula que incluye el nombre, los datos personales del paciente y la información de la *Entrevista de Admisión* (E.A.).

Entrevista con la terapeuta del caso: consiste en una entrevista semiestructurada, que es un instrumento de recolección de datos cuyo propósito es analizar e interpretar las relaciones que pueden existir entre las concepciones que tiene la terapeuta acerca del caso y las herramientas con las que cuenta. En este contexto, para realizar la entrevista semiestructurada, se plantearon tres ejes: el proceso de planificación del caso, los objetivos y la articulación entre el marco teórico con la práctica terapéutica.

Se pudo ordenar la información obtenida de la historia clínica y obtener información que no está incluida en dicha historia tanto del niño como de su familia. También se pudo contar con la información de la percepción de la terapeuta respecto a las dificultades que le trae el caso, así como conocer aspectos de la *Alianza Terapéutica* (A. T.) entre la terapeuta y la familia, y también con el paciente.

Conversaciones informales: aquí se agruparon todos aquellos intercambios verbales que se produjeron dentro de la Institución, en diferentes momentos como ateneos, capacitaciones, supervisiones, recreos, etc. Estas conversaciones constituyen una fuente de datos muy importante porque la terapeuta fue más espontánea y compartió sus preocupaciones y pensamientos con otros colegas en el mismo ámbito.

Observación participante de la supervisión grupal de la terapeuta: se describen las consultas de la terapeuta y las sugerencias del supervisor y del equipo acerca del caso.

4.4. Procedimiento

Se trabajó con la historia clínica del paciente, la entrevista semiestructurada a la terapeuta, las conversaciones informales y lo registrado en la observación participante en los espacios de supervisión de la terapeuta y el equipo.

En el proceso de análisis de la *Entrevista de Admisión* y la historia clínica, se leyó en profundidad para conocer al paciente y el abordaje realizado por la terapeuta.

En este caso, es la misma terapeuta la que realiza la E.A. y continúa con el caso como terapeuta después de la admisión. Luego de cada sesión, registró el estado del paciente y de la familia respecto del problema identificado, el eje temático de la sesión, las

intervenciones realizadas y comentarios sobre estrategias a seguir en las siguientes sesiones.

Las anotaciones obtenidas en la supervisión grupal del caso también se utilizaron de manera de obtener información sobre las inquietudes de la terapeuta, y sobre las alternativas de tratamientos indicadas desde el modelo cognitivo.

Una vez obtenido un amplio conocimiento del caso, se realizó una entrevista, de una duración aproximada de 45 minutos, con la terapeuta a cargo a fin de conocer diferentes opiniones y notas personales que tiene del caso y de las intervenciones realizadas. Se le preguntó sobre posibles intervenciones que podrían realizarse en el futuro, con el objetivo de conocer la opinión de la terapeuta respecto de las mismas.

5. Desarrollo

5.1. Presentación del caso

La elección con la cual se nombrará al menor como Lau corresponde a un apodo ambivalente que no identifica género al igual que su apodo en la vida real. Lau es un niño de cinco años que concurre al Jardín de Infantes. Vive en la Ciudad de Buenos Aires, junto con su padre, su madre, su hermano de 12 años y su hermana de 8 años. A causa de la situación laboral familiar, se trasladaron 4 años al extranjero, por lo cual entre su primer año y sus 4 años de vida, Lau vivió fuera del país y asistió al Jardín los dos últimos años. Cuando su familia retorna al país, continúa la escolaridad en Preescolar en un colegio confesional católico bilingüe. Lau se encuentra en el percentil inferior de la curva de crecimiento que vincula estatura y edad; su madre tiene celiaquitis, por lo cual el pediatra indicó estudios endocrinológicos. Por la situación laboral, su padre viaja permanentemente. La familia consultó hace 4 meses.

Los padres realizaron la consulta terapéutica ya que Lau manifestó: “yo me quiero cortar el pito” y “¿Por qué Dios me hizo hombre si yo quiero ser mujer?”

El contacto con la terapeuta de la institución se originó en forma telefónica en febrero de este año. Es necesario destacar que la madre consulta a la terapeuta a instancias de una familiar lejana que sugiere recurrir a dicha institución porque conoce el abordaje cognitivo de la misma y le explica a la madre que hay más de una mirada sobre el abordaje, que existen terapeutas que van a querer transformar o corregir a su hijo y orienta en una alternativa diversa, sugiriendo consultar en la citada institución. Siguiendo a de Toro (2015), esto podría estar en relación con lo que la autora indica al decir que en ocasiones a los niños que sienten, piensan, hablan y se comportan como niñas se intenta persuadirlos para que oculten esos deseos por cumplir con expectativas sociales; lo cual podría ser una alternativa destructiva para los mismos. Los padres de Lau coinciden con esta perspectiva, por lo cual la madre llama a la profesional sugerida por su familiar. La terapeuta trabaja en la citada institución y a partir de oír el relato convoca a los padres para una entrevista de admisión.

5.2. Descripción de la entrevista de admisión y motivo de consulta

A partir de la entrevista semiestructurada con la terapeuta, se desprende que la terapeuta determinó que quienes participarían de la *Entrevista de Admisión* (E.A.) son la madre y el padre juntos sin la compañía de su hijo. El matrimonio formado por los padres de Lau se presentó a la E.A., la cual es la primera conversación que se tiene con los padres e implica según Fernández Alvarez (2005) un proceso de valoración acerca de si el *Motivo de Consulta* (M.C.) justifica una indicación terapéutica. Carrea y Maglio (2015) describen esta etapa como una instancia en la cual se intenta que los adultos en este primer contacto se sientan cómodos y en confianza estableciendo rapport, pudiendo identificar el motivo de consulta, evaluando los contextos intervinientes, la atribución personal acerca del problema, de la motivación al cambio y la evaluación diagnóstica.

Según las autoras, este rapport con los consultantes es el primer paso en el establecimiento de la *Alianza Terapéutica* (A.T.), la cual es una instancia que deberá favorecer el acuerdo de objetivos, la colaboración en las tareas y un vínculo positivo con el niño y sus grupos de referencia. Una vez que la profesional se encontró con los padres, se comenzó a forjar dicha alianza, lo que permite lograr un buen vínculo indispensable para

lograr un adecuado tratamiento psicoterapéutico. Para que los padres se sintieran cómodos y en confianza antes de que empezaran a hablar de aspectos de su vida que les generan malestar, la terapeuta comienza dialogando sobre cuestiones extraterapéuticas. Esta etapa incluyó pequeñas preguntas cotidianas. A modo de ejemplo, por la facilidad para llegar al consultorio, del trabajo y mencionó la conversación telefónica previa mostrando el recuerdo de aspectos de la misma. A partir de esta entrevista se conoció la composición de la familia, la mudanza reciente y la situación de Lau. La terapeuta también intentó reconocer signos expresivos, emocionales o de comportamiento y respondió a ellos. A modo de ejemplo, cuando la madre relató que se siente mal por haber permitido que Lau jugara tanto tiempo con su hermana mayor. La madre manifestó creer que dejarlo mucho tiempo con la hermana mayor favoreció que Lau tenga conductas femeninas, por lo que finalmente limitó esa actividad; ante lo cual la profesional mantiene una *mirada compasiva* intentando liberarla de la culpa de pensarlo en forma negativa. Esto permite articular con lo que sostienen Carrea y Maglio (2015) que la *creencia* acerca de lo que causó el problema es fundamental para poder tener en cuenta la atribución personal acerca del problema y favorece diseñar cuál es el procedimiento más recomendable a seguir.

Según Carrea y Maglio (2015) dentro de la Entrevista de Admisión se identifica la problemática que motivó la consulta, lo cual permitió especificar el *Motivo de Consulta* (M.C.), junto con los síntomas en diferentes contextos. También describen en esta etapa de la E.A. lo que podría relacionarse con conductas problemáticas con ciertos criterios para un trastorno psicopatológico o psiquiátrico, a partir de la descripción de grupos sintomáticos.

En la entrevista semiestructurada, la terapeuta comentó que los padres refieren que dentro del hogar, Lau desde pequeño, tuvo fuertes enojos que pusieron en riesgo su cuerpo. Presentó conductas autolesivas, opositoristas-desafiantes y de desregulación emocional, pues ante berrinches, con cuchillo en mano amenazaba con cortarse. La madre describió que en determinada ocasión se tiró ketchup por el cuerpo y se hizo el muerto y pudo avanzar un poco más en la descripción haciendo notar el carácter *berrinchoso* y *enojoso* que Lau presentó en las situaciones en las que sus exigencias no fueron satisfechas. La madre describió los berrinches como largos y en algunos casos inmanejables, especialmente en las situaciones en las que tomó el cuchillo en actitud amenazante para con su propio cuerpo.

La terapeuta realizó preguntas que habilitaron a nueva información que orientaron a la madre hacia la descripción de la conducta observable. A modo de ejemplo: ¿cuándo notaste que comenzaron estos cambios? ¿a qué te referís cuando decís que se enoja por cualquier cosa? ¿ante qué situaciones se producían estas reacciones? En este caso, la madre también relató acerca de cambios en la conducta de Lau que se han transformado en un problema porque no acepta indicaciones; cuando se le llama la atención se rebela, se pone furioso, rompe cosas y no mide riesgo. El padre comenta que en estos enojos se pone muy *teatrero*, que exagera. Este relato podría tener similitud con lo que refiere Platero (2014) y APA (2011), en cuanto a que algunos niños tienen dificultad para interactuar con los padres debido a su expresión de género y realizan conductas autolesivas. Esta incidencia puede atribuirse a factores de estrés tales como la intimidación por parte de compañeros, el sufrimiento de la familia, el rechazo de los progenitores y el malestar con el propio cuerpo. Durante esta etapa de desarrollo viven en riesgo de experimentar rechazo por la opresión y el prejuicio; niños y niñas que no se ajustan a las normas de género socialmente esperables pueden experimentar mayores niveles de ansiedad, estado de ánimo y problemas de conducta, así como autolesiones.

Ambos padres comentaron que decidieron efectuar la consulta terapéutica porque además de sus enojos, Lau manifestó el deseo de cortarse el pene; a escondidas, se viste de mujer, se maquilla y se pinta las uñas. Este *Motivo de Consulta* (M.C.) podría estar mostrando lo que refieren tanto Helien y Piotto (2012), como Drescher y Byne (2012), las primeras expresiones de discordancia entre sexo y género aparecen en plena infancia, alrededor de los 6 años, por la preferencia de ciertos juegos y ropas. Incluso los niños pueden pensar que el usar la ropa o peinados relacionados con una niña, lo convertirán en una niña. Lau también se ha preguntado ¿Porqué Dios me hizo hombre si yo quiero ser mujer? en línea con el aporte de Hurtado- Murillo (2015), quien agrega que como consecuencia de esta discordancia la persona experimenta un sentimiento de profundo rechazo hacia las características sexuales de su sexo biológico.

Continuando con esta Entrevista de Admisión el padre manifestó con preocupación su pensamiento acerca de que en el futuro su hijo no será feliz y la madre comenta que sus pensamientos están relacionados con acompañarlo en el presente. Esta creencia del padre

se relaciona con lo sugerido por Mandil y Borgialli (2016) acerca del mindful parenting o crianza consciente, lo cual integra estrategias basadas en la aceptación y en la expansión del campo perceptivo a diferentes aspectos de la interacción con el hijo acerca de tener pensamientos que lo acompañen en el presente. Los padres también comentaron que ante cualquier situación, la frase de cabecera de Lau es “Ustedes no me entienden”, lo que podría concordar con Brill y Pepper (2008), los cuales sostienen que un niño que tiene una identidad trans, en un principio intenta dársele a conocer a la familia; pero cuando la familia tiene interiorizados valores normativos binarios, la comunicación entre los miembros de la misma resulta compleja. En la misma línea, Helien y Piotto (2012) orientan en la necesidad de contención y validación por parte de los padres. Según los autores, hay que acompañar al niño en la posible expresión de ese género discordante que le fue asignado al nacer. La familia debe flexibilizar ciertos conceptos que son construcciones culturales, porque hacen una defensa casi instintiva frente a la construcción cultural de lo femenino y lo masculino y, si bien, aunque cada caso clínico tiene sus características particulares y no hay reglas generales sobre cómo abordar a un chico que vive una experiencia trans; hay un punto que unifica todas las historias: la necesidad de aceptación. Muchas familias no aceptan que los chicos puedan expresarse en disconformidad con lo asignado afirman los autores y explican que lo primero que hay que trabajar es que el entorno del chico acepte sus distintas expresiones inicialmente incomprendidas.

Ante estas descripciones de preocupación de los padres en la E.A., la terapeuta empoderó a los mismos al destacar la inquietud en consultar y les pidió que para el siguiente encuentro pensarán en emociones y pensamientos que les había provocado la situación. Según la terapeuta, la madre tiene miedo de dar una palabra, teme poner en palabras sus pensamientos, tiene miedo a que se destape todo, tiene resquemor, a lo cual la terapeuta le sugiere que tiene que desmitificar que el espacio terapéutico abra la situación, porque va a aumentar la oposición de Lau. La terapeuta no encontró respuesta de los padres al preguntarles en esta primera entrevista por qué no indagaron acerca de qué le pasaba a Lau, por qué tenía intereses femeninos o por qué dibujaba rostros mitad hombre mitad mujer partidos por un rayo. (Algunos de estos dibujos la madre los había encontrado hacía dos años abollados debajo de la cama; otro, Lau se lo regaló a la abuela la cual se lo mostró

a la madre de Lau, quien lo tiró y al otro lo quemó). Ante estas circunstancias, la terapeuta dejó de indagar porque le pareció que aún faltaba *Alianza Terapéutica*.

En una segunda entrevista con la madre y el padre dentro del marco de la Entrevista de Admisión, se hace referencia al historial evolutivo clínico y se detalla acerca de consultas endocrinológicas derivadas por el pediatra en relación a la celiaquía de la madre y al lento crecimiento de Lau, pues en la curva de crecimiento que vincula estatura en función de la edad, su medición se ubica en los percentiles inferiores. Aún no se tuvo respuesta a los estudios de laboratorio solicitados por el endocrinólogo, los cuales no han sido finalizados. Con relación a esto la madre comenta que Lau dejó de crecer el día que dijo que se quería cortar el pene. De acuerdo a Pavan (2016), en algunos de estos niños comienzan las incomodidades genitales, expresando que son feos y van a desaparecer prevaleciendo la idea de un futuro reparador.

En este mismo encuentro, la terapeuta hizo referencia a la lista de emociones y la madre reconoce que si bien en un primer momento desmereció la tarea, porque no quería tener que pensar y hacer un registro propio; pudo nombrar: ansiedad, miedo a lo desconocido, incertidumbre, vergüenza social e hipersensibilidad. A partir de allí surge el relato de situaciones de vergüenza del hermano mayor, el cual no invita amigos al hogar porque no quiere que vean a Lau vestido de mujer. El padre describe que Lau tiene dificultad para expresar emociones, que tiene un carácter complejo, que juega a ser una chica y que realiza festivales con amigos imaginarios. Al respecto, Platero (2014) sostiene que pueden aparecer actitudes sociales de rechazo en todos los entornos básicos de socialización ante esta transgresión de los roles asignados, tanto en la familia como también en la escuela.

El matrimonio concurrió a las dos primeras sesiones de la *Entrevista de Admisión*. Las dos sesiones siguientes se realizaron solamente con la madre porque los viajes laborales del padre impidieron su concurrencia; no obstante, la madre solicitó grabar las sesiones para reproducirlas al padre en el futuro, el cual estaba interesado en oír a la psicóloga. La terapeuta trabajó empáticamente con la madre para comprenderla y apaciguar su angustia, reforzando la *Alianza Terapéutica*. De acuerdo con Ferro García, Vives

Montero y Ascasio Velasco (2009), es necesario tener en cuenta la aceptación y el trabajo en valores tanto con los padres como con el niño. Según Platero (2014), es de fundamental importancia en estos procesos la alianza con los adultos, pudiendo relacionarse esto con la alianza que se estableció con la madre del niño, la cual fue variando desde la expectativa y la incertidumbre inicial acerca del tratamiento hasta lograr una sólida A.T. Esto pudo observarse en el cumplimiento de las tareas indicadas por la terapeuta, como la lista de emociones, de pensamientos y de motivos para sentirse orgullosa de Lau, tareas que en un principio fueron desmerecidas por la madre.

El objetivo de la terapeuta para la primera *Entrevista de Admisión* con Lau fue el de conocerlo y presentarse como su terapeuta, mostrándole un lugar amigable de juego y potencialmente de confianza y seguridad. Al cabo de estas cuatro primeras entrevistas con los padres, con una noción del caso, los datos clínicos en relación a estudios endocrinológicos por un posible retraso en el crecimiento, la historia familiar e hipótesis planteadas, la terapeuta recibió a Lau, el cual asiste al consultorio acompañado por su madre. Durante la primera entrevista con el niño, la terapeuta coincide con lo que Gomar, Labourt y Bunge (2016) establecen al priorizar la construcción de la *Alianza Terapéutica* con los niños, teniendo en cuenta la conexión emocional, la conexión cognitiva y la participación en el tratamiento. Asimismo, aplicó herramientas de la TCC como dibujos e historietas que ofrecen soporte visual e interactivo a conceptos abstractos, como también juegos de representación como formas de comunicación indirectas entre la terapeuta y el niño. A partir de las propuestas de dibujo libre, figura humana y familia, Lau realiza un dibujo de un lugar casi sin casas, dice que *es un pueblo, un desierto donde no vive nadie*, solamente con algunos cactus y Lau detalla que *es un pavo real que se escapó de la casa y ahora está libre; hay un humano cuidándolo, que vive en esa casa porque es un mundo peligroso. ¿Vos quién sos?* Lau señala a los tres centrales y dice *por acá, que hay nenes con pelo de nena y nenas con pelo de nene*.

Según la terapeuta en el gráfico de figura humana, dibuja un nene desnudo, lo dice en palabras *está desnudo* y con mirada pícaro dice *ahora le voy a poner el calzón* (dibuja dos figuras con diferente corte de pelo). Cuando realiza el dibujo de la familia relata que primero dibuja los cuellos con dos líneas paralelas, luego les agrega una circunferencia

arriba del cuello con diversos peinados y a cada uno le agrega el tronco. Del tronco para abajo no hay nada dibujado en ninguno de los aproximadamente 15 integrantes, entre los cuales nombra bisabuelos y tatarabuelos. Lau anticipa que le aburre, que le dá fiaca, *solo hago cuello y cabeza*. ¿Cuál sos vos? Dice y señala en el medio de un nene y una nena, *el del pelo de nena. Yo tengo miles de secretos para contar. Ah, sí, cómo qué? Tengo una cajita sorpresa con maquillajes*. Estos indicadores también se pueden relacionar con la búsqueda de claves del paciente sobre sí mismo, sobre cómo se ve, cómo lo ven los demás y cómo funciona, las cuales son citadas para la C.C. por Friedberg y Mc Clure (2005).

En el momento del juego, Lau comenta que le gusta jugar a las escondidas y elige vestirse con prendas color rosado, vincha, porras y plumas, tomando las muñecas Barbies, con actitud enojada, comentando *a mí me gusta el pelo largo*, quitándoles la ropa, enojándose al no poder quitar la bombacha e indagando en la zona genital de las que puede retirar la bombacha. Lau interroga *¿Qué tiene abajo de la bombacha? ¿Qué te parece?* Esto muestra lo que refieren Mandil, Borgialli, Bunge y Gomar (2016), que a partir del juego también se desarrollan habilidades para expresar estados afectivos e inferir estados emocionales, sentimientos e intenciones de los personajes así como también ejercitar estrategias de resolución de problemas y conflictos. También favorece generar habilidades para desarrollar ideas variadas y diferentes temas.

5.3. Conceptualización del caso

De este modo y según Carrea y Maglio (2015), la terapeuta continúa con la etapa de la *Conceptualización del Caso* (C.C.) la cual ofrece hipótesis explicativas que se revisan y se redefinen acerca del modo en que el niño, a partir de aprendizajes y experiencias tempranas, arribó al conflicto actual. Esto se ejemplifica con el relato de la madre en relación a que la hermana mayor cuidaba a Lau la mayoría del tiempo y jugaban juntos en forma permanente, sintiendo Lau pasión por esa hermana; al mismo tiempo que su hermano mayor, avergonzado por sus comportamientos femeninos, lo rechazaba.

Para esta C.C. se relacionó la información de eventos que actuaron como disparadores, las variables interpersonales, las respuestas cognitivo emocionales y las conductas de afrontamiento del niño y de su entorno. Esto puede relacionarse con la actitud de la madre al tratar de limitar los juegos y el tiempo compartido entre Lau y su hermana, lo que es considerado por la terapeuta como una primera *creencia* por parte de la madre. Al aplicar la C.C. propuesta por Murrell, Coyne y Wilson (2004) la cual analiza la forma, frecuencia e intensidad de la conducta problema; se observa que de las conductas que son un problema para los padres como querer cortarse el pene, pintarse las uñas, maquillarse, vestirse con ropa de mujer, ante lo cual no saben qué hacer, se tiene poco registro de la frecuencia, de la permanencia en el tiempo, del inicio y de la continuación de las mismas. Estos registros que los llevan a consultar es posible relacionarlos también con el silencio que mantuvieron los padres y el miedo de la madre a emitir una palabra porque en estos años nunca indagaron acerca de qué le pasaba, ni de los intereses femeninos de Lau ni se preguntaron qué ocurría con esto. Al respecto, Donzis (2014) sostiene que estas situaciones se manifiestan en síntomas, que el niño manifiesta y es necesario escucharlo, acompañarlo y aliviarlo (Di Nardo, 2015).

En cuanto al *desarrollo del niño*, los padres describieron que Lau no tuvo retrasos en su desarrollo motriz y cognitivo, solamente en cuanto a su crecimiento; es descrito por el padre como un niño dulce pero con problemas para calmarse cuando se enoja. En esta etapa del desarrollo se encuentra en una transición entre el jardín de infantes y la escolaridad primaria. Con respecto al *contexto cultural*, es un niño de clase alta, de familia católica practicante, según inferencias de la terapeuta con padres profesionales con mentalidad científica; con estereotipos de género, prejuicios y desconocimiento con respecto a las orientaciones de género y sexo; refiriendo algunas emociones como vergüenza o incertidumbre como culturalmente prohibidas e inaceptadas. Si bien los niños son reticentes a divulgar incidentes por sentirse avergonzados o preferir no pensar en ello, tanto de la *Entrevista de Admisión* con los padres como con el niño, se desprende en la *historia de aprendizaje* que el clima familiar es hostil frente a las conductas de Lau. A su hermano mayor le desagrada que se vista y maquille de mujer, por lo cual no invita a sus amigos para evitar que lo vean; los padres tampoco aceptan esta actividad y por eso, la

realiza a escondidas. Pavan (2016) refiere que el malestar relacionado con el sexo biológico se manifiesta a través del fracaso en la relación vincular con los compañeros, traducido en la imposibilidad de hacer amigos. Esto coincide con el relato de la terapeuta en la entrevista, porque *Lau en el recreo no juega ni con los pocos varones de su sala, ni tampoco con las nenas* porque quedó ofendido cuando lo cargaron al enterarse de su preferencia por el color rosa. En su casa, juega con su hermana mayor y las amigas de la misma. La mucama también le censura su vestimenta y maquillaje dentro del hogar. En esta conceptualización, es necesario identificar los síntomas cognitivos como los *pensamientos automáticos*, los cuales son accesibles a la conciencia asociados a situaciones específicas emocionalmente evocativas como, por ejemplo, cuando ante un berrinche dice que *nadie lo entiende*; como así también los síntomas emocionales, en su función comunicativa, tanto la alegría que expresa al jugar vestido de mujer, cantar y bailar, como en otras ocasiones el enojo, el disgusto y la tristeza.

Según Carrea y Maglio (2015), la *conceptualización del caso* es un conjunto de hipótesis que explican las características actuales del paciente tomando en cuenta su historia de desarrollo y su contexto cultural, lo cual permitirá identificar los principios operativos del paciente, conocidos como *esquemas* los que son basales para la representación interna del significado, representan la filosofía del niño y mantienen la homeostasis de sus sistemas. Pueden ser desadaptativos cuando se desarrollan a partir de necesidades afectivas insatisfechas como la libertad de expresión del pensamiento, emociones y espontaneidad, acompañados de críticas duras que llevan al desarrollo de esquemas de vergüenza y de imperfección; todos esquemas relacionados con la situación de Lau y su familia.

Con estos antecedentes, la terapeuta admisorra compartió con el equipo de supervisión una primera mirada acerca del caso, comentó que analizó indicadores y comorbilidad con sintomatología ansiosa y depresiva. Con respecto al trastorno de ansiedad, el cual se caracteriza por una ansiedad excesiva o inadecuada relacionada con la separación del hogar o de figuras de apego (A.P.A., 2014), no hay concomitancia entre estas características y las relatadas por los cuidadores. Tampoco se han relatado características como pesadillas, quejas somáticas o un malestar significativo que cause

deterioro escolar y social; por lo cual no se diagnostica este tipo de trastorno. También se analiza la presencia de características del trastorno de depresión, como el ánimo decaído, la dificultad de sentir placer, cambios en el sueño, en el apetito, ideas de culpa y de inutilidad, las cuales no han sido referidas por los padres. Si bien los adultos han relatado síntomas que concuerdan con los requeridos para la presencia del trastorno depresivo infanto juvenil como irritabilidad y berrinches; no son indicadores suficientes para diagnosticar este trastorno. Por lo cual la terapeuta descartó ambos trastornos por no cumplir con los requisitos del DSM V, manifestó que ella continuaría el proceso terapéutico, sin dejar de considerar los indicadores y la posible comorbilidad con sintomatología ansiosa y depresiva, como así también con características del trastorno opositorista-desafiante.

Si bien las primeras entrevistas no presentaron dificultad de conceptualización, después de conocer a Lau, la terapeuta consultó en el espacio de supervisión con el supervisor y con sus compañeros de la Institución acerca de lo inusual y novedoso del caso y de la necesidad de supervisar por fuera de la Institución con un psiquiatra especialista en la temática transgénero, el cual acordó con los lineamientos propuestos por la terapeuta en cuanto a no considerar una patología de disforia de género del DSM V. En esta situación, en la cual no son suficientes los indicadores para considerar algún trastorno de disforia de género, ansiedad, depresión u opositorismo-desafiante del DSM V; este diagnóstico se amplió considerando según Carrea y Maglio (2015) que en los casos de los niños que no cuentan con un trastorno específico como en esta situación, se podría realizar la devolución diagnóstica sin especificación de un Trastorno del DSM V para Lau.

5.4. Características del tratamiento

El proceso para la formación de la *Conceptualización del Caso*, sirvió como marco orientador del tratamiento. En la devolución diagnóstica, la terapeuta comenzó a psicoeducar a los padres, comentando que si bien de la C.C. no se desprende una etiqueta con un trastorno del DSM V, explicó que el *Motivo de Consulta* justifica una indicación terapéutica, validando las emociones y conductas de los integrantes de la familia y tratando de aumentar la comprensión hacia Lau. Esto último concuerda con lo que enuncian Bunge, Gomar y Mandil (2016) la *psicoeducación* consiste en brindar a los consultantes una explicación acerca de las problemáticas a enfrentar, evitar culpar a los otros, resaltando los

recursos que cada uno tiene, favoreciendo la participación activa en el tratamiento. La información que se comparte psicoeduca acerca del rol del afrontamiento, del rol de las medidas evitativas y de las características del tratamiento, en cuanto a qué problemáticas priorizar, acerca del abordaje, y de las técnicas específicas para el caso. Se trata de arribar a una visión común del problema y de los objetivos que buscará alcanzar la psicoterapia cognitiva (Carrea & Maglio, 2015). En línea con las autoras, se proponen sesiones del tratamiento dirigidas a los padres para psicoeducar y mejorar el vínculo entre los padres y el niño, lo que permite a los padres comprender al niño y eliminar pensamientos distorsionados, vinculados con la causa de la situación de Lau. Esto resultó útil principalmente para la madre que se presentó muy angustiada por no poder aceptar esta experiencia que su hijo transita, comentando que tiene culpa y muchos tabúes. La terapeuta consideró que es una mamá muy estructurada, que, al principio, hablaba de su hijo preguntándose *voy a tener un hijo qué ? gay, puto, loca*; ante lo cual la terapeuta psicoeducó en cuanto a los conceptos de género y sexo trabajando desde una perspectiva con base en la diversidad sexual. También les explicó a los padres que el foco es el cuidado del cuerpo de Lau, para lo cual trabajarán con técnicas de regulación del enojo y de las emociones de la TCC, con análisis funcional, orientación a padres y psicoeducación en simultáneo. Además, comentó que Lau vive sintiéndose incomprendido y eso lo hace enojar, tratando de que entiendan que no son conductas negativas intencionales y la gran carga emocional que estas situaciones les imponen a los progenitores y a sus hermanos amerita su discusión. Por eso, la terapeuta hace hincapié en que es necesario que sepan reconocer sus propios factores desencadenantes y respuestas emocionales, pudiendo así trabajar sobre la autopreservación y el autocuidado de Lau, psicoeducando acerca del cuidado del pene y de la función que cumple para poder orinar; acordando con lo que sostiene Riso (2009) desde la TCC, en cuanto al abordaje terapéutico que contemple la interacción sinérgica entre mejoría sintomática, prevención y promoción de la salud.

En esta entrevista de devolución a los padres, la terapeuta les explicó otro grupo de intervenciones propuestas desde la Psicología Positiva por Carrea y Mandil (2011), centradas en el manejo de refuerzos positivos, el acompañamiento, la aceptación, la identificación de fortalezas, la validación y la extinción, contribuyendo a mejorar el vínculo

disminuyendo las interacciones negativas entre padres e hijos. El padre también relacionó esta intervención comentando que durante el último fin de semana largo, pudo sostenerle la mirada y el diálogo al hijo, cuando Lau le mostró una *cajita sorpresa* con maquillajes (sustraídos a la madre) que tenía escondida debajo de su cama y pudo acompañarlo en sus juegos durante todo ese fin de semana largo.

El objetivo de las intervenciones es poder reducir las conductas disruptivas del niño favoreciendo las apropiadas en diversos ámbitos; lo que puede relacionarse con el cambio de actitud del padre, que aceptó que Lau jugara a su lado maquillado y vestido con ropa de su hermana, aún después de haber sido censurado por la mucama, pero validado luego por el progenitor, pues le indicó a la mucama que lo dejara vestirse de rosa. La terapeuta también plantea como intervención la diversidad de intereses, que abrió a todo el grupo familiar, a lo cual el padre lo vincula con su deseo de que el hijo mayor jugara al fútbol y no al rugby, expresando que a partir del primer encuentro de admisión pudo mirar a su hijo cuando tenía interés en jugar vestido de mujer. El padre comprendió que cambiarle al hijo mayor la pelota de rugby por la de fútbol era cómo cambiarle a Lau las muñecas por una pelota. El padre también pudo vincularlo a los intereses diversos de las películas de Princesas de Disney que prefirió Lau y no las de superhéroes. La terapeuta relató que en esta devolución, la madre quedó satisfecha con las intervenciones acerca del cuidado del cuerpo y de la no violencia. La terapeuta les informa que además de los encuentros a solas con Lau, se desarrollarán otros de orientación a los padres, los cuales se manifiestan conformes y aceptan la propuesta.

En las siguientes sesiones a solas, Lau continua jugando con las Barbies, con la vestimenta rosa y comenta que las compañeras del Jardín, además de burlarse por la elección de ese color, también se burlan porque le gusta el dibujo animado Peppa Pig. Lau comentó *les tiré del pelo* y se desprendió del relato que respondió en forma agresiva ante estas cargadas, así como también se puso muy agresivo al relatarlo. Ante lo cual, la terapeuta orientó acerca de las cargadas en el colegio, intervino sugiriendo y comentando posibles alternativas: que le cuente a la maestra, que le cuente a un adulto, Lau sugiere taparse los oídos o irse de allí. La terapeuta amplió la cantidad de herramientas y habilidades sociales de Lau para que pueda defenderse en el colegio. A modo de ejemplo

con las técnicas para aprender a defenderse, de comunicación y de habilidades sociales del *¿Y qué?* propuesta por Bunge, Gomar y Mandil (2016), la cual consiste en que en lugar de defenderse de las burlas logrando que éstas aumenten, las acepte naturalmente. Esto apunta a que los que se burlan, se aburran de hacerlo porque no hay reacción, destacando que el aceptarlo no implica que se esté de acuerdo. De este modo, Lau y la terapeuta practicaron un rato de burlas. Otras técnicas son las de reírse de uno mismo, haciéndole ver que si a uno le causa gracia ya no es divertido para los demás o la de adelantar el chiste. Estas herramientas son indispensables ante la soledad en los recreos y las dificultades para interactuar en niños como Lau descritas por Platero (2014) y Pavan (2016) como relaciones de fracaso en lo vincular. La terapeuta también implementó técnicas de relajación que permiten regular el ritmo de la respiración profunda acorde con los pasos que dá una tortuga en las situaciones de relato de burlas y cargadas en tono furioso durante la sesión.

En la siguiente sesión, Lau comenta que ya hay una niña que no lo molesta, *porque él también pudo cargarla*, pudo cargar sobre el otro y no sobre él mismo. La madre llama previamente a la sesión de Lau ya que ante la tarea escolar *¿Quién soy yo?* describió que en el hogar prevaleció la ambivalencia sostenida por Lau en forma permanente, porque ante la pregunta de la madre acerca del dibujo animado preferido responde Cars y no Peppa Pig; el color preferido azul en lugar de rosa y como juego favorito los autos en lugar de Barbies. Sabiendo esto, durante la sesión, la terapeuta realizó una intervención sobre el canal de comunicación sugiriendo a Lau hacer una nueva versión, esta vez pensando en lo que realmente le gusta. Después de hacer la tarea, la terapeuta le pregunta si mostrará la nueva lista en el colegio, pero Lau dice que no. Al siguiente encuentro le llevó de regalo a la terapeuta una lámina del aparato urinario y sus funciones.

Con los padres se continuó trabajando en el empoderamiento de sus aceptaciones, tanto a partir de los momentos de juego que compartió el padre, como la anticipación de la madre en situaciones como la del *¿Quién soy yo?* Según Gagliesi y Boggiano (2016) se psicoeduca con intervenciones para niños opositoristas-desafiantes para regular el enojo, a partir de la validación y la aceptación de la conciencia plena, tomada de la Terapia Dialéctica Comportamental que fue desarrollada por Linehan (1993) para tratar el manejo

de conductas autolesivas. Esta herramienta tiene como objetivo que mediante una apreciación sin juicio de valor acerca del momento presente se puedan observar y expresar las emociones displacenteras sin reaccionar impulsivamente. También se habló del entrenamiento para padres desde la atención plena para que las figuras parentales expandan su campo perceptivo a diversos aspectos de la interacción padre-madre-hijo; de poder continuar poniendo en palabras como se hizo con el *¿Quién soy yo?* una nueva versión en el consultorio, porque de la entrevista con la terapeuta surge que en el hogar la madre no pudo hacerlo por temor a *destapar*; según la madre no pudo decirle *¿desde cuándo te gusta el color azul?* Pero sí le sugirió *¿por qué no pones que tus juegos preferidos son los bloques en lugar de los autos?* como una opción neutra. También se sugirió habilitar y dar libertad a sus conductas en la casa. A modo de ejemplo, si se maquilló con mucho rimmel, que no se lo quiten abruptamente sino que le expliquen el motivo por el cual se lo retiran, para que no se irrite el ojo o para que no se ensucie. Además, se puso a los padres en conocimiento acerca de las situaciones de burla que sufre Lau, las cuales eran desconocidas para la familia y no figuraban en el informe narrativo del colegio. La madre comenzó a valorar el espacio terapéutico y reconoció que de no estar asistiendo a las sesiones lo del cuestionario *¿Quién soy yo?* hubiera sido un desastre, aunque sigue temiendo que se destape todo, por eso tiene dudas. Comenta que trató de dar lugar a conductas en Lau, creyendo que, por ahora, con eso alcanza para no arruinarle la vida, pero le costó mucho ponerlo en palabras. Se le hizo un nudo en la garganta cuando el padre le validó estar vestido de mujer en la casa o jugando con la cajita de maquillajes. También se manifestó contenta al comentar que pudo abrir el tema por primera vez con una amiga y con la abuela materna de Lau, pensando en *¿Qué hicimos nosotros? ¿Por qué lo dejé tanto con la hermana? ¿Por qué no lo cambié de escuela si tenía tan pocos compañeros varones?* La terapeuta les propuso pensar en la temática del cercano festejo de cumpleaños de Lau y en el regalo que querrá recibir, lo cual concuerda con lo planteado por Carrea y Mandil (2011) acerca de generar un contexto protector y de confianza para el niño.

6. Conclusiones

En el presente trabajo se ha descrito el abordaje terapéutico del caso de un niño, en el cual no coincide el sexo asignado al nacer con el género autopercebido por el mismo, ni

con su expresión de género en determinados espacios. Se tomó conocimiento del caso a partir de la Práctica de Habilitación Profesional que tuvo lugar en una Fundación de Terapia Cognitiva Infantojuvenil.

A partir de la consulta de una terapeuta en el espacio de supervisión se describe el caso de un matrimonio que consulta por su hijo de 5 años. El caso se trabaja desde el modelo cognitivo comportamental que integra con el enfoque humanista, en particular de la Psicología Positiva. El seguimiento se realizó a partir de la historia clínica del paciente, el registro de la Entrevista de Admisión, la entrevista semiestructurada a la terapeuta, las conversaciones informales y lo registrado en la observación participante en los espacios de supervisión de la terapeuta y el equipo. En este caso, la misma terapeuta es la que realizó la Entrevista de Admisión y continuó con el mismo.

Se pudo describir el desarrollo de la entrevista de admisión y el proceso de construcción del motivo de consulta de la familia, destacando la alianza terapéutica establecida por la terapeuta como principal elemento en esta etapa, lo cual favoreció el cumplimiento de este objetivo. Si bien el motivo de consulta está vinculado a las preguntas de Lau en relación a su discordancia entre sexo y género, también aparecen síntomas que concuerdan con los requeridos para la presencia del trastorno depresivo infanto juvenil según el DSM V, como irritabilidad y berrinches; pero no son suficientes para diagnosticar este trastorno. De igual modo, estos indicadores fueron considerados por la terapeuta para analizar la posible comorbilidad con sintomatología ansiosa y depresiva, como así también con características del trastorno opositorista-desafiante.

Con respecto a la conceptualización de este caso, dentro del modelo cognitivo, se ofrecieron y redefinieron hipótesis explicativas acerca del modo en el cual el niño arribó al conflicto actual. En un principio acerca de las creencias de la madre en relación a que la causa de la situación de Lau era que la hermana mayor lo cuidaba la mayoría del tiempo. Por otra parte, se tiene poco registro de la frecuencia, de la permanencia en el tiempo, del inicio y de la continuación de las conductas que son un problema para los padres, a modo de ejemplo, pintarse las uñas, maquillarse, vestirse con ropa de mujer y la situación de querer cortarse el pene; ante lo cual los padres no saben qué hacer. Estos escasos registros es posible relacionarlos también con el silencio que mantuvieron los padres y el miedo de la

madre a emitir una palabra porque en estos años nunca indagaron acerca de los intereses femeninos de Lau ni se preguntaron qué ocurría con esto, no hubo indagación previa respecto de esos intereses femeninos como causa y no como consecuencia. También es necesario destacar lo poco que se indaga acerca del lugar de rechazo del niño dentro de la familia, por ejemplo desde el hermano mayor; que nadie lo entienda según sus dichos y que se sienta incomprendido.

La diferencia existente entre las condiciones para diagnosticar trastorno de disforia de género según el DSM V, en relación a la ley de identidad de género que rige en nuestro país desde el año 2012, favorecieron un espacio de ateneo, de formación y debate dentro del espacio de supervisión de la institución, lo que junto a la supervisión externa del psiquiatra especialista en el tema, sumó para que la conceptualización del caso no fuera una etiqueta del DSM V; destacando que la patología que considera el DSM V como disforia de género no puede ser considerada del mismo modo en nuestro país, porque al contradecir la Ley de Identidad de Género local sería un delito realizar ese diagnóstico.

Dentro de esta conceptualización del caso, la terapeuta tuvo la necesidad de supervisar con su equipo acerca de lo inusual y novedoso del mismo, descartó la presencia de los trastornos de ansiedad y depresión por no cumplir con los requisitos del DSM V y continuó con el tratamiento sin dejar de considerar los indicadores y la posible comorbilidad con sintomatología ansiosa y depresiva, como así también con características del trastorno opositor-desafiante. En la devolución diagnóstica, la terapeuta comenzó a psicoeducar a los padres, comentando que si bien de la C.C. no se desprende una etiqueta con un trastorno del DSM V, explicó que el *Motivo de Consulta* justifica una indicación terapéutica.

La calidad de la relación terapéutica resultó ser un aspecto determinante para la eficacia de la terapia, destacando que para el logro de la Alianza Terapéutica tanto con el niño como con los padres influyeron el contexto socio-profesional, la situación vital, la personalidad, la actitud, los posicionamientos y los modos de comunicación que utilizó. Es importante resaltar cómo el estilo de la terapeuta ha hecho posible que el niño atravesara estas sesiones. Fue en el contexto de esta relación terapéutica de confianza que el niño pudo comenzar a defenderse, a comunicarse desde otro lugar, con una manera de relacionarse en

forma próxima, con un altísimo compromiso en su accionar, todo esto fundamental para empatizar tanto con el niño como con los padres. La Alianza Terapéutica, estuvo favorecida por el Estilo Personal de la Terapeuta, lo que condujo a operar de un modo particular en su tarea (Fernández-Álvarez, 1998). La terapeuta desarrolló en la tarea su estilo curioso, de investigación y estudio propio de las terapias de la tercera generación y con un desarrollo óptimo de la teoría de la mente facilitó la habilidad terapéutica de entender cómo el niño procesa la información, piensa, siente y actúa así como la habilidad de anticipar la conducta del mismo y sus posibles reacciones ante ciertas situaciones.

Del registro de la información que se recopiló en la institución, no se pudo ampliar con respecto a los pensamientos que la madre no quiere poner en palabras, a sus fantasías en relación a que su hijo menor atraviesa esta situación por estar más tiempo con su hija mayor. Si bien la terapeuta comenta que en ocasiones no indaga con mayor profundidad porque le parecía que aún faltaba A.T., es interesante cuestionarse por qué la terapeuta tenía ese miedo, por qué temía que la madre dejara de concurrir a la Institución.

Si bien la terapeuta accedió a la entrevista, facilitó el registro de la entrevista de admisión y colaboró ante las inquietudes del caso, la limitación que implica no acceder al caso directamente, el no poder participar de las entrevistas a los padres y al niño, dificultan la recepción de la información que brindan los mismos en forma directa. También se pierden las situaciones de ampliar o de repreguntar, a modo de ejemplo, el repreguntar ante qué situaciones aparecían los berrinches para poder relacionarlos con los disparadores que se tienen en cuenta en la C.C., o en cuántas situaciones intentó cortarse, si fueron aisladas, con qué frecuencia, cuáles eran las situaciones concretas por las cuáles hacía berrinche o intentaba cortarse, qué cosas lo enojaban, si eran berrinches vinculados exclusivamente a la problemática de género?. Estos interrogantes no se pudieron contestar del material brindado por la terapeuta, del mismo modo que no se pudo corroborar o conectar el “Ustedes no me entienden” con las interpretaciones y/o creencias de los padres. Por lo cual se concluye que el material empírico disponible no fue suficiente para sustentar algunas conclusiones de la terapeuta.

Desde una perspectiva crítica en cuanto al tratamiento, en cuanto a la propuesta de las intervenciones de diversidad de intereses, también podrían haberse pensado como que a

los padres les cuesta que sus hijos no satisfagan sus exigencias; como así también que podría existir un opositorismo de Lau frente a esos padres que no lo entienden.

En cuanto a la psicoeducación, se podrían agregar algunas herramientas vinculadas a la psicoeducación a la familia, sugiriendo programas de TV con protagonistas infantiles con discordancia entre sexo y género, como “Soy Jazz”, lecturas infantiles como “No quiero ser príncipe, quiero ser princesa” y “Mi sexualidad”. Si bien la terapeuta, en una conversación informal, comentó que sugirió a la madre el libro “Yo nena, yo princesa”, podría haberse insistido en esta propuesta para poder acompañar a los adultos y a los hermanos en la interiorización a la temática.

Con respecto al desarrollo de Lau, se podrían haber sugerido más intervenciones referidas a la transición escolar, debido a la incertidumbre que provoca en los niños el paso del Jardín a la Primaria, como así también de la mudanza que vivió de un país a otro, incorporando más aportes de la Psicología Positiva orientados al desarrollo de la prevención del posterior desarrollo psicopatológico no solo relacionado con el niño sino también en conexión con los ámbitos institucionales. El espacio sería sin duda el colegio, por la cantidad de tiempo que los niños ocupan allí muchos años de su vida; lo cual hubiese sido interesante probar en este caso. Sugiriendo algún taller que eduque en la perspectiva de género y sexo a los docentes del colegio, previniendo situaciones de discriminación o de bullying.

En cuanto a la significación personal del presente trabajo como cierre de la formación académica en esta carrera de grado, resultó una oportunidad para pensar el lugar del terapeuta articulado con la profesión docente y valorar la articulación de las mismas tomando a la psicoeducación como herramienta fundamental para los abordajes terapéuticos y un futuro profesional en esa línea. Pudiendo desarrollar una futura línea relacionada con la psicoeducación, capacitando a partir de instituciones como escuelas, colegios, ONGs, a padres, familiares, docentes y alumnos para aportar conocimientos en relación a estereotipos, prejuicios, concepto de género, del sexo asignado al nacer, sus diferencias, a la identificación de género y a la expresión de género. Todos conceptos necesarios para poder trabajar en la prevención de discriminación y situaciones de bullying y mobbing.

7.-Referencias bibliográficas:

- Adrian, T. (2013), Cuadrando el círculo: Despatologización vs Derecho a la Salud de personas Trans en DSM-5 y CIE-11. *Comunidad y salud*, 11(1), 58-65.
- APA (2011) *Folleto: Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género*. Segunda Edición. Oficina de Asuntos Lésbicos, Gay, Bisexuales y Transgéneros) de la APA. Washington D.C.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2016). *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Aportes Técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Brill, S & Pepper, R (2008). *The Transgender Child: A Handbook for Families and Professionals*. San Francisco: Cleis Press Inc.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Caballo, V. & Simón, M.A. (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Campbell, K. K. (1993). *Men, women and aggression*. New York: Basic Books.
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carrea, G. & Maglio, A. (2015). La Entrevista de Admisión en la Clínica Infanto Juvenil. En Bunge, E., Carrea, G., Musich, F. & Scandar, M. (Eds.), *Sesiones de psicoterapia con niños y adolescentes: aciertos y errores*. (pp.11-32). Buenos Aires: Akadia.

Carrea, G. & Mandil, J. (2011). Aportes de la psicología positiva a la terapia cognitiva infanto juvenil. *Psiencia. Revista latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 3 (1), 40-56.

COP (2015). *Comunicado del colegio sobre transexualidad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Cordova, J. (2001). Acceptance in behavior Therapy: understanding the process of change. *The Behavior Analyst*, 24, 213-226.

De Toro, X. (2015) Niños y niñas transgéneros: ¿nacidos en el cuerpo equivocado o en una sociedad equivocada? *Revista Punto Género*, 5, 109-128. ISSN 0719-0417

Di Nardo, O. (2015) *El niña y La niño. ¿Transexualidad infantil?* Reunión Lacanoamericana. Montevideo. 28, 29, 30 y 31 de Octubre 2015.

Donzis L. (2014) *Lo llamaré Yoel. El nombre de los niños trans*. Imago Agenda N°185

Drescher, J. & Byne W. (2013). *Treating Transgender Children and Adolescents: An Interdisciplinary Discussion*. New York: Routledge.

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.

Fernández, S. (2010). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales.

Fernández-Álvarez, H. (1998). El estilo personal del psicoterapeuta. En Oblitas Guadalupe, L. A. *Quince enfoques terapéuticos contemporáneos*. México: El Manual Moderno.

Fernández Álvarez, H. (2005). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Ferro García, R., Vives Montero, C. & Ascasio Velasco, Lourdes. (2009). Novedades en el tratamiento conductual en niños y adolescentes. *Clínica y Salud*, 20 (2), 119-130.

Friedberg, R. & Mc Clure, J. (2005). *Práctica Clínica de la Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.

Gagliesi P. & Boggiano J.(2016). Terapia dialéctica comportamental para adolescentes con desregulación emocional. En Gomar M., Mandil J. y Bunge E. (comps.). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.

Gomar, M., Labourt, J. & Bunge, E. (2016). Alianza terapéutica con niños y adolescentes En: Gomar M., Mandil J. y Bunge E. (comps.). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.

Hawkins, S (2008). Working at relational depth with adolescents in schools: a person-centred psychologist's perspective. En Keys S. & Walshaw T. (Eds.), *Person-centred work with children and young people: UK practitioner perspectives* 47-57. Ross-on- Wye: PCCS Books.

Hayes, S., Masuda, A. & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the Third Wave of Behavior Therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*, 2, 69-96.

Hayes, S., Pistorello, J., y Levin, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.

Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006

Helien, A. & Piotto, A. (2012). *Cuerpxs equivocadxs: hacia la comprensión de la diversidad sexual*. Buenos Aires: Paidós.

Hurtado- Murillo, F. (2015). Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Revista especializada en Endocrinología Pediátrica*, 6, 45-52. Recuperado de <http://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E12/P1-E12-S510-A283.pdf>

Kabat-Zinn, J. (1991). *Full Catastrophy Living*. New York: Delta Publishing.

Kendall, P. (2000). *Child and adolescent therapy*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Ley N° 26.743, de 9 de Mayo de 2012. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires. 24 de Mayo de 2012

López, F. (1984). La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. *Infancia y aprendizaje* 26, 65-75

Luciano, M.C. y Wilson, K. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un Tratamiento Conductual Orientado a Valores*. Madrid: Pirámide.

Mandil, J. y Borgialli, R. (2016). Aportes de la Tercera Ola de TCC a la Clínica con Niños y Adolescentes. En: Gomar M., Mandil J. y Bunge E. (comps.). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.

Mandil, J., Borgialli, R., Bunge, E. & Gomar, M. (2016). Recursos para una TCC amigable: juego, dibujos y metáforas. En: Gomar M., Mandil J. y Bunge E. (comps.). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.

Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Guía de atención de la salud de personas Trans*.

Mouratian, P. (2016). La Argentina igualitaria que transita Luana. En: Pavan, V. (comp). *Niñez trans. Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad*. Buenos Aires. UNGS

Murrell, A., Coyne, L. y Wilson, K. (2004). ACT with children, Adolescent, and Their Parents. En Hayes, S. y Strosahl K. (Eds.). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. (pp. 249-273). New York: Springer.

Opazo Castro, R. (2004). Psicoterapia integrativa y desarrollo personal. En Fernández Álvarez H. y Opazo Castro R. (Eds.), *La Integración en Psicoterapia. Manual práctico* (pp. 335-384). Barcelona: Paidós.

Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.

Pavan, V. (2016). *Niñez trans. Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad*. Buenos Aires: UNGS

Piaget, J. & Inhelder B. (1993). *Psicología del niño*. Madrid: Morata

Platero, R. (L.) (2014). *Trans*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Bellaterra

Principios de Yogyakarta (2007). *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de la Leislación Internacional de Derechos Humanos en relación con la Orientación Sexual y la Identidad de género*.

Rekers, G.A. (1977). Atypical gender development and psychosocial adjustment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 559-571

Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Barcelona: Paidós

Saldivia Menajovsky, L. (2016). El reconocimiento del derecho a la identidad de género de Luana. En: Pavan, V. (comp). *Niñez trans. Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad*. Buenos Aires. UNGS

Smith, P., Cowie, H. & Blades, M. (2003). *Understanding Children Development*. Oxford: Blackwell Pub.

Stern, M. (2002). *Child Friendly Therapy. Biopsychosocial innovations for children and families*. New York: W.W. Norton & Company.

Wood, J. (1997). *Gendered lives: Communication, gender and culture*. Belmont, CA: Wadsworth.

WPATH (2011) Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género(7 ma versión)

Zucker, K. (1985). Cross-gender-identified children. En Steiner B. (Ed.) *Gender Dysphoria: Development, Research, Management* (pp. 75-174). Nueva York: Plenum.